BELİREN YETİŞKİNLİK DÖNEMİNDE ERKEN DÖNEM TRAVMATİK YAŞAM OLAYLARI VE DUYGU DÜZENLEMENİN PSİKOSOMATİK DERİ YAKINMALARI İLE İLİŞKİSİNİN VE YORDAYICI ROLÜNÜN ARAŞTIRILMASI

Dilan ÖZBEK
201195201

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Psikoloji Anabilim Dalı

Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programı/Beden Psikoterapisi Sertifikası

Danışman: Doç Dr. Havva Özden BADEMCİ

İstanbul
T.C. Maltepe Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Şubat, 2023

BELİREN YETİŞKİNLİK DÖNEMİNDE ERKEN DÖNEM TRAVMATİK YAŞAM OLAYLARI VE DUYGU DÜZENLEMENİN PSİKOSOMATİK DERİ YAKINMALARI İLE İLİŞKİSİNİN VE YORDAYICI ROLÜNÜN ARAŞTIRILMASI

Dilan ÖZBEK

201195201

ORCİD: 0000-0002-9393-8211

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Psikoloji Anabilim Dalı

Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programı/Beden Psikoterapisi Sertifikası

Danışman: Doç Dr. Havva Özden BADEMCİ

İstanbul

T.C. Maltepe Üniversitesi

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Şubat, 2023



JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli "Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge" ile bildirilen 6689 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

ETİK İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli "Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge" ile bildirilen 6689 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans sürecimin her aşamasında emeği bulunan ve bana rehberlik eden Özden Bademci hocaya bize öğrettiği tüm değerli bilgiler ve destekleri için içtenlikle teşekkür ederim.

Hayallerimin daimi destekçileri olan, yardımlarını bir an olsun esirgemeyen ve sevgilerini hep hissettiğim canım annem Reyhan, babam Şaban ve ablam Selen'e tüm emekleri için sonsuz teşekkürlerimi sunarım. Aynı zamanda, neşesiyle bu sürecin daha kolay geçmesini sağlayan ve biricik yeğenim Yiğit'e ve beni desteklediğini hep hissettiğim eniştem Serdar'a teşekkür ederim.

Ayrıca değerli eşim Ekin'e tüm yüksek lisans sürecimde yanımda olduğun, zor zamanlarımda içtenlikle beni dinlediğin, neşelendirdiğin, çözümler üretmeye çalıştığın hayatımda hep destekçi ve en önemlisi hayat arkadaşım olduğun için sonsuz teşekkür ediyorum.

Değerli arkadaşlarım Buse, Yaren, Gizem ile bu yolculuğu paylaştığım için kendimi çok şanslı hissediyorum. Oluşturduğumuz destekleyici ortam sayesinde bu süreç rahat bir şekilde geçti.

Bu süreci kolay atlatabilmemi sağlayan can yoldaşım köpeğim Kuki'ye sevgilerimi iletiyorum. Adını anmadığım ama desteklediklerini bildiğim herkese sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Dilan ÖZBEK

Şubat, 2023

ÖZET

BELİREN YETİŞKİNLİK DÖNEMİNDE ERKEN DÖNEM TRAVMATİK YAŞAM OLAYLARI VE DUYGU DÜZENLEMENİN PSİKOSOMATİK DERİ YAKINMALARI İLE İLİŞKİSİNİN VE YORDAYICI ROLÜNÜN ARAŞTIRILMASI

Dilan Özbek
Yüksek Lisans Tezi
Psikoloji Anabilim Dalı
Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programı /Beden Psikoterapisi Sertifikası
Danışman: Doç. Dr. H. Özden Bademci
Maltepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, 2023

Beliren yetişkinlik dönemi insan gelişiminde bir geçiş dönemidir. Bu dönemin sorunları Türkiye örnekleminde oldukça az çalışılmış bir alandır. Bu çalışmanın temel amacı psikosomatik deri yakınmalarının yordayıcılarını incelemektir. Erken dönem travmatik deneyimlerin ve duygu düzenlemenin psikosomatik deri yakınmaları ile ilişkisi ve yordayıcılığı incelenmiştir. Aynı zamanda psikosomatik deri yakınmalarında sosyodemografik özelliklerin yordayıcılığı araştırılmıştır. Bu çalışma 372 geç ergenlik dönemindeki katılımcılardan oluşmaktadır. Uygun örnekleme yöntemiyle ulaşılan geç ergenlik dönemindeki katılımcılara çevrimiçi anket yoluyla ulaşılmıştır. Araştırma sırasıyla bilgilendirilmiş onam formu, demografik bilgi formu, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği (DDG), Çocukluk Çağı Travma Ölçeği (ÇÇT) verilmiştir. Bireylerdeki deri yakınmaları demografik Bilgi Formu ile araştırılmıştır. Psikosomatik deri yakınmalarını daha kapsamlı araştırmak adına bileşik deri puanı oluşturulmuştur. Bileşik deri puanı deri yakınmaları sayısı ve bu yakınmalarının şiddeti ve deri hastalıkları tanı sayısı olmak üzere üç değişkenin toplamından oluşmaktadır. Çalışmanın sonuçlarında erken dönem travmatik deneyimlere maruz kalanların daha yüksek bileşik psikosomatik deri yakınması puanı aldıklarını ortaya konulmuştur. Özellikle duygusal istismarın psikosomatik deri yakınmalarının yordayıcısı olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Psikosomatik deri yakınmaları ile duygu düzenleme güçlüğü ve psikosomatik deri yakınmalarının ilişkili olduğu bulunmuştur. Bunlarla beraber, kadın geç ergenler, psikiyatrik tanısı,

kronik rahatsızlığı olanlar ve daha yüksek eğitim düzeyine sahip olanların daha yüksek psikosomatik deri yakınmaları gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır. Araştırma sonucunda, psikosomatik deri yakınmalarını kadın olmak, erken dönem travmatik deneyimler ve psikiyatrik tanının yordadığı bulunmuştur. Deri hastalıkları tanı sayısını ise kadın olmak, eğitim durumu, erken dönem travmatik deneyimler ve psikiyatrik tanının yordadığı sonucu elde edilmiştir. Bu çalışmanın sonucu geç ergenlik döneminde yaşanan psikosomatik deri yakınmalarını hafifletecek sağaltımlar geliştirilmesi adına önemli bulgular elde edilmiştir.

Anahtar kelimler: psikosomatizasyon, deri yakınmaları, deri hastalıkları, beliren yetişkinlik dönemi, çocukluk çağı travmaları, travmatik yaşam olayları, duygu düzenleme

ABSTRACT

THE EXPLORATION OF THE PREDICTIVE ROLE OF CHILDHOOD TRAUMA AND EMOTION REGULATION WITH PSYCHOSOMATIC SKIN COMPLAINTS IN EMERGING ADULTHOOD

Dilan Özbek

Master Thesis

Master Thesis Psychology Department Clinical Psychology with Thesis /Body Psychotherapy Certificate Programme

Thesis Advisor: Assoc. Prof. H. Özden Bademci

Maltepe University Graduate School, 2023

Emerging adulthood is a transitional period in human development. The problems of this period are an area that has been studied pretty little in the Turkish sample. The main purpose of this study is to examine the predictors of psychosomatic skin complaints. The relationship and predictability of early traumatic experiences and emotion regulation with psychosomatic skin complaints were investigated. At the same time, the predictor of sociodemographic characteristics in psychosomatic skin complaints was investigated. The study consisted of 372 late adolescence participants. Participants are reached by convenient sampling method through an online questionnaire. Informed consent form, demographic information form, Difficulthy in Emotion Regulation Scale (DERS), Childhood Trauma Scale (CTQ) were given in order. Skin complaints in individuals were investigated with the Demographic Information Form. A composite skin score was created to investigate psychosomatic skin complaints more comprehensively. The composite skin score consists of the sum of three variables: the number of skin complaints and the severity of these complaints and the number of skin diseases diagnoses. The results of the study revealed that those who were exposed to early traumatic experiences had higher composite psychosomatic skin complaints scores. It was concluded that especially emotional abuse is a predictor of psychosomatic skin complaints. It was found that psychosomatic skin complaints were associated with difficulty in emotion regulation and psychosomatic skin complaints. In addition, it was concluded that being female, late adolescents, psychiatric diagnoses, chronic diseases and higher education levels showed

higher psychosomatic skin complaints. As a result of the research, it was found that being a woman, early traumatic experiences and psychiatric diagnosis predicted psychosomatic skin complaints. The number of skin diseases was found to be predicted by being female, educational status, early traumatic experiences, and psychiatric diagnosis. As a result of this study, important findings were obtained in order to develop treatments that will alleviate the psychosomatic skin complaints experienced in late adolescence.

Key words: psychosomatization, skin complaints, skin diseases, emerging adulthood, childhood traumas, traumatic life events, emotion regulation

İÇİNDEKİLER

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI ii
ETİK İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI iii
TEŞEKKÜR iv
ÖZET v
ABSTRACT vii
İÇİNDEKİLER ix
TABLOLAR LİSTESİ xi
ŞEKİLLER LİSTESİ xii
KISALTMALAR xiii
BÖLÜM 1: GİRİŞ 1
1.1. Psikosomatizasyon 2
1.2. Psikodermatoloji 5
1.3. Deri Üzerine Psikanalitik Görüşler 9
1.4. Psikodermatolojik Hastalıklar 13
1.4.1 Psoriasis (Sedef hastalığı) 15
1.4.2. Atopic dermatit (Egzama) 15
1.4.3. Hiperhidrosiz (Aşırı terleme) 16
1.4.4. Ürtiker (Kurdeşen) 16
1.4.5. Akne vulgaris 17
1.5. Erken Dönem Travmatik Yaşam Olayları 17
1.5.1. Travma ve beden 21
1.5.2. Travmanın ruhsal mekanizması 24
1.5.3. Bağlanma kuramı çerçevesinde travma 25
1.6. Duygu Düzenleme 28
1.6.1. Duygu düzenleme ve beden 29
1.7. Psikosomatik Deri Yakınmaları ve Erken Dönem Travmatik Yaşam Olayları 30
1.8. Psikosomatik Deri Yakınmaları ve Duygu Düzenleme 34
1.9. Beliren Yetişkinlik Dönemi 36
1.10. Covid-19 Bağlamında Psikosomatik Deri Yakınmaları 37
1.11. Araştırmanın Önemi 38
1.12. Araştırmanın Amacı 38

BÖLÜM 2: YÖNTEM 40
2.1.Örneklem 40
2.2. Veri Toplama Araçları 41
2.2.1. Demografik bilgi formu (Ek 2) 41
2.2.2. Çocukluk çağı travma ölçeği (ÇÇT) (Ek 3) 41
2.2.3. Duygu düzenleme güçlükleri ölçeği (DDG) 42
2.3. İşlem 43
2.4. Analiz 44
BÖLÜM 3: BULGULAR 46
3.1. Betimsel Analizler 46
3.2. Normallik İncelemesi 50
3.3. İstatistiksel Analizler 51
BÖLÜM 4: TARTIŞMA 63
4.1. Sosyodemografik Özelliklerin T-Test ve Anova Analiz Sonuçları 64
4.2. Pearson Korelasyon ile İlişkili Sonuçlar 65
4.3. Regresyon Analizi ile İlişkili Sonuçlar 66
4.3.1. Erken dönem travmatik yaşam olayları 67
4.3.2. Duygu düzenleme 69
4.3.3. Sosyodemografik özelliklere göre psikosomatik deri yakınmalarının/ hastalıklarının anlamlı yordayıcıları 70
4.3.3.1. Cinsiyet 70
4.3.3.2. Psikiyatrik tanı öyküsü 72
4.3.3.3. Eğitim düzeyi 73
BÖLÜM 5: SONUÇ VE ÖNERİLER 75
KAYNAKLAR 78
EKLER 92
Ek-1 Bilgilendirilmiş Onam Formu 92
Ek-2 Demografik Bilgiler 93
Ek- 3 Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇT) 98
Ek- 4 Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği (DDG) 100
EK 5- Etik Kurul Kararı 102
ÖZGEÇMİŞ 103

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. Araştırma Örnekleminin Demografik Değişkenlerinin Dağılımları 47

Tablo 2. Örneklemin Deri Yakınma ve Hastalık Durum Dağılımları..... 48

Tablo 3. Deri Yakınma Şiddet Ortalamaları 48

Tablo 4. Deri Hastalık / Yakınma Etkileme Şiddeti 49

Tablo 5. Ölçme Araçlarının Ortalama Puanları 50

Tablo 6. Araştırmanın Ölçme Araçlarının Çarpıklık ve Basıklık İncelemeleri 51

Tablo 7. Cinsiyet ve Psikomatik Deri Yakınmaları Ortalama Farklılıkları 52

Tablo 8. Sosyoekonomik Düzey ve Psikomatik Deri Yakınmaları Ortalama Farklılıkları 52

Tablo 9. Psikiyatrik Tanı ve Psikosomatik Deri Yakınmaları Ortalama Farklılıkları ... 53

Tablo 10. Kronik Rahatsızlık ve Psikomatik Deri Yakınmaları Ortalama Farklılıkları 53

Tablo 11. İlişki Durumu ve Psikosomatik Deri Yakınmaları Ortalama Farklılıkları 54

Tablo 12. Yaşanılan Şehir ve Psikosomatik Deri Yakınmaları Ortalama Farklılıkları.. 54

Tablo 13. Eğitim Durumu ve Toplam Psikosomatik Deri Yakınmaları Ortalama Farklılıkları 55

Tablo 14. Toplam Psikosomatik Deri Yakınmaları ile Yordayıcı Değişkenler Arasındaki Hiyerarşik Regresyon 59

Tablo 15. Deri Hastalıkları ile Yordayıcı Değişkenler Arasındaki Hiyerarşik Regresyon 60

Tablo 16. Toplam Psikosomatik Deri Yakınmaları ve Çocukluk Çağı Travmaları Regresyon Analizi..... 61

Tablo 17. Deri Hastalıkları ve Çocukluk Çağı Travmaları Regresyon Analizi 62

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Koo ve Lee Sınıflaması 14

Şekil 2. Toplam Psikomatik Deri Yakınmaları ve Hastalıkları ile ÇÇT ve DDG Pearson Korelasyon Analizi 56

KISALTMALAR

ÇÇT :Çocukluk Çağı Travma Ölçeği

DDG :Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği

HPA :Hipotalamus-Hipofiz-Adrenal

OKB :Obsesif Kompulsif Bozukluğu

TSSB :Travma Sonrası Stres Bozukluğu

UNICEF :Birleşmiş Milletler Çocuk Yardım Fo

BÖLÜM 1: GİRİŞ

Beden ve zihin arasındaki ilişki yüzyıllardır bilim insanlarının ilgisini çekmektedir. 20. yüzyıllarda zihin ve bedenin ayrı varlıklar olarak görerek zihin-beden ikiliğine inanılmaktaydı. Günümüzde ise esas olarak bu bakış açısını zihin ve bedenin birbirine bağlı olduğu ‘’Bedenselleşme’’ görüşü yer almıştır (Meissner, 2006). "Bedenselleşme" terimi, bireyin kendisini aynı anda hem ayrı bir varlık olarak hem de aile ve toplum içindeki ilişkilerde kendisini işleyen bir parça olarak tanımasına izin veren beden-zihin iletişim süreçlerinin bütününe atıfta bulunmak için kullanılmaktadır (Totton, 2005).

Kolay fark edilen ve dokunulabilen bir organ olan deri, erken yaşamda birincil bağlanma organı ve yaşam döngüsü boyunca bir iletişim organıdır. Deri aynı zamanda kişinin sınırlarını, iletişimini ve estetik deneyimini sağlarken psikolojik süreçlerde ayna görevi üstlenir. Deri, psikosomatizasyon gelişiminde oldukça hassas bir organ olması ile birlikte deri hastalıkları ve yakınmaları psikosomatizasyon arasında en gözle görülenidir (Gupta, 2006).

Yürütülen araştırma sonuçlarına göre erken dönem olumsuz yaşam olaylarının deri hastalıkların ilişkili olduğu ve duygusal semptomların deri semptomlarına dönüştüğü belirtilmiştir (Richards ve ark., 2005). Psikosomatizasyona yatkın kişilerde karşındaki kişinin duygularını tanımada zorluk, duygusal ifade eksikliği gözlemlenmektedir (Röhricht ve Nina Papadopoulos, 2011). Duygu düzenleme örtük ve açık stratejileri kapsayan çok bileşenli bir süreçtir (Gross ve John, 2003). Duygu düzenleme ve dermatolojik hastalıklar arasındaki ilişki incelendiğinde duyguları düzenlemede düzensizlik deri hastalıklarının gidişatını ağırlaştıran bir rol üstlenmektedir (Ciuluvica, Amerio ve Fulcheri, 2014).

Bu araştırma kapsamında psikosomatik deri yakınmalarının inceleneceği grup olan beliren yetişkinlik dönemi, ergenlikten yetişkinliğe geçerken yaşanan bir geçiş sürecidir. Beliren yetişkinlik, yaşam düzenlemelerinde, ilişkilerde, eğitimde ve istihdamda ortaya

çıkan yetişkinde stres ve psikolojik sıkıntı yaratabilen birçok yaşam geçişini içeren kritik bir yaşam dönemi olmak ile birlikte yaşamın en istikrarsız dönemidir (Arnett, Žukauskienė ve Sugimura, 2014). Türkiye dışında yapılan çalışmalarda beliren yetişkinlik dönemi, 18-25 yaş aralığı olarak alınırken, Türkiye'de yapılan çalışmalar ise beliren yetişkinlik yaşının ülkemizde 19-26 yaş aralığına denk geldiğini göstermektedir (Atak ve Çok 2010). Beliren yetişkinlik dönemini, diğer gelişim dönemindeki bireyler ile kıyaslandıklarında stres ve olumsuz duygulara yatkınlık daha fazla gösterdikleri araştırmalar sonucu ortaya çıkmıştır (Schulenberg ve Zarrett 2005; Atak ve Çok 2010). Bu nedenle bu dönemin getirdiği strese yatkınlığı göz önünde bulundurulduğunda, bu dönemdeki kişilerin deri yakınmalarına yatkın olabilecekleri söylenebilir.

Derinin psikiyatri alanında özel bir yeri olmasına rağmen deri hastalıkları ile ilişkili olabilecek stresli yaşam olayları ve altta yatan psikolojik nedenlere dair araştırmalar oldukça azdır. Bu çalışmanın temel amacı psikosomatik deri yakınmalarının ile erken dönem travmatik deneyimleri ve duygu düzenleme arasındaki ilişkisinin ve yordayıcı rolünün incelenmesidir. Ek olarak bu çalışmada psikosomatik deri yakınmaları ve demografik değişkenler incelenmiştir.

1.1. Psikosomatizasyon

Psikosomatik kelimesi Yunanca "psyche" (ruh) ve "soma" (beden) kelimelerinden türetilmiştir (Menkü ve Coşar, 2021). Kendimizle, başkalarıyla ve dünyayla yalnızca zihnimizde ve düşüncelerimizde değil, aynı zamanda bedenlerimizde de ilişkileniriz ve kök salarız (Bloch-Atefi, Smith ve Melbourne, 2014). Beden, sosyal yaşantı ve kültür ile etkileşim halindedir. İnsan, toplum sahnesine beden aracılığı ile ortaya çıkar. İnsanlar düşüncelerini, inançlarını, eylemlerini, kimliklerini, farklılıklarını, güçlerini, tutumlarını, zevklerini, acılarını, üzüntülerini ve sevinçlerini bedenler aracılığıyla ortaya koyarlar. Beden insanlık tarihinin en eski iletişim aracı olarak karşımıza çıkmak ile birlikte sosyal çevre ile sürekli bir karşılıklı etkileşim halindedir. Beden etkileşim halini sürdürürken duygu ve düşünceleri ifade aracı olarak da karşımıza çıkmaktadır. İnsanlar bedenler aracılığı ile birlerini tanır, yargıda bulunur, tanımlamalar yapar (Okumuş, 2009).

Psikosomatizasyon duygusal faktörlerden kaynaklanan fizyolojik değişiklikler ile karakterize bozukluklar olarak tanımlanmıştır (Nisar ve Srivastava, 2018; Menkü ve

Coşar, 2021). Psikosomatizasyonu açıklarken dualistik düşünceyi savunan indirgemeci teoriler doğrusal neden-sonuç terimleriyle düşünme eğilimindeyken, daha güncel teoriler bütüncül ve çok faktörlü paradigmalara hitap etmektedir (Meissner, 2006).

Psikanalizin doğuşundan önce Hipocrates beden-ruh arasındaki ilişkiyi incelemiş fakat asıl olarak psikanalizin doğuşu ile beden-ruh arasındaki ilişki incelenmeye başlanmıştır. İlk olarak somatik kavramı ise Groddeck kullanmıştır (İkiz, 2008). Zihin ve beden faaliyetlerinin tek bir sistem altında toplanması başlaması 1818'de Alman psikiyatrist Heinroth'un "zihnin bedeni nasil etkilediğini" açıklamaya başlaması ile ortaya çıkmıştır. Heinroth, ruhsal düzende duygulanımsal çatışmaların somatik semptomlara eşlik ettiğini ileri sürmüştür (İkiz, 2008). Psikosomatizasyon yaşayan hastaların psikolojik çatışmaları daha kabul edilebilir semptomlara dönüştürdükleri gözlemlenirken (Engel, 2004; Gupta, 2006), duygusal faktörlerden kaynaklanan fizyolojik değişiklikler ile karakterize bozukluklar olarak tanımlanmıştır (Nisar ve Srivastava, 2018; Menkü ve Coşar, 2021).

1895'te Freud konversiyon kavramını geliştirmesi ile beden-ruh arasındaki ilişki tekrar gündeme gelmiştir. Freud 1938'deki bir yazısında ''ruhsal olgular bedensel etkilerden yüksek derecede etkilenir ve beden üzerinde en şiddetli eylemlerini gerçekleştirir'' ifadesini kullanmıştır (İkiz, 2008). Alexander ve arkadaşları (1968) psikosomatik belirtilerin otonom sinir sistemi ile ilişkili olduğunu ve bilinçdışı çatışmaların psikosomatik hastalıklara sebep olduğunu belirtmiştir. Aynı zamanda, konversiyon hastalıkları ile psikosomatik hastalıkları birbirinden ayırmıştır (Debray, 2002). Paris Psikosomatik Kurumu'nun kurulmasının ardında da psikosomatizasyon üzerine çağdaş bir açıklama getirilmiştir (Debray, 2002). Pierre Marty ve Michel de M'Uzan psikosomatik süreçleri işlemsel düşünceler ile açıklamış düşünsel temsiller ve duygulanımlar zihinde çıkış yolu bulamadığında bedensel olarak boşaltıldığı üzerinde durmuşlardır (Gibeault, 2010).

Bir somatik yakınmanın kökeninde temel depresyon yatabilir. Nesnesiz depresyon (Temel Depresyon) yaşamsal canlılığın düşmesi olarak tanımlanmaktadır (Smadja, 2021). Smadja (2021)'e göre ''Metapsikolojik bakış açısından bakıldığında temel depresyon hem narsisistik hem de nesnel bir libidinal kayba işaret eder ve ölüm dürtüsünün kendine zarar veren yanını temsil eder (s. 152). Bir somatik yakınmanın kökeninde temel depresyon yatabilir. Temel depresyondaki kişi, ilişkisel ve mesleki

etkinliklere bağlı kalmıştır, bir yorgunluk hatta bir bıkkınlık hali hariç hiçbir şeyden yakınmamaktadır. Mekanik ve cansızlaşmış halinden ötürü ilk olarak kişinin çevresi endişe duymaya başlar. (Debray vd., 2002).

Psikofizyolojik yaklaşımlar, stresin insan üzerinde çeşitli etkiler yarattığı ve fiziksel semptomlar olarak bedende kendini gösterdiği üzerinde durmuştur (Coşar, 2021). Bu yaklaşımlar otonom sinir sistemi ile bedensel semptomları açıklamışlardır. Psikofizyolojik yaklaşımlar otonom sinir sitemi uyarılmasıyla kişi savaş kaç tepkimesine hazırlandığını ve insan savaşmayacağı ya da kaçamayacağı durumlarla karşılaştığında ise kişide stres, hastalıklar olarak kendini gösterdiği aktarmışlardır (Coşar, 2021).

Sistem teorileri ise organizmanın homeostatik dengesine önem vermiştir. İnsanın biyolojik, psikolojik ve sosyal durumlarının birbiri ile bağlantısı üzerine durmuştur. Örneğin fiziksel bir rahatsızlık psikolojik ve sosyal durumları etkilerken aynı şekilde psikolojik, sosyal durumlardaki sorunlar kişinin fiziksel iyi oluşunu etkilediği üzerine durulmuştur (Çoşar, 2021).

Lutgendorf ve Costanzo (2003), psikosomatik etkileşimlerini yorumlamak için çeşitli düzeyleri bulunan bir biyopsikososyal model önermiştir: bunlar psikososyal süreçler (bireysel farklılıklar, ruh hali, kaynaklar), biyolojik faktörler (genetik, maruz kalmalar), sağlıklı davranış (yaşam tarzı), stres faktörleri (hastalık, kazalar, sosyo-ekonomik durum), psikolojik müdahaleler ve savunmasızlığa veya dirence yol açan nöroendokrin adaptasyon süreçleri bu model içinde yer almaktadır. Psikosomatik süreçleri değerlendirirken modelde yer alan tüm bileşenleri değerlendirmenin daha sağlıklı olacağı üzerine durulmuştur (Beltraminelli ve Itin, 2008).

Somatizasyona yatkınlık açısından kadın olmak, düşük sosyoekonomik durum, ileri yaş, daha az eğitim yılı, psikiyatrik tanı, fiziksel hastalık risk faktörleri olarak gösterilebilir (Rief, Mewes, Martin, Glaesmer ve Brähler, 2011, Kop, Toussaint, Mols, Löwe, 2019; Millington ve ark., 2022). Aynı zamanda genetik faktörler bedensel semptomlara yatkınlarda rol oynadığı bilinmekle ile birlikte, bedensel semptomlara yatkınlıkla ilişkili ayırıcı bir gen saptanamamıştır (Henningsen, 2018; Millington ve ark., 2022). Tüm bu yaklaşımların ışığında psikosomatik hastalıkların ortaya çıkışlarında ve tedavilerinde ruhsal sorunlar göz önünde bulundurulması büyük önem taşımaktadır (Parman, 2005).

1.2. Psikodermatoloji

Psikodermatoloji görünmeyen hastalıklar ile ilgilenen psikiyatri ve görünen hastalığa odaklanan dermatolojinin kesişimi sonucu ortaya çıkmıştır (Jafferany, 2007). Psikiyatri ve dermatoloji arasındaki ilişkiye ve etkileşime dayalı olan Psikodermatoloji farklı bir alan yaratmıştır.

Dermatoloji hastalıklar, birçok hasta ve bazı doktorlar tarafından her zaman "psikosomatik hastalıklar'' olarak adlandırılmıştır (Gieler, Gieler, Peters ve Linder, 2020). Geçmiş literatüre baktığımızda ise 1891'de ilk olarak Brocq ve Jacquet psikosomatik yaklaşım ile deriye ilk bilimsel açıklamaları getiren dermatologlar olup, Broq ve Jacquet kronik egzama için ‘'nörodermit'' terimini kullanmışlardır. 1925 yılında ise Joseph Klauder deri hastalıkların tedavisinde psikoterapinin öneminden bahsetmiştir (Di Prima,1989; Coşar,2021).

Ingram (1933) deriyi zihnin bir eklentisi olarak tanımlamakta ve kişilik değerlendirmesinde deriyi merkezi bir yere temellendirmektedir. Deri ve beyin arasındaki ilişki embriyonik ektorderm dönemde başlamaktadır. Deri ve beyin aynı hormonlardan ve nörotransmitterlerden etkilenmektedir (Koblenzer, 1983; Mercan ve Altunay, 2006). Bununla birlikte, zihin ve deri arasında tek yönlü bir ilişkiden ziyade zihin ve deri arasında iki yönlü bir ilişki vardır (Picardi, Aberi, Melchi, 2000; Jafferany, 2007).

Zihin, beden ve immün sistem arasındaki bağlantıları araştırmakla ilgilenen Psikonöroimmünoloji son 30 yılda bir dizi çalışma yürütmüş, ruh hali ve stresin bağışıklık sistemini nasıl değiştirebileceğini göstermiştir (Urpe, Buggiani, Lotti, 2005; Kiecolt-Glaser, McGuire, Robles, Glaser, 2002; Beltraminelli ve Itin, 2008). Picardi ve arkadaşlarının (2005) yürüttüğü araştırma sonuçlarında stresin otonom sinir ve immün sistemini düzensizleştirdiği, otonom sinir sistemi (ANS) ve immün düzensizliğine karşı deride oluşan kaşıntılı yakınmalar, ürtiker ve açıklanamayan hiperhidroz gibi sekonder psikosomatik reaksiyonlar gösterdiğini ortaya çıkarmıştır. Aynı zamanda, dermatolojik hastalarda gelişen psikiyatrik ve psikolojik stresin deri yakınmalarının sonucu olabileceği de göz önünde bulundurulmalıdır (Picardi, Abeni, Renzi, Braga, Melchi, Pasquini, 2001; Picardi vd., 2005).

Deri hastalıkları ve stres arasındaki ilişkiyi inceleyen birçok sayıda çalışma yer almaktadır. Dermatolojik hastalıkların psikolojik stres tarafından ortaya çıkabileceği veya olağan semptomların şiddetlendirebileceği sonucuna ulaşılmıştır (Gupta ve Gupta, 1996, Gupta, 2017). Bu çalışmalar üç ana başlık altında toplanmaktadır. Bu çalışmalar çevresel etkenler, stres karşısındaki öznel deneyimler ve strese verilen biyolojik yanıtların incelendiği araştırmalar etrafında toplanmaktadır (Cohen vd.,1995). Stres durumlarının psikosomatik deneyimleri tetiklediği görüşü hala güncelliğini korumak ile birlikte kişinin stres karşısındaki deneyimlerin daha çok ele alınması gerektiği görüşü daha çok ön plana çıkmaktadır (Cohen vd.,1995).

Deri yakınmalarının, kişinin düşünce, davranış, dürtü ve algıları ile ilgili bozuklukların yansıması olarak karşımıza çıktığını söyleyebiliriz. Derinin üzerindeki lezyonlar bilinçdışındaki bastırılmış çatışmaların beden aracılığı ile ifade edilmesi olarak yorumlanmaktadır (Szwec, 2008). Derinin öfke, korku, utanç ve hayal kırıklığı gibi duyguları ifade ettiği, kişiler arasında anksiyete %16 ve duygudurum bozuklukları %20 oranında bildirilmiş. En yaygın tanılar arasında ise yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluk ve majör depresyon olarak bildirilmiştir (Picardi, A., Pasquini, Abeni, Fassone, Mazzotti ve Fava, 2005). Deri hastalığı yaşayan kişilerde yakınlaşma, dokunma, cinsellik konularında kaygı, kaçınma davranışı gözlemlenmektedir. Bu durumun sonucunda depresyon, anksiyete daha da artabilmektedir (Picardi ve ark., 2005).

Psikosomatizasyon hastalıklarında genetik ve çevresel ortam ile şekillenen bir şok organından bahsedilmektedir (Mercan ve Altunay, 2006). Bu şok organı stresli bir süreçte dermatolojik rahatsızlıklar gösteren kişilerde deri olduğunu söyleyebiliriz. Bununla birlikte, genellikle "stresli yaşam olayları", hastalığın tek veya en azından en önemli nedeni olarak tanımlanmıştır (Gieler, Gieler, Peters ve Linder, 2020). Panconesi (2000) duygusal stresörlerle tetiklenen ve belirtilen şiddetlendiği dermatolojik hastalıklara “dermatolojik stres hastalığı” denmesini önermektedir. Hemen hemen her zaman deri hastalığı psikosomatik bir bileşen gösterir. Deri hastalığının altında duygusal bir durum olduğu bildiren hasta sayısı oldukça fazladır. Akne problemi yaşayan hastaların %50’si; roza ve alopesi areata ve basit liken hastalarının %90’ı duygusal bir durum bildirirlerken, hiperhidrozlu hastaların hepsi hastalıklarının sebeplerinde tamamen duygusal bir neden olduğunu belirtmişlerdir (Cotterill, 1990; Jafferany, 2007). Bir dizi

çalışma, stres ve duygusal durumlar (örneğin, depresyon ve anksiyete) dahil olmak üzere psikososyal faktörlerin, deri üzerinde negatif bir etkiye sahip olduğuna dair net kanıtlar sunmaktadır. Mevcut araştırmalar, deri hastalığı olan hastaların yaklaşık %25'inin depresyon, anksiyete veya somatoform reaksiyonlar gösterdiğini bildirmektedir (Gieler, Gieler, Peters ve Linder, 2020).

Stres ve diğer psikolojik etmenlerin, bazı kişilik özelliklerinin, psikiyatrik bozuklukların dermatolojik hastalıklar ile ilişkili olabileceği ve dermatolojik hastalıkların ortaya çıkmasında ve tetiklemesinde bu faktörlerin rol oynadığı üzerine birçok araştırma sonucu bulunmaktadır (Basavaraj, Navya ve Rashmi, 2010; Menkü ve Coşar, 2021). Örneğin, Atopik egzema, sedef hastalığı ve akne vulgaris gibi birçok deri hastalığında hastalık belirtilerinin şiddetlenmesinde stresin yol açtığı etki bilinmektedir (Katsorou-Katsari 1999 vd., Weigl 2000). Psikolojik stresin kişinin homeostazını bozduğu ve atopik dermatit ve sedef hastalığı gibi bazı inflamatuar bozukluklar için hızlandırıcı görev görebileceği öne sürülmüştür (Amit Garg, Chren, Sands, 2001; Jafferany, 2007). Kodama (1999) Japonya'daki büyük depremin ardından 1500 kişiyle yaptığı kontrollü bir çalışmada, depreme maruz kalan grup ve kontrol grubunu karşılaştırdığında atopik egzamanın depreme maruz kalan gruba göre artış gösterdiği sonucuna ulaşmıştır. Depreme maruz kalan A ve B bölgelerinde egzamanın şiddetlenme oranı sırasıyla %38 ve %34 iken, maruz kalmayan bölgede ise bu oran %7 olarak tespit edilmiştir A ve B bölgelerindeki kişilerin stres seviyeleri ise sırasıyla %63 ve %48 iken, etkilenmeyen bölgede ise bu oran %19 olarak bulunmuştur (Osman, Mufaddel, Almugaddam ve Augusterfer, 2011).

Deri hastalıkları, hastalığın geçmişi; hastanın demografik özellikleri, kişilik özellikleri, genetik durumu ve yaşam durumu ve hastanın ailesindeki hastalığın anlamı ve kültüre bağlı olmak üzere birçok faktöre bağlı olarak kişiyi etkileyebilir (Ginsburg, 1996; Jafferany, 2007). Aynı zamanda, sedef hastalığı, ürtiker ve alopesi olan kişilerde sıklıkla düşmancıl kişilik özellikleri, distimik durumlar ve nevrotik semptomlar sergiledikleri gözlemlenmiştir (Laihinen, 1987; Jafferany, 2007). Aynı zamanda, deri hastalıkları kişide zayıf kendilik algısı ve düşük benlik saygısı gibi durumları hiddetlendirebilir (Sands, 1996; Jafferany, 2007).

Birçok araştırma sonucu kadınların ergenlik ve yetişkinlik döneminde erkeklerden daha fazla psikosomatik semptom gösterdiğini ortaya koymuştur (Aro, Paronen, 1987; Berntsson, Köhler, 2001; Eriksson, Lahelma, Rahkonen, 1992; Gijsberg van Wijk, Kolk, 1997; Huuerre, Rahkonen, Konulainede ve Aro, 2004). Aynı şekilde, Huuerre, Rahkonen, Konulainede ve Aro (2004) Finlandiya'da 16, 22 ve 32 yaşlarındaki gençlerin psikosomatik semptomlarını araştırdıkları boylamsal bir çalışma sonucunda kadınların daha fazla psikosomatik semptom bildirdiği sonucuna ulaşmışlardır.

Koblenzer (1997) kadın dermatoloji hastaları yüksek düzeyde anksiyete, depresyon yaşadığını aynı zamanda akne, kronik ürtiker, kaşıntı, sedef hastalığı, trikotillomani gibi birçok dermatolojik hastalık açısından kadınların erkeklerden daha yüksek prevalans oranına sahip olduğunu ortaya koymaktadır. Picardi ve arkadaşlarının yürüttüğü (2007) araştırma sonucunda ise kadın dermatoloji hastaların ilişkili psikiyatrik eş tanı prevalansının daha yüksek olduğunu sonucuna ulaşılmıştırç Koblenzer (1997) kadınların daha çok psikiyatrik ve dermalojik rahatsızlık gösterme sebeplerini incelemiş ve araştırmasında kadınlarda prelevansın daha yüksek olmasının cinsiyet ile ilgili bir özellik mi yoksa ebeveynlik tutumları ile ilgili olup olmadığı üzerine durmuştur. Koblenzer (1997) araştırmasında kültürel olarak erkek çocuklarının sert, güçlü ve agresif olmaları teşvik edilirken, kız çocuklarının toplum tarafından narin ve kırılgan olmaları teşvik edildiği üzerine durmuştur. Erkek çocuklarının oyunlarında saldırganlığın onaylandığını ve yoğun duyguların dışa vurulması teşvik edildiğini vurgulamıştır. Psikoterapi seanslarında depresyon ve birçok psikofizyolojik deri hastalığı vakası ile ilişkili dermatozların çoğunun altında bilinçdışı bir öfkenin varlığından bahsedilmektedir (Koblenzer, 1997). Sonuç olarak, kadınların erkeklere oranla daha fazla psikiyatrik ve dermatolojik rahatsızlık göstermesi sebeplerinden birinin kültürel normların etkili olabileceğini söylemek önemli olacaktır.

Yetişkinler ile yürütülen çalışma sonucunda düşük sosyoekonomik düzeydeki kişilerin daha yüksek psikosomatik semptom gösterirken, ergenler ile yürütülen çalışmada ise psikosomatik semptomların sosyoekonomik düzeye göre farklılaşmadığını ya da çok az farklılaştığı sonucuna ulaşmışlardır (Power, Stansfeld, Matthews, Manor, Hope, 2002; West, 1997, Eriksson, Lahelma, Rahkonen, 1992; Huuerre ve ark., 2004). Sosyoekonomik durum ile psikosomatik sorunlar arasındaki nedensellik yönünü

netleştirmek karmaşık olmak ile birlikte daha önce psikosomatik deri hastalıkları/yakınmaları ile sosyoekonomik düzey üzerine belirli bir araştırma yürütülmemiştir.

Aynı zamanda Köksal (2017) yüksek entelektüel kapasite ve eğitimin somatizasyondan ziyade duyguları sözel olarak ifade etmeye yol açtığı ifade ettiğini ifade etmiştir. Bu nedenle eğitim seviyesi arttıkça psikosomatik belirtilerin azalacağı öne sürülebilir.

1.3. Deri Üzerine Psikanalitik Görüşler

Bakım verenin çocuğu dokunması, okşamaları ve tutmaları bebekte uyarılmalar yaratmaktadır. Bu uyarılmalar ise insan gelişiminde derinin erojen bir bölge olarak temellenmesini hazırlamaktadır. Freud'un psikoseksüel gelişim dönemleri tam olarak bu görüş üzerine kurulmaktadır (Çoşar, 2021).

Ruhsal yaşama baktığımızda insan davranışı sadece bilinç düzeyinde değil aynı zamanda bilinçdışı süreçler ile de bağlantılıdır. Bu görüş psikanalizin belirlenimcilik ilkesine hizmet etmektedir. Belirlenimcilik ilkesi kişinin hayatındaki durumların şans eseri gerçekleşmediği ve her zaman bir bilinçdışı sürecin varlığından bahsedilmektedir. Bu ilkeden yola çıkarak, psikosomatik hastalıklarda psikosomatizasyonun gerçekleştiği organın araştırılması büyük önem taşımaktadır (Tzanck ve Melle, 1980; Szwec, 2008). Bu araştırma kapsamında incelenen deri yakınmalarının lokalizasyonunu araştırmak önemli bir yere sahip olduğunu söylemek mümkündür.

Psikanalitik literatürde deri ile ilişkili görüşler 3 grupta toplanmaktadır. İlk görüş, deri hastalıklarının ve/ya yakınmalarının araştırılması ve yorumlanması gerekli, anlamı olan bir semptom olarak kabul etmektedir (Chiozza,1998; Fernández,1978; Ulnik, 2013). İkinci görüş ise, deri hastalıklarını/yakınmalarını kişinin ruhsallığında bir tür gerileme, kriz döneminde oluşan bir tür bozulma sonucu oluşan hastalık olarak tanımlamaktadır. Bu düzensizlikleri de kişinin hayatındaki stres faktörleri olarak açıklamakta ve bu stres faktörleri kişinin ruhsallığında aşırılıklar oluşturduğu görüşü üzerine durmaktadır (Marty, 1958; Ulnik, 2013). Üçüncü görüş ise, ilkel savunma mekanizmalarının artması, simgeleştirme kapasitesinin zayıflaması ve kişide narsistik kırılganlıklarının derinleşmesi

sonucu deri hastalıkları/yakınmalarının oluştuğu görüş yer almaktadır (Ginsburg,2002; Marty, 1992; Ulnik, 2013).

Yeni doğan bebeğin endişeli ve huzursuz bebeğin ten tene temas ile sakinleştiği ve temasın yatıştırıcı etkisi olduğu gözlemlenmiştir. Psikanalizde literatüründe farklı görüşler yer almak ile birlikte psikanaliz temel olarak deri hastalıklarında erken dönemde bakım veren ve bebek arasında gerçekleşen dokunsallık üzerine durmaktadır. Bakım veren ve anne arasında gerçekleşen olumlu ve yeterli dokunuşların bakım veren ve bebek arasındaki olumlu ve tutarlı duyguların gelişmesinde ve sağlıklı deri algısının gelişiminde temel olduğunu savunmaktadırlar. Tam tersi olarak da olumsuz ve yetersiz dokunuşların ise kişinin deri algısında bozulmalara neden olacağı üzerine durulmaktadır (Çoşar, 2021). Deri, dışarıdaki duyumları alarak bakım verenin (genellikle annedir) ve bebeğin ilişkisinde sürekli bir temas hissini oluşturur. Beden duyumlarının ve duyguların bakım veren tarafından kapsanması kişinin benlik gelişimine zemin sağlar. Bakım verenin tutarlı ve olumlu tutuşları bir bebeğe güvenli bir alan oluşturur (Szwec, 2008). Aynı zamanda bebeğin otonom kontrolünü sağlayabilene kadar anne ile temas bebeğin kalp hızını, kan basıncını, solunum hızını ve uyarılma düzeyini dengeleyici görev üstlenir. Yeterli dokunma bakımı alan bebeklerin kilo artışları ve büyüme hızları daha yüksek olduğu söylenebilir (Koblenzer, 1997).

Didier Anzieu (2008) teorisini geliştirirken deriyi temel olarak alır ve ruhsallığın gelişiminde deriyi önemli bir yere koyar. Bakım verenin fiziksel uyarmaları sayesinde deri egonun gelişimine zemin sağlar. Didier Anzieu (2008) ‘’deri-ben’’ görüşünü geliştirir. Deri benlik kavramı, deri psikosomatiği açısından oldukça önemli bir yere sahiptir. Deri benlik bedensel ve ruhsal yaşamın birleştiği ve bedensel ve ruhsal olanın etkileşiminin vurgulandığı bir kavramdır. Deri, içeride olanları bir arada tutar ve tıpkı bir zarf gibi kapsarken, aynı zamanda iç ve dış arasında bir sınır oluşturur. Deri, içerideki ve dışarıdaki arasında bir sınır olarak bir zarf görevi üstlenir. Bu zarf çocuğun duyumsamaları, duyguları, imgeleri, düşünceleri, duygulanımları dönüştürmesine olanak sağlar. Bu zarf aynı zamanda, dış uyaranlara karşı bir kalkan ve filtre olarak işler (Anzieu-Premmereur, 2015). Deri-ben kişinin algılamasını, uyumunu, duyuların harmoni şeklinde çalışmasını, kimlik gelişimini sağlar. Deri-ben aynı zamanda, başkaları ile iletişime girmek, iç dış tehlikelerden korumak amacıyla deriyi kullanır. Anzieu (1985), ‘’deri-ben,

bebeğin egosunun gelişiminin erken evrelerinde kendisini, bedenin yüzeyiyle ilgili deneyimine dayanarak psişik içerikler içeren bir ego olarak temsil etmek için kullandığı zihinsel bir imgedir" diye yazmıştır (s. 40).'' Patolojik deri-ben ise daha ilkel bir ego, soyuta daha az yeren veren ve somut deneyimlere yaslanan bir deri-ben'dir.

Anne ve bebek sürekli bir etkileşim sonucu anne bebek arasında ortak bir deri fantezisi oluşmaktadır. Bu oluşan deri fantezisinin Didier Anzieu (2008) anne ve bebek arasında ortak bir simetrik deri fantezisine yol açan duyusal bir banyo olduğunu belirtmiştir. Anne ve bebek arasındaki ikili duyusal banyoda deri-ego teması, çaresiz bebek için yardımcı bir ego işlevi görür. Anne ile ortak olan deri bebeğe koruma, güvenlik ve muhafaza sağlamanın yanı sıra erken dönem zevk veren ve vermeyen deneyimlerden oluşur. Kısacası, deri-ben kişiliğin ilkel kısımlarını bir arada tutan bir sınır işlevi görür (Anzieu-Premmereur, 2015).

Anzieu, "deri-ben, bebeğin egosunun gelişiminin erken evrelerinde kendisini, bedenin yüzeyiyle ilgili deneyimine dayanarak psişik içerikler içeren bir ego olarak temsil etmek için kullandığı zihinsel bir imgedir" diye yazmıştır. (1985, s. 40). Bebeğin olgunlaşması ve bireyleşme evresine geçmesi ile birlikte ortak deri düşlemi zamanla ortadan kalkmaktadır (Ulnik, 2007). Bununla birlikte, anne ile bebeğin ayrışması bebeğin ritminden hızlı olması bebek için travmatik bir deneyim oluşturmaktadır. Öte yandan, annenin aşırı bir şekilde var olması, bebek için nüfuz edici bir deneyim yaratmaktadır. Bu nüfuz edicilik, bebeğin gelişimini sekteye uğratabilmektedir. Bebek için sağlıklı olanı ise anne ile ortak deri düşleminden bebeğin aşamalı olarak ayrışabilmesidir (Ulnik, 2007).

Koblenzer, (1997) bakım veren ve bebeğin arasında deneyimlenen dokunuşlar, tat, koku, sıcaklık ve dokunma duyumsamalarının söz öncesi döneme ait olduğunu belirtmiştir. Sözel olmayan duyguların ise kendisini beden ile ifade ettiğini ifade etmiştir (Koblenzer, 1997). Anzieu (2016) dermatolojik hastalar üzerinde gözlem yapmıştır. Anzieu deri hastalıklarının ego yapısındaki bozuklukların ve stres ile bağlantılı olduğunu belirtmiştir. Osman ve arkadaşları (2011) bakım verenin çocuğun duyumsamalarını, duygularını kapsayamaması çocuğun benlik gelişiminde zorluk yaşamasına, saldırgan dürtülerin güvenli bir şekilde ifade edilememesine yol açtığı ifade etmiştir. Anzieu'ya (2008) deri hastalıkları yaşayan kişilerin ego kapasitesinde ne kadar bozulma gerçekleşmişse hastalık seviyesinin o kadar derin ve ciddi olabileceği üzerine durmuştur.

Anzieu (2016) dermatolojik hastalıkların aşırı uyarılım veya yetersiz uyarılım sonucu oluştuğunu öne sürmektedir. P. Marty' (1980) ''anneden gelen uyarılım (excitation) veya uyarı kalkanları (pare-excitations) yokluğunda çocuk egzama ile kendi kendine dokunsal telafi yarattığını'' öne sürmüştür (Szwec, 2008, s.32). Spitz deriye ilişkin bozuklukların bir uyum sağlama girişimi mi, yoksa tersine bir savunma tepkisi mi olduğunu olduğu üzerine durmuştur ve Spitz bir grup çocuğun annenin vermediği uyarıları egzama yoluyla bedensel telafi etmeye çalıştığı sonucuna ulaşmıştır (Anzieu 2016) Tam tersine aşırı uyarılımda çocuğun kendine ait bir uyarıcı ve psişik bir zarf görevi gören ''dokunma yasağına'' zarar verir ve onu ihlal eder (Anzieu, 2016). Spitz anne temasının aşırı olmasının çocuk için pek güvenilir olmayarak uyarılım engelini aştığını, fiziksel olarak rahatsız edici olduğunu, ruhsal bir zar oluşturabilmek adına gerekli olan dokunma yasağını ihlal ettiğini öne sürmektedir (Anzieu 2016). Annenin dokunma ve bakım eksikliği ile bedene şiddetli ve zamanından önce dokunmanın aynı eşdeğerde çocuğa acı vereceği üzerine durulmuştur (Szwec, 2008).

Szwec (2008), ise deri yakınmalarını deriye yapılan libidinal yatırımın niteliği ile oldukça ilişkili olduğunu belirtmiştir. Deriye olan libidinal yatırım ise erken dönem bakım verenin bebeği okşamaları, sevmeleri, bebeği tutarken aktardığı mesajlar ile oldukça ilintilidir (Szwec, 2008). Bakım veren dokunuşlar ile bebeğe sevgi, kabul, nefret gibi çeşitli duyguları iletebilir (Koblenzer, 1997). Didier Anzieu (2016) deri hastalıklarını karşılanmamış olan yumuşak, sıcak, yatıştırıcı ve anlamlı temaslarla dokunmamış bakım verenin eksikliğinin giderme ve dikkat çekme yolu olduğunu belirtmektedir. Bebeğin gelişen psişesi bakım verenin aşırı okşama, dokunmaları bilinçdışında erken ve şiddetli bir nüfuz edicilik olarak algılayacaktır. Bu aşırı uyarılım bebeğin koruyucu kalkanlarını alt üst ederek bebek için rahatsız edici bir hale dönüşecektir.

Spitz, deri hastalıklarının doğuştan gelen eğilim ve çevreden kaynaklanan psikolojik etkenlerle ilişkili olduğunu savunmuştur. Spitz'e göre doğuştan gelen eğilimler sonucu bu çocukların deri yüzeyinin libidinalizasyonuna yöneltmekte olduğunu ileri sürmüştür (Szwec, 2008). Rene Spitz (1968) egzamalı bebekler üzerine çalışmış ve nesne ilişkileri üzerinden ilişkilendirmiştir (Szwec, 2008). Bu çalışma hapishanede hamile kadınlar ile yürütülmüştür. Spitz yürüttüğü çalışma sonucunda, 6. aydan itibaren bebeklerin gösterdikleri egzama yüzdesinin diğer kurumlarda ve kendi ailelerinde büyümüş

bebeklere göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşmıştır. Spitz bu annelerin, bebeklerine dokunmaktan hoşlanmadıkları ve bebeklerin dayanıksız olmalarından dolayı sorun yaşadıklarını gözlemlemiştir (Szwec, 2008).

1.4. Psikodermatolojik Hastalıklar

Dermatoloji üzerine yazan bir psikanalist olan Koblenzer (1987) deri hastalıklarını üç kategoriye ayırmıştır (Mercan ve Altunay, 2006). İlk grupta birincil psikiyatrik etiyolojinin baskın olduğu grup yer almaktadır. Bu grubun içinde artefakt dermatit, sanrılı parazitoz, nevrotik deri yolma, trikotillomani ve deri ile ilgili hipokondriyak meşguliyetler yer almaktadır. Koblenzer (1987) bu grubun içinde yer alan deri hastalıklarının nedenini psikiyatrik semptomlar olarak açıklamaktadır. Bilinçdışı süreçlerin etkisiyle hastanın cildine zarar verdiğini iler sürmektedir. Bu hasta grubu sıklıkla hastalıklarını inkar eder. Klinisyenin de hastaların direkt olarak savunmaları üzerine çalışması hastalar üzerinde yıkıcı sonuçlar doğurabilir (Mercan ve Altunay, 2006). İkinci grupta ise fizyolojik kökenli ve psikiyatrik psikiyatrik etiyolojisi ikincil olan hastalıklar yer almaktadır. Bu hastalıkları psikolojik faktörler ve stres şiddetlendirmektedir. Ürtiker, pruritus, kızarmalar ve rozasea, ter bezlerinin fizyolojik bozuklukları bu grupta yer almaktadır (Coşar, 2021). Son grupta ise karma seyir eden ve tedavisi en uğraştırıcı grup yer almaktadır. Bu grup hastalığın etiyolojisi genetik ve çevresel faktörlerden oluşmaktadır. Hastalıklara neden olan karmaşık mekanizmalar hakkında çeşitli teoriler olmakla birlikte organik ve psikolojik faktörler aynı anda göz önünde bulundurulmalıdır. Liken, atopik dermatit, psoriazis, kronik idiyopatik ürtiker ve alopesi areata gibi hastalıkların çoğu bu grupta yer almaktadır (Mercan ve Altunay, 2006).

Psikodermatolojik rahatsızlıkların evrensel olarak kabul edilmiş bir sınıflandırması bulunmamakla birlikte en yaygın kabul gören sistem Koo ve Lee (2003) tarafından geliştirilen sistemdir (Koo ve Lee, 2003; akt. Jafferany, 2007, s. 204).

1. Psikofizyolojik Stresle Oluşan/Artan Hastalıklar Sedef Hastalığı Atopik dermatit Akne Hiperhidroz (Aşırı terleme) Ürtiker Herpes simpleks virüsü enfeksiyonu Seboreik dermatit Gül hastalığı Kaşıntı
2. Dermatolojik Bozuklukların Eşlik Ettiği Psikiyatrik Hastalıklar Dermatit artefakta Parazitoz sanrıları Trikotilomani Obsesif kompulsif bozukluk Fobik durumlar Dismorfofobi Yeme bozuklukları Nevrotik ekskoriasyonlar Psikojenik kaşıntı
3. Psikiyatrik Hastalıklara Yol Açan Dermatolojik Hastalıklar Sedef hastalığı Atopik dermatit Akne Hiperhidroz Ürtiker Dermatolojik semptomları olan psikiyatrik bozukluklar Alopesi areata Vitiligo Genelleştirilmiş sedef hastalığı Kronik egzama İhtiyoziform sendromlar Rinofima Nörofibrom Albinizm
4. Karma Seyir Eden Dermatolojik Semptomlar Kutanöz duyusal sendromlar Glossodynia Vulvodini Kafa derisinde kronik kaşıntı Psikojenik purpura sendromu Psödopsikodermatolojik hastalık Dermatoloji hastalarda intihar

Şekil 1. Koo ve Lee Sınıflaması (Koo ve Lee, 2003)

1.4.1 Psoriasis (Sedef hastalığı)

Sedef hastalığının kaşıntılı bir hastalık olmak ile birlikte ortaya çıkması ve şiddetlenmesinde birçok neden yatmaktadır. Sedef hastalığının tedavisinde antidepresan kullanımının kaşıntı yakınmalarını azalttığı gözlemlenmiştir (Gupta vd., 1988, Gupta vd., 1993b, Gupta vd., 1994; Mercan ve Altunay, 2006). Eş zamanlı olarak sedef hastalığı ile birlikte depresyon, anksiyete, OKB ve alkol bağımlılığı gibi çeşitli psikiyatrik hastalıklar gözlenmektedir (Vidoni vd., 1989, Rubino vd., 1989, Higgins ve du Vivier 1994, Devrimci- Ozguven vd., 2000; Mercan ve Altunay, 2006). Ginsburg (1989) psoriasis hastaları ile yürüttüğü araştırma sonucunda psoriasis hastaları ile kontrol grubunu karşılaştırıldığında, psoriasis hastalığının şiddetli arttıkça depresif belirtiler ve intihar düşüncesi daha çok ortaya çıktığı gözlemlenmiştir (Jafferany, 2007). Ek olarak sedef hastalığı ile ilişkili damgalama oldukça sık karşılaşılan bir durumdur (Jafferany, 2007). Damgalamanın ise beş boyutu tespit edilmiştir. Bunlar; reddedilme beklentisi, kusurlu olma duygusu, toplumun tutumlarına duyarlılık, suçluluk ve utanç ve ketumluktur (Jafferany, 2007).

Araştırma kapsamında 40 yaş öncesi erken başlangıçlı sedef hastalığı ile geç başlangıçlı sedef hastalığını karşılaştırılmıştır. Araştırma sonucunda ise, erken başlangıçlı sedef hastalığının stres tarafından daha kolay tetiklendiği ve yüksek düzeyde stres düzeyinin daha şiddetli deri semptomlarına sebebiyet verdiği gözlemlenmiştir (Gupta, 1996; Harvima, Viinamaki, Harvima, 1996; Jafferany, 2007). Erken başlangıçlı sedef hastalığının stres tarafından tetiklenmesinin sebebi ise kişilerin stresle başa çıkma mekanizmalarının daha zayıf olabileceği ve stresin kişide yarattığı etkinin farklı seyir etmesi olabilmektedir. Al'Abadie (1994) yürüttüğü araştırma sonucunda ise sedef hastalığının başlangıcı ve şiddetlenmesinde stresin yarattığı etki urtiker, akne, alopesi ve egzama hastaları ile karşılaştırıldığında daha fazla olduğu belirtilmiştir (Mercan ve Altunay, 2006).

1.4.2. Atopic dermatit (Egzama)

Egzamanın etiyolojisinde farklı nedenler yatmak ile birlikte egzama hastalarının %70'den fazlasında hastalığın başlangıcından önceki yaşamlarında stresli yaşam olayları görülmektedir (Faulstich ve Williamson, 1985; Jafferany, 2007). Ginsburg ve

arkadaşlarının (1993) yürüttüğü araştırma sonucuna göre, yetişkinlerde depresyon, hipokondriyak semptomlar, sürekli kaygı ve öfke kontrol güçlüğü kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Mercan, 2006).

Kronik egzamanın temelinde uyumsuz aile dinamikleri, çatışmalı ebeveyn-çocuk ilişkisi önemli bir faktör olarak gösterilmektedir. Bazı araştırma sonuçlarında çocuklukta görülen egzamaların nedenlerinde reddedici anne figürü ve yetersiz ve olumsuz okşama, dokunmaların olduğu bir bakım verenin varlığından bahsedilmektedir (Daud vd., 1993; Mercan ve Altunay, 2006). Gil ve arkadaşlarının (1989) yürüttüğü çalışma sonucunda egzama şiddetinin kişilerarası, aile stresi ve psikososyal sorunlar uyum ve düşük benlik saygısı ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Jafferany, 2007).

1.4.3. Hiperhidrosiz (Aşırı terleme)

Hiperhidrosiz duygusal uyaranların eşlik ettiği süreğen terleme hastalığıdır. Bu hastalarda sosyal ve iş hayatını etkileyen sosyal fobi ve geri çekilme semptomları eşlik edebilir. Psikopatolojik hiperhidrozlu hastaların özellikleri 3 gruba ayrılmıştır: (1) atopik dermatit gibi psikosomatik bir bozukluk nedeniyle oluşan hiperhidroz; (2) sosyal fobi, anksiyete ve depresyon gibi psikiyatrik bozukluklar sonucu oluşan ikincil hiperhidroz ve (3) herhangi bir nesnel kanıt olmadan gelişsen sanrılı hiperhidrozdur (Harth, 2001; Jafferany, 2007). Hiperhidrozu olan hastalarda ile daha zayıf başa çıkma stratejileri sergiledikleri ve diğer hastalara göre daha fazla duygusal problemler yaşadıkları görülmüştür (Lerer, Jacobowitz, Wahba, 1980; Jafferany, 2007). Ayrıca, bu hastalarda kaçınma davranışı sıkça sergiledikleri ve sosyal fobi eşlik edebilmektedir (Jafferany, 2007).

1.4.4. Ürtiker (Kurdeşen)

Stresli yaşam olayları ürtikeri şiddetlendirebilmekte ve sarsıcı travmatik olaylar hastalığı başlatıcı faktör olabilmektedir (Arnold vd., 1990, Stewart ve Goodman 1989; Mercan ve Altunay, 2006). Aynı zamanda, şiddetli duygusal stres var olan ürtikeri şiddetlendirebilmektedir. Yürütülen araştırma sonucuna göre vakaların %20'sinde artan gerginlik, yorgunluk ve stresli yaşam durumları ürtikerin oluşumunda birincil faktör olarak yer almakla birlikte, vakaların %68'inde ise gerginlik ve stres hastalığın oluşumunda ikincil faktör olarak yer almaktadır (Mercan ve Altunay, 2006). Bu hastalar

ile yapılan araştırmalarda depresyonun sık sık eşlik ettiği ve depresyonun şiddeti arttıkça kaşıntının da arttığı belirtilmiştir (Gupta vd., 1994; Mercan ve Altunay, 2006). Benzer bir sonuç Ünal ve arkadaşlarının (1991) yürüttüğü çalışma sonucunda elde edilmiş olup kronik ürtiker hastalarında anksiyete ve depresyonun üç kat fazla eşlik ettiği sonucuna ulaşılmıştır. Topal ve arkadaşlarının (2004) yürüttüğü çalışmada ise, kronik ürtiker hastaları ile kontrol grubu karşılaştırıldığında hasta grubunda depresyon, anksiyete ve kişilik bozuklukları açısından farklılık görülmediği belirtilmiş fakat buna ek olarak bekar, kadın ve ailesinde psikiyatrik hastalık olan hasta gruplarında belirli kişilik bozukluklarının anlamlı oranda yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Mercan ve Altunay, 2006). Ek olarak, bu hastaların kişilik özellikleri incelendiğinde, bu kişilerin öfke duygusunu dile getirmekte zorlandıkları ve onay ihtiyaçlarının fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Juhlin 1981; Mercan ve Altunay, 2006).

1.4.5. Akne vulgaris

Akne vulgaris tüm dünyada en sık görülen deri hastalığı olmak ile birlikte erkeklerin % 95inden fazlasını, kadınların ise % 85ini etkilemektedir. Genellikle 12-25 yaş aralığında gözlemlenmek ile birlikte erişkin yaşamda da devam edebilir (Zaenglein, 2018). Akne vulgaris, ergenlik ve yetişkinlikte daha sık gözlemlenmesi ve bu dönemlerin stres ile başa çıkmada zorlanılan dönemler olması ile beraber kişide psikolojik etkilere yol açabilmektedir. Literatür incelendiğinde akne, depresyon, anksiyete, psikosomatik reaksiyonlar, içe çekilme, utanma, öfke, gibi psikolojik semptomlar ile ilişkilendirilmiştir (Dreno, 2006; McLell, Frey, Thiboutot, Chren, 2018; Çoşar, 2021).

1.5. Erken Dönem Travmatik Yaşam Olayları

Travma yaralanma, ölüm gibi fiziksel bütünlüğü tehdit eden ve/ya korku, dehşet ve çaresizlik duygularına neden olan bir deneyim olarak tanımlanır. Travmatik deneyimlere maruz kalma oldukça yaygın olmakla birlikte cinsiyet, yaş, ırk, etnik köken veya cinsel yönelim fark etmeksizin her birey maruz kalabilir. Bu deneyimler, tek bir olay sırasında (akut) veya tekrarlanan (kronik) maruz kalmanın bir sonucu olarak ortaya çıkabilir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2000). Travmatik olaylar istismar, şiddet, ihmal, kayıp, kazalar, afetler, savaş ve diğer duygusal olarak zararlı deneyimleri içerir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2000).

Erken çocukluk çağı travması, çocuğun duygusal, bilişsel, davranışsal, sosyal, ilişkisel, fiziksel ve nörobiyolojik gelişim ve işleyişinin farklı seviyeleri üzerinde derin bir etkiye sahiptir (D'Hooghe, 2017). Travmanın çocuklar üzerinde yarattığı derin etkiler dolayısıyla, çocukluk döneminde maruz kalınan ihmal ve istismar türevlerinin çocukluk ve yetişkinlik dönemlerinde psikopatoloji gelişiminde risk oluşturduğunu araştırmalar göstermektedir (Alpay, Aydın ve Bellur, 2017). Aynı zamanda, çocukluk çağı travmaları kronik hastalıklar için risk teşkil etmektedir (Dong ve diğerleri, 2004; De Bellis ve Zisk, 2014). Edwards, Holden, Felitti ve Anda'ya (2003) göre, çocukluktaki travmanın olumsuz etkileri yetişkinlikte de devam edebilmekte ve daha yüksek fiziksel ve psikolojik sorunlara sebep olmaktadır (De Bellis ve Zisk, 2014).

Fiziksel istismar çocuğa kasten olarak fiziksel yaralanmasına sebebiyet verebilecek davranışların tümüdür. Bu davranışlar çocuğu tekmelemek, dövmek, yakmak veya ısırmak gibi çocuğa herhangi bir fiziksel zarar verebilecek hareketlerin tümünü içerir (Child Welfare Information Gateway, 2019). Cinsel istismar kavramı, 'henüz cinsel gelişimini tamamlamamış bir çocuğun ya da ergenin, bir erişkin tarafından cinsel arzu ve gereksinimlerini karşılamak için güç kullanarak, tehdit ya da kandırma yolu ile kullanılması' olarak tanımlanmaktadır (İşeri, 2008, Aktepe, 2009, s.97). Kan bağı olan ya da bakım veren birisi tarafından gerçekleştirilen cinsel istismar türüne ise ensest denmektedir (Aktepe, 2009). Bir çocuğu herhangi bir yasa dışı cinsel faaliyette bulunması için teşvik veya zorlama; çocuğun fuhuşta veya diğer yasa dışı cinsel uygulamalarda istismar amaçlı kullanımı; çocukların pornografik gösterilerde ve materyallerde sömürücü kullanımı cinsel istismar eylemleri arasında yer almakla birlikte bu eylemler ile sınırlı değildir (Child Welfare Information Gateway, 2019).

İstismarın bir boyutu olan duygusal istismar ve ihmalin de çocuklara ciddi zararlar verdiği artık giderek daha fazla kabul görmektedir (Hart, Binggeli ve Brassard, 1998). Boylamsal çalışmalar dahil olmak üzere birçok araştırmanın sonucunda sürekli olarak çocuklukta duygusal istismara ve ihmale maruz kalmanın kişiyi önemli ölçüde çocukluk (Erickson, Egeland ve Pianta, 1989), ergenlik (Herrenkohl, Herrenkohl, Egolf ve Wu, 1991; Skuse ve diğerleri, 1998) ve yetişkinlik (Briere ve Runtz, 1990; Mullen, Martin, Anderson, Romans ve Herbison, 1996) dönemi boyunca çok çeşitli duygusal, davranışsal ve bilişsel olarak etkilediği görülmüştür (Glaser, 2002).

Çoğu zaman farklı çocuk istismarı ve ihmali biçimleri bir arada bulunur (Briere ve Runtz, 1988; Ney, Fung ve Wickett, 1994; Glaser, 2002). İstismarın ihmalden farkı, istismarda aktif bir eylem varken ihmalde pasif bir eylem vardır (Kütük ve Bilaç, 2017). Bir çalışmada, fiziksel olarak istismara ve ihmale uğrayan çocukların %90'ında duygusal istismara da maruz kaldığı görülmüştür. Daha sonraki çalışmaların sonucunda da duygusal istismarın fiziksel istismara göre çocuklarda daha çok gelişimsel bozulmalara sebebiyet verdiğini bulmuşlardır (Hart, Brassard ve Karlson, 1996; Sanders ve Becker-Lausen, 1995; Glaser, 2002).

Amerikan Profesyonel Topluluğunun (1995) psikolojik istismar hakkında hazırladığı yazıda psikolojik istismar türlerini tanımlanmıştır. Bunlar arasında; çocuğu düşmanca tavırla reddetmek ve çocuğu değersizleştirmek, çocuğu korkutmak, çocuğu terk etmek ya da terk etme ile tehdit etmek, çocuğa zarar vermek ve/ya ölümle tehdit etmek; çocuğu izole etmek; günlük aktivitelerinden ve diğer çocuklardan uzaklaştırmak; sömürmek, çocuğu uygunsuz davranışlar ve suç işlemesi için teşvik etmek; duygusal yanıt vermeyi reddetmek; çocuğun duygusal ihtiyaçlarını karşılamamak, çocuğun sağlık, tedavi, eğitim ihtiyaçlarına duyarsız kalmak yer almaktadır (ASPAC, 1995).

Duygusal istismar ve ihmal genel olarak bir arada değerlendirilmekle birlikte duygusal istismar ve ihmal bakım veren kişilerin çocuğun temel ihtiyaçlarını karşılayamaması olarak tanımlanmaktadır. Çocuğun temel ihtiyaçları aşağıdaki gibi tanımlanmıştır;

1) Dokunulma: temas yoluyla sıcaklığı sürdürmek, teşvik etmek ve ifade etmek

2) Güven: çocuğun sağlığına ilgi göstermek, çocuğa yiyecek ve içecek vermek ve çocuğu korumak

3) Düzen ve çerçeve: çocuk için bir örnek oluşturmak, çocuğun yapabileceği ve yapamayacaklarının sınırlarını belirlemek ve belirtmek

4) Sosyalleşme: çocukla birlikte zaman harcamak, dış dünya ile ilişkilerinde aracı kişi olmak ve gerekli çevreyi sağlamak

5) Teşvik: Çeşitli deneyimleri kullanarak ağrı, memnuniyet ve neşe gibi duyguları ifade etmesini sağlamak

6) Kişinin kendisini değerli bulması: çocuğu dinlemek ve kendisini bir birey olarak görmesine olanak tanımaktır (Polat, 2007; Kütük ve Bilaç, 2017, s:182).

Glaser (1997) beş kategoride duygusal istismar ve ihmali tanımlamıştır.

1. Duygusal ulaşılmazlık, tepkisizlik ve ihmal; Ebeveyn duyarsızlığı içerir. Birincil bakıcı(lar) genellikle aşağıdaki gibi kendi özel zorluklarıyla meşgul olurlar: akıl hastalığı (doğum sonrası depresyon dahil) ve madde bağımlılığı. Çocuğun duygusal ihtiyaçlarına ve isteklerine cevap veremezler.

2. Çocuğa karşı uygunsuz atıflar; hak ettiği düşünülen bir çocuğa karşı düşmanlık, aşağılama ve reddetme davranışları sergilemek. Bazı çocuklar, kendilerine yüklenen olumsuz atıflara inanmaya ve bu atıflara göre hareket etmeye başlarlar.

3. Çocuğun gelişimsel yaşına uygun olmayan ve veya tutarsız etkileşimler; ebeveynlerin çocuğun gelişimsel düzeyinin ötesindeki beklentileri, keşfetme ve öğrenmenin kısıtlanması; kafa karıştırıcı veya travmatik olaylara maruz kalma; bu kategori, aile içi şiddete maruz kalmaktan ve ebeveyn intiharına kadar birçok kategoriyi içerir. Ebeveynler, genellikle kendi çocukluk deneyimlerinden dolayı, çocuk gelişimi, yaşa uygun bakım verme ve sınır koyma uygulamaları hakkında bilgi sahibi değillerdir.

4. Çocuğun bireyselliğini ve psikolojik durumunu tanımamak veya kabul etmemek. Çocuğu, ebeveynin psikolojik ihtiyaçlarının karşılanması için kullanmak gibi durumlar bu kategoride yer alır.

5. Çocuğun sosyal uyumunu teşvik etmemek, uygunsuz sosyalleşmeyi teşvik etmek gibi psikolojik ihmaller duygusal ihmal ve istismar kategorileri arasında yer almaktadır. Örneğin ebeveynlerin yeterli bilişsel uyarım ve/veya deneyimsel öğrenme için fırsatlar tanımaması duygusal istismar ve ihmal davranışları olarak sayabiliriz.

İstismar ve ihmal çocuğun fiziksel, ruhsal, zihinsel ve sosyal gelişimi üzerinde olumsuz bir etkiye sahiptir. Özellikle çocuğun maruz kaldığı her türde şiddet, istismar ve ihmal çocukta derin yaralar bırakarak, çocuğun dünyanın tehlikeli ve güvenilmez bir yer olduğunu düşünmesine ve savunmasız hissetmesine neden olur (Özgentürk, 2014). Bu

duygular sonuç olarak çocukların ileriki yaşamında olumsuz etkiler ortaya çıkarmakta ve ruhsal gelişimini bozmaktadır (Arslan, 2006).

Türkiye'de yapılan bir araştırmaya göre her iki çocuktan birinin duygusal istismara maruz kaldığı saptanmıştır (Korkmazlar-Oral, Engin ve Büyükyazıcı, 2010). UNICEF'in (2010) raporuna göre, bir yıl içerisinde Türkiye'de yaşayan 7-18 yaş arası çocukların % 43'ünün fiziksel, %51'inin duygusal, %43'ünün fiziksel ve %3'ünün cinsel istismara uğradığını göstermiştir (Korkmazlar O.vd., 2010). Ayrıca, 7-18 yaş arası çocukların % 56'sı fiziksel istismara, %49'u duygusal istismara ve %10'u cinsel istismara tanık olmuştur. Bernard Van Leer Vakfı'na (2014) göre, ebeveynler çocuklarının davranışlarına kızdıklarında %74'ü duygusal istismara, %23'ü ise fiziksel istismara başvurduğunu göstermiştir.

1.5.1. Travma ve beden

Travma, kişinin sinir sisteminde değişime ve farklı bir sinir sistemi ile dünyayı deneyimlemesine yol açar. Kişi, uzun vadede dezavantajı olsa dahi yaşama devam etmek için ruhsallığındaki karmaşıklığı bastırmaya devam ederken bastırılanlar kendini fiziksel belirtiler olarak ortaya koyar. Bu nedenle travma söz konusu olduğunda beden zihin ve beyni eş zamanlı olarak ele almak gerekmektedir. Aksi taktirde, travmayı tam anlamıyla anlamamız mümkün olmayacaktır (Van Der Kolk, 2015).

Stephen Porges beynin filogenetik kökenlerini vurgulayarak sosyal ve hayatta kalabilmeyi düzenleyen savunma davranışları üzerine vurgu yapmıştır. Travma nedeniyle etkilenen vagus sinirini Stephen Porges ikiye ayırarak, vagus sinirinin nörofizyolojik ve nöroanatomik yapılarını üzerine teori geliştirmiş ve aynı zamanda 10. kartikal siniri olarak da bilenen her iki ayrı vagus sinirinin insanda farklı davranışsal adaptif mekanizmalarına tekabül ettiğini belirtmiştir (Porges, 2001). Otonom sinir sistemine bağlı yürütülen sinir sistemlerinden sempatik sinir sistemi, bedenin hızlandırıcı görevini üstlenirken bir yandan bedenin yavaşlatma görevini üstlenen parasempatik sinir sistemi ile birlikte ve eş zamanlı olarak bedenin işleyişini sağlamaktadırlar. Sempatik sinir sistemi savaş ya da kaç tepkisinden sorumlu olmak ile birlikte kalp atışlarını hızlandırır, kaslara kan taşır, adrenalin hormonunun tetikler. Parasempatik sinir sistemi ise tam tersi olarak bedenin kendini korumasını sağlarken, sindirim ve yaraların iyileşmesi gibi bedeni yavaşlatan, koruyan görevlerden sorumludur (Van Der Kolk, 2015). Porges'e göre (1998)

beynimizdeki vagal sistemi otonomik sinir sistemi aracılığı ile çevreyi kontrol eder böylece tehlike ve güvende olmamıza göre bedenimiz olaylara tepki verir (Siegel, 2007; Bruce, Manber, Shapiro ve Constantino, 2010, p.6).

Polivagal teori otonom sinir sistemini üçe ayırarak otonom sinir sistemini açıklayarak güvenlik ve tehlike biyolojisini daha iyi anlamamızı sağlamıştır (Porges, 2001). Bu üç sinir sistemi ise parasempatik ventral vagus, sempatik sinir sistemi, dorsal vagustur.

Porges merdiven kavramını geliştirerek insanın nasıl hayatta kaldığını açıklamıştır. Parasempatik sinir sisteminin ‘’vagus’’ sininirin içindeki sinir sistemini iki yola ayırmaktadır. Bunlar ventral vagal yol, dorsal vagal yollardır. En üst basamakta yer alan Vantral vagal kişinin çevresi ile güvenli bağ kurmasına yarayan Sosyal İlişkisellik Sisteminden sorumludur (Porges, 2001). Ventral vagus sistemi çevredeki güvenli ve etkileşim ipuçlarını arayarak kişinin esnek, rahat ve güvende olmasını, duygusal olarak diğerleri ile ilişkide olabilmesini sağlar. Ventral vagus sistemi devrede olduğunda kalbimize, ciğerlerimize sinyaller gider ve kalp atışımız yavaşlar derin nefes alışı sağlar. Bu nedenle, kişi kendini sakin, güvenli ve rahatlamış hisseder (Van der Kolk, 2015). Bir alt basamakta yer alan sempatik sinir sistemi ise savaş kaç tepkilerinden sorumludur. Bu sistem huzursuzluk ve tehlike sinyallerini hissedildiğinde devreye girer. Kişiyi hareketlenmeye hazırlayarak hayatta kişinin kalmasına olanak sağlar. Tüm yollar başarısız olduğunda kişi bir alt basamağa geçer. Bu basamakta Dorsal vagal sinir sisteminin yer almaktadır. Dorsal vagal sinir sistemi kişiyi donma ve çökme tepkisi ile hayatta kalmasını sağlayan sinir sistemidir. Dorsal vagal sinir sistemi evrimsel olarak en eski savunma sistemidir. Sempatik sinir sistem işe yaramadığında kişi çöküşe girer (Porges, 2001).

Sosyal sinir sistemi, doğuştan itibaren çevrenin desteği ile hızlı bir şekilde gelişir. Örneğin; bebek bakım verenin yüzü ile karşılaştığı zaman bebek karşılaştığı bu yüz ile ilgilenmeye ve bebek yüz ifadesi ve ses tonlamaları ile karşılık vermeye başlar. Bebek ses tonu olarak ağlamayı seçebilir ya da yüzünü buruşturabilir ya da tam tersi pozitif taraftan bakım verenine gülümseyerek karşılık verebilir. Yapılan çalışmalarda depresif anneye sahip olan veya ebeveynin ilgisini çekmede başarısız bebeklerin ajite davranışlar sergilemeye başladığı ve depresif belirtiler göstermeye başladığı bulunmuştur (Porges, 2001).

Sıkıntı veren bir durum olduğunda, aynı bebek gibi yüz ifademiz ile davranışlarımız ile yardım çağrısında bulunur ama yardım çağrısına kimse karşılık verilmediği durumlarda tehdit durumu artar, kalbimiz ve akciğerlerimiz savaş ya da kaç pozisyonuna geçerek bedenimizde yönetimi ele geçirir (Van der Kolk, 2015). Savaş kaç tepkileri sempatetik sinir sistemimizin aracılığı ile gerçekleştirilir. En son olarak savaş ya da kaç durumu işe yaramadığı durumda ise ventral sistemin diğer tarafı olan dorsal vagus siniri ise; bizi ilişkisellikten çekerek koruma moduna geçmemizi sağlar (Taycan, 2021). Bu sistem böbreklere ve bağırsaklara dek uzanır ve sert bir şekilde metabolizmayı zayıflatır. Sanki kalbimiz durmuş gibi hissederiz. Bu nokta son beynin son çıkış yöntemi olarak kendini çevreden kopardığı, çöktüğümüz ve donduğumuz noktadır (Van der Kolk, 2015). İnsan savaş kaç tepkisinden, hareketsizlik konumuna da geçebilir, sosyal ilişkisellik moduna da geçebilir (Taycan, 2021). Bu bizim kendimizi ne kadar regule edebildiğimiz ve yaşadığımız durumun şiddeti ile de ilişkilidir. Savaş/kaç tepkisi insanları daha enerjik hissetmelerini sağlayabilir. Bassel Van Der Kolk (2015) bu durumu pek çok istismar vakaları gibi travmatize olmuş bireylerin tehlikeli ortamlarda kendilerini enerjik hissederken, güvenli ortamlarda örneğin doğum günü partilerinde kendilerini donuk ve çökkün hissetmeleri ile anlatmıştır.

Beynimizin yapısı sürüngen beyin, limbik beyin ve neokorteks beyin olarak hiyerarşik bir düzen içinde oluşmuştur ve sürüngen beyin savaş kaç don tepkileri ile hayatta kalmaya çalışır ve bilişsel korteksimize hükmeder (Payne, Levine ve Crane-Godreau, 2015). Durumu farkına varıp beden harekete geçmişse ve savaş/kaç/don tepkileri başarılıysa ve tehlikeden uzaklaşabilmişsek travmanın ardından kişi dengesini tekrar yakalayabilir (Van der Kolk, 2015). Tehlike durumlarında kaçamazsak son çare olan sürüngen beynimizi harekete geçiririz ve savaş kaç tepkisi işe yaramadığı durumda ise parasempatetik sistemin evrimsel olarak en ilkel sinir sistemi olan dorsal vagus sistemi bedenimizi dondurarak, hareketsizleştirir (Van der Kolk, 2015).

Bir organizmanın kendini koruması ve duruma uyum sağlamasına olanak tanıması için bir dizi fizyolojik ve davranışsal tepki üretilir. Travmatik bir olay gibi tehdit edici bir olay algılandıktan hemen sonra, hipotalamik-hipofiz-adrenal (HPA) ekseni aktive olur ve kortikosteroidlerin dolaşım seviyesinde bir artışa neden olur (Kloet ve diğerleri, 1999; Suzuki, Papadopoulos, Kumari ve Cleare, 2014). Kronik veya şiddetli strese yanıt olarak

aşırı kortikosteroid salınım ile HPA ekseninin homeostazı düzensizleşebilir (de Kloet ve diğerleri, 2005). Gelişiminin halen devam ettiği çocukların beyinleri, bu tür aşırı kortikosteroid maruziyetine karşı oldukça savunmasızlardır.

1.5.2. Travmanın ruhsal mekanizması

Travma, Yunancada yara anlamına gelip delik açmak, sürtmek fiillerinden türemiştir (Korkmaz, 2021). Freud (2014, 1920), travmayı dışarıdan gelen aşırı uyarılım sonucu koruyucu kalkanların savunmasız kalması ve aşırı yıkıma uğraması sonucu ruhsal aygıt üzerinde yarattığı ezici ve düzensiz şok etkisi olarak tanımlamıştır (Korkmaz, 2021). Travma ile birlikte zihinsel düzensizliklerde artış olabilir ya da var olan düzensizlik travma tarafından tetiklenebilir.

Travma sadece ayrılık, yas, kaza gibi olayların yarattığı dışsal bir durumdan ziyade içsel bir durumdur. Travmanın kökeninde nesnel olandansa içsel travmanın değeri vardır. Travma, denetleyemediği içsel ve dışsal olan bir uyarım birikimine karşı duramayan benliğin parçaları içerisinde yardım bulunamaması deneyimidir (Freud, 1926, s.97; Debray vd., 2002). Burada niceliksel ve niteliksel bir uyarım fazlalığından bahsedilmekte ve ekonomik bakış açısı ön plandadır. Bu nedenle travmaya karşı direncin bireylere göre hatta bireyin yaşantısının farklı dönemlerine ve gelişim evrelerine göre değişkenlik gösterebileceğini söyleyebiliriz.

Yaşam boyunca büyük kırılganlıkların olduğu dönemler vardır. Hassas dönemler arasında; ödipal çatışmanın ortaya çıktığı yaş, bu çatışmanın yeniden alevlendiği ergenlik, ilk çocuğun doğumu ile erişkin yaşama geçiş, orta yaş krizi, emeklilik ile yaşlılığa geçişi gösterilebilir. Ancak, bu hassas dönemler, bireylerin kişisel nitelikleri, hikayelerinin özelliklerine bağlı olarak farklılık gösterir. Bu nedenle, somatizasyon riski sadece ortak olan bu hassas dönemlerin varlığına indirgenemez. Aynı zamanda, dışsal travmalar tek başlarına somatik düzensizlik hareketini açıklamaya yetmez çünkü bu unsurlar kişinin kendisindeki geçici olan içsel kırılganlıkla ilişkilidir (Debray, 2012).

DeMause (1998) travmatik deneyimlerden biri olan çocukluk çağı istismarlarının çocukların yetişkinler tarafından zehirli kap işlevi gördükleri ileri sürer. Tüm çocuk istismarlarındaki ruhsal mekanizma, çocuğun yetişkinler tarafından zehirli kap olarak

kullanılmasıdır. Yetişkinler ruhsal dünyalarındaki inkar ettikleri taraflarını çocukların üzerine yansıtırlar böylelikle içlerinde kontrol edemedikleri duygularını dış nesneye (çocuğa) yansıtarak bu yönlerini kontrol edilebilir kılmaya çalışırlar.

1.5.3. Bağlanma kuramı çerçevesinde travma

John Bowlby (1969) travmanın bağlanma sistemini tetiklediğini ve duygusal bağları harekete geçirdiğini belirtmiştir. Bu nedenle; bağlanma teorisi ve araştırması, travmanın etkisini anlamak için faydalı bir başlangıç noktası sunar. Bu nedenle erken dönem travmaları anlamak ve derinlemesine incelemek adına bağlanma kuramı etrafında travma olgusunu incelemek oldukça mühimdir. Bowlby (1940) anne ile çocuk arasındaki bağlanmanın niteliksel özelliklerine dayanan Bağlanma Kuramını Freud'un psikanalitik kuramı ve Darwin'in de evrim teorisinden esinlenerek şekillendirmiştir. Bowlby, anne bebek arasındaki bağlanma biçimlerini incelemiş ve sağlıklı bir anne bebek bağlanmasının çocuğun üzerindeki olumlu etkilerine değinmiştir (Bowlby, 1940).

Bowlby'ye (1973) göre insanların kuracakları her yeni ilişkinin temeli söz öncesi döneme dayandığını belirtmiştir. Bowlby bebeklik döneminde birincil bağlanma figürü ile deneyimlenen ilişkinin ileriki zamanlarda yaşanacak ilişkilerin bir prototipi olduğunu ileri sürmüştür (Bowlby, 1940). Benzer şekilde Cashdan (1988) erken dönem ilişkilerin ileriki dönem ilişkileri şekillendirdiği ve erken dönemki ilişkilerin niteliği daha sonraki bağlanma dinamiklerini belirleyeceğini belirtmiştir.

Bowlby (1953), ruh sağlığı için bebek ve çocuğun annesi ile ilişkisinde hem doyum hem de samimi ve sürekli bir ilişkinin öneminden bahsetmiştir. Bowbly, bağlanma ilişkisindeki erken çocukluk deneyimlerindeki zorlukların daha sonraki psikopatolojinin göstergeleri olabileceğini vurgulamış ve beyin araştırmaları bu görüşü desteklemiştir. Beyin araştırmaları, erken dönem bağlanma travmalarının çocuğun beyin gelişimi üzerindeki olumsuz etkilerini göstermiştir (Schore, 2003).

Bebeklerin fiziksel olarak hayatta kalabilmeleri için bakım veren kişinin bebeğin fiziksel gereksinimlerini karşılaması gerekir. Bebeğin hayatta kalma ihtiyacı ve ebeveynin yavrularına bakma ihtiyacı karşılıklı olarak ebeveyn ve çocuk arasında bir sevgi bağı oluşturur. Ancak bir bebeğin beyninin ve sinir sisteminin en iyi şekilde gelişebilmesi için

bakım veren kişinin bebeğin fiziksel gereksinimlerini karşılaması dışında duygusal gereksinimlerini de karşılanmasına ihtiyacı vardır (D'Hooghe, 2017). Çeşitli nedenlerle annesinden ayrılan bebeklerin yemek yemedikleri, sosyal geri çekilme yaşadıkları, yüzlerinde sürekli üzüntülü ifadeler taşıdıkları, gelişimlerin yavaşladığı hatta durduğu gözlemlenmiştir (Goodfriend, 1993).

Bir bağlanma bağının oluşmasında çocuk ve ebeveyn bağlanma ilişkisinin niteliği çocuğun gelişimi için oldukça önemlidir. Bağlanma ilişkisinin niteliğini belirleyen en önemli unsur ebeveyn ve çocuk arasında ilişkinin sürekliliğidir. Bağlanma ilişkisinde bu sürekliliği sağlamak için bakım verenin mevcudiyeti kilit bir unsurdur. Bu noktada bakım veren kişinin mevcudiyeti hem fiziksel olarak hem de duygusal olarak olmalıdır (Sherman, 2009). ''Bağlanma figürünün, çocuğun dünyayı keşfedebileceği ve sıkıntı zamanlarında geri çekilebileceği güvenli bir üs olarak işlev görmesi önemlidir'' (Bowlby, 1969).

Güvenli bağlanmanın, annenin bebeğin içsel uyarılma durumlarını düzenlemesine bağlı olduğunu açıklamıştır (Schore ve Schore, 2008). Anne bu noktada çocuğun içsel durumlarının dış düzenleyicisi olarak hizmet eder. Bakım veren kişi, çocuğun duygularına ve stres durumuna uygun bir şekilde (hassas tepki) yanıt verebildiğinde duygusal olarak erişilebilir durumda olduğunu söylenebilir. Bakım veren kişinin bebeğin/ çocuğun sinyallerine duyarlı bir şekilde yanıt vermesi ve onun tepkilerine uyumlanması güvenli bir bağlanma ilişkisi kurmanın temel koşuludur. Minimal veya öngörülemeyen düzenlemeler annenin erişilemez olduğunu belirtir. Ayrıca, çok yüksek veya düşük uyarılım seviyesi bir bağlanma ilişkisini olumsuz yönde etkilemektedir. Aynı zamanda, erken dönemde yeterli sevgi ve bakım göremeyen bebeklerin beyin bölgesindeki limbik sistemlerinin yeterli gelişim gösteremedikleri tespit edilmiştir (Joseph, 1992). Duygusal ihmalde görülen düşük uyarılma, Erickson ve Egeland (2002) tarafından bir psikolojik erişilemezlik biçimi olarak görülmüştür. "Duygusal düzenleyici'' olarak görev yapan anne, etkileşimli bir onarım sağlamadığında, çocuk için anne duygusal olarak erişilemez halde olduğunu söylemek mümkündür (Schore, 2002). Annenin bebeğin tepkisini reddetmesi veya yanıtın uygun olmaması, bağlanma bağının duygusal olarak bozulmasına ve dolayısıyla bağlanma travması oluşmasına sebebiyet verebilir. Bağlanma bağının herhangi bir şekilde bozulması, çocuğun güvenlik deneyimlerini etkiler.

Güvenli bir bağlanma ilişkisinin temelini oluşturan bir diğer önemli faktör de çevrelemedir. Çevreleme, “bir kişinin diğerinin duygusal iletişimine kapılmadan aldığı, anladığı ve diğer kişiye geri ilettiği” bir durumu ifade eder (Bion, 1959). Shaver'ın de belirttiği gibi: "Anne kendi duygulanımsal deneyimini yansıtabildiğinde ve böylece modüle edip bütünleştirebildiğinde, bebeğinin (ya da çocuğunun) saldırganlığı ya da diğer olumsuz etkileri yüzünden düzensizliğe düşmeyecektir. Bir diğer önemli nokta ise, çocuğunun düşüncelerinin, duygularının, isteklerinin, ihtiyaçlarının ne olduğunu merak eden bir ebeveyn, çocuğuyla ilgilenen bir bakım verendir. Bu açıdan bakıcı çocuğu gerçekten anlayabilir ve uygun tepki verebilir (D’Hooghe, 2017).

Bağlanmanın diğer bir temel bileşeni, iyi gelişmiş bir yansıtma kapasitesidir. Yansıtma yeteneği, bakıcıların kendi geçmişlerinin çocuk tarafından nasıl tetiklenebileceğini düşünme yeteneğidir. Aynı zamanda çocuğun sözlü ve sözsüz olmayan sinyallerini düşünme yansıtma yeteneğinin içerisine dahildir. Ebeveyn çocuğun sinyallerini takip edip uyumlandıkça, çocuk kendi içsel durumunu deneyimleyebilir ve anlayabilir.

Bion (1959; 1962), bebeğin birçok baş edemediği içsel ve dışsal uyarana maruz kaldığını belirtmiştir. Baş edilemeyen uyaranları Beta elementleri olarak tanımlamış ve Beta elementlerinin bebeği huzursuz hissettireceği üzerine durmuştur. Anne bebeğin hissettiklerini anlamlandırdıkça ve bu ihtiyaçlara uyumlanıp ihtiyaçlarını gidermeye başladığında bebek anne tarafından kapsandığını hissedecek, böylelikle kötü hissettiren içsel ve dışsal uyaranlar anne tarafından iyiye dönüştürebildiğini deneyimleyecektir. Bu dönüşen duyumsamalara Bion, alfa elementleri olarak tanımlamıştır. Bebeğin hissettiği yoğun dengesizlik hisleri annenin düşlemleri ile dönüştürerek bebeği sakinleştirebilme kapasitesine ve bu olumsuz deneyimleri dönüştürerek bebeğe tekrar geri yansıtmasına annenin kapsayıcı işlevi olarak adlandırmıştır. Annenin kapsayıcı işlevi bebeğin yaşadığı bu olumsuz deneyimlere tahammül edebilmesine olanak sağlar. Winnicott (1973) bebeğin hazırlıklı olmadığı her yeni durumun bebek için travmatik bir deneyim olduğunu ve Winnicott, her an bir kaygının eşiğinde olduğunu belirtmektedir. Bebek ise bu kaygıya annenin tutma (holding) işlevi ile tahammül edebileceğini belirtmiştir (Zabcı ve Erol, 2021).

Bion’un tanımladığı kapsayıcı işlevlerin zayıf olması ve ebeveynin çocuğun ihtiyaçlarını anlamlandıramaması, dönüştürüp çocuğa yansıtamaması çocuğun kaygıların yatışmasını

engelleyecek ve bazı psikolojik semptomların oluşmasına neden olacaktır (Zabcı ve Erol, 2021). Aynı zamanda, araştırma sonuçlarında ebeveynlerin kaygı düzeylerinin yüksek olması, aşırı koruyucu tutum sergilemeleri ve ebeveyn-çocuk arasındaki güvensiz bağlanma ilişkisi, çocukta somatik rahatsızlıkları tetikleyebileceği sonucu elde edilmiştir (Fritz ve Campo, 2002; Kaufman ve ark., 1997; Zabcı ve Erol, 2021).

Erken bağlanma deneyimlerindeki problemler, çocuk üzerinde uzun vadeli bir kırılganlık yaratarak çocuğu daha sonraki travmalara karşı savunmasız bırakabilmektedir (Bartels, Zeki, 2000; Fonagy, 2018). Tüm bu koşullar göz önünde bulundurulduğunda çocuk ve bakım veren kişilerin arasında güvenli bir bağlanmanın oluşması son derece önemlidir. Bu koşullar yerine getirilmediğinde, sıklıkla gözden kaçan ve/veya önemsiz olarak görülen erken bağlanma travmasının önemli bir temeli oluşmaktadır.

1.6. Duygu Düzenleme

Duygular, kişisel, sosyal ve kültürel hedefler dahil olmak üzere, kişinin katıldığı bir durum ile ortaya çıkması ile birlikte (Scherer vd., 2001; Sheppes, Suri ve Gross, 2015) davranışsal, fizyolojik tepkiler dahil olmak üzere çoklu alanlarda bağlantılı değişiklikleri içerir (Mauss vd., 2005). Duygular belirli bir durumda kişinin ihtiyaçlarına göre ayarlanabilirler. Duyguların bu özelliği, kişinin duygularını değiştirebilmesine veya düzenleyebilmesine izin verir (Mauss vd., 2005)

Duygu düzenleme, bireyin kendini kontrol edebilme ve duygularını ifade edebilme durumudur. Uyarlanabilir duygu düzenleme, deneyimlenen duyguları değiştirmek yerine duyguların yoğunluğunu ve süresini değiştirir. Başka bir deyişle, uyarlanabilir duygu düzenleme duyguların ortadan kaldırılmasından ziyade modülasyonu ifade eder (Thompson, 1994).

Duygu düzenleme aynı zamanda beden, zihin ve duygular arasındaki etkili iletişimi içermektedir (Price ve Hooven, 2018). Duygu düzenleme, stresli olaylara verilen fizyolojik tepkiler ile ilgili ipuçlarını doğru bir şekilde tespit eden, değerlendiren ve uygun düzenleme stratejileriyle birlikte duygusal tepkiyi düzenleme becerisini kapsamaktadır (Price ve Hooven, 2018). Duygu düzenleme olumsuz bir duygu yaşandığında uygunsuz veya dürtüsel davranışların engellenmesi ve hedefe yönelik

davranışların ön planda olma becerisidir (Melnick ve Hinshaw, 2000; Cengiz ve Gürel, 2020). Bu bağlamda duygu düzenleme kişinin duygularını farkında olma, anlama, kabul etme ve kişinin dürtüsel davranışları kontrol etme, olumsuz bir duygu hakkında hedefe yönelik davranışlar geliştirme ve istenen hedeflere ulaşmak için uygun düzenleme stratejilerini içermelidir. Bu yeteneklerden herhangi biri eksik olduğunda, duyguları düzenlemede zorluk olduğu veya duyguların düzenlenemediği ve bunun olumsuz sonuçlara yol açtığı bilinmektedir (Gratz ve Roemer, 2004; Cengiz ve Gürel, 2020). Eş zamanlı olarak duygu düzenleme, bilinç ve bilinçdışı düzeyde gerçekleşir ve birçok farklı biçim alabilir (Gross, Sheppes ve Urry, 2011). Örneğin, duygu düzenleme içsel/kişisel (kişinin kendi duygularını düzenleme) veya dışsal/kişiler arası (başka birinin duygularını düzenleme) şeklinde olabilir (Gross ve Jazaieri, 2014).

Duygu düzenleme stratejileri işlevlerine, bağlamlarına ve zamanlamalarına bağlı olarak uyumlu ve uyumsuz düzenleme stratejileri olarak kendini gösterebilir (Bonanno, 2004; Bonanno, Papa, Lalande, Westphal ve Coifman, 2004; Brüt, 2001; Eftekhari, Zoellner ve Vigil, 2009). Uyumsuz duygu düzenleme stratejileri, kişide duygusal ve bilişsel olarak zorlayıcı deneyimler yaratabilir ve depresyon, aksiyete ve diğer psikopatolojilere neden olurken var olan psikopatolojilerin de şiddetini arttırabilir (Eysenck, 2000; Gross ve John, 2003; Gross ve Muñoz, 1995; Price, Monson, Callahan ve Rodriguez, 2006; Turk, Heimberg, Luterek, Mennin ve Fresco, 2005; Eftekhari ve ark., 2009).

1.6.1. Duygu düzenleme ve beden

Duyusal veya içsel algı farkındalığındaki zayıflık ile duygu düzenleme güçlükleri arasında bağlantıları gösteren önemli çalışmalar bulunmaktadır (Price ve Hooven, 2018). İçsel algı farkındalığı otonomik, hormonal, visseral ve immünolojik sinyallerin algılanması ve bütünleştirilmesi anlamına gelmek ile birlikte bedenin 'içeriden' algılanması olarak tanımlanmaktadır (Seth, 2015). İçsel algı kalp atışı, solunum, tokluk gibi iç organ fonksiyonları ile ilgili olduğu kadar duygularla ilgili otonom sinir sistemi aktivitesi ile de ilişkilidir (Vaitl, 1996; Cameron, 2001; Craig, 2002; Barrett ve ark., 2004). Bu algıların çoğu bilinç düzeyinde olmazlar. İçsel duyumların bilinçli farkındalığa uygun hale gelmeleri için işlenmesi gerekir (Cameron, 2001).

Düzenlenmiş duygular psikososyal ve fiziksel koşullara uyum sağlar ve uyarlanır, bu durum onarıcı ve büyüme odaklı bir şekilde işlev görme fırsatlarını optimize eder (Porges, 2011). Bu durum içsel duyumsamalar ve dış koşulların birbirine uyum sağlayarak uygun duygusal tepkiyi organize etmesi ile ortaya çıkabilmektedir (Blair ve Raver, 2012). Öte yandan, duygu düzensizliği, orantısız, hatalı veya uygunsuz bir duygusal tepkiyi içerir. Duygusal duyumların ve tepkilerin uygunsuzluğu, düzensizliği veya yoğunluğu genel sağlık açısından risk oluşturabilmektedir (Price ve Hooven, 2018).

Duyguları etkili bir şekilde tanımlama ve ifade etme sorunları olarak duygu düzenlemede güçlük birçok psikolojik bozukluğun temelinde yatmaktadır (Cicchetti, 1989; De Bellis, 2001; Gratz ve Roemer, 2004). Araştırmalar, erken dönem travmatik deneyimlerinin duygu düzenleme üzerindeki etkilerinin travmatik deneyimin türüne göre farklılık gösterdiğini aktarmıştır. Özellikle, bakım veren tarafından kaynaklanan kişilerarası travma (fiziksel, duygusal istismar) kişiler arası olmayan travma türüne göre (kazalar, afetler) daha zararlı etkilere neden olabilmektedir (Van Son ve Van den Hart, 2013). Duygusal istismar ve diğer çocukluk çağı travma alt türleri karşılaştırıldığında kişinin problemle baş etme kapasitesini baltalamasından dolayı ileriki yaşlarda duygu düzenleme işlevini daha çok etkilediği öne sürülmektedir (Spinazzola, 2014).

1.7. Psikosomatik Deri Yakınmaları ve Erken Dönem Travmatik Yaşam Olayları

Pierre Janet, travmatik deneyimlerin bilinçli farkındalığın dışında saklanabileceğini ve bedensel belirtiler olarak ifade edilebileceğini öne sürmüştür (Saxe vd., 1994; Gupta, 2006). İstismar ve ihmalden kurtulanların, daha sonraki yaşamlarında bedensel işleyiş ve bütünlük ile ilgili endişelere karşı savunmasız oldukları düşünülmektedir (Gerdan ve Murat, 2020; Waldinger, Schulz, Barsky ve Ahern, 2006). Çok sayıda çalışma da benzer şekilde erken dönem olumsuz yaşam deneyimlerinin yetişkinlikte somatizasyon gelişimine katkıda bulunduğunu tespit etmiştir (Stuart ve Noyes 1999). Özellikle, kişilerarası çocukluk çağı travma öyküleri (cinsel istismar, fiziksel istismar, duygusal istismar ve ihmal) yetişkinlerde somatizasyon ile ilişkilendirilmiştir (Barsky, Wool, Barnett, Cleary, 1994; Spertus, Yehuda, Wong, Halligan, Seremetis; 2003; Waldinger, Schulz, Barsky ve Ahern, 2006). Aydoğan (2018) ergenler ile yürüttüğü çalışma sonucunda ergenlik dönemindeki psikosomatizasyonlarda erken dönem çocukluk yaşantıları ve travmatik deneyimlerin rol oynadığı sonucuna ulaşmıştır.

Stuart ve Noyes (1999) travmatik geçmişi olan bir kişilerde neden bazıları psikosomatik rahatsızlıklar yaşarken diğerleri neden psikosomatik rahatsızlıklar yaşamaz sorusunu sormuşlardır. Bu noktada, bağlanma ilişkileri ile ilgili olabileceği üzerinde durmuş ve çocukluktaki olumsuz ilişki deneyimlerinin güvensiz bağlanma modellerinin gelişimini desteklediğini ve güvensiz bağlanmanın yetişkinleri somatizasyona karşı daha savunmasız hale getirebileceğini öne sürmüşlerdir. Özellikle çocukluk çağı travmasının yetişkin somatizasyonu üzerindeki etkilerine güvensiz bağlanmanın aracılık ettiğini ve kişilerarası çocukluk çağı travmalarını (cinsel istismar, fiziksel istismar, duygusal istismar ve ihmal dahil), yetişkinlerin baş ağrısı jinekolojik şikayetler gastrointestinal semptomlar ve kas-iskelet sistemi semptomları, kronik ağrı da dahil olmak üzere tıbbi açıklaması olmayan çok çeşitli semptomlarla ilgili bildirimleriyle ampirik olarak ilişkilendirilmiştir (Cunningham, Pearce, Pearce, 1988; Bendixen , Muus, Schei, 1994; Barsky, Wool, Barnett, Cleary, 1994; Bass, Bond, Gill, Sharpe,1999; Sansone, Wiederman, Sanson,2001; Waldinger, Schulz, Barsky ve Ahern, 2006). Çoğu çalışma cinsel ve fiziksel istismar üzerine durmuştur fakat daha yakın tarihli çalışmalar duygusal istismar ve ihmalin somatizasyonla da bağlantılı olduğunu göstermiştir (Baylan, 2019; Spertus, Yehuda, Wong, Halligan, Seremetis; 2003). Aynı zamanda, travmatik stresörün bireyin baş etme mekanizmalarını düzensizleştirdiğini ve kronik hastalıklara neden olduğu araştırmalar öne sürmüştür (Kealy, Tsai, Ogrodniczuk, 2016; Stojanovich ve Marisavljevich, 2008). Boscarino (2004), yaptığı çalışmada aynı şekilde travmatik stres faktörlerine maruz kalmanın, romatoid artrit, psoriatik hastalığı (sedef hastalığı) ve diyabet gibi birçok otoimmün hastalığın başlangıcına sebebiyet verdiği sonucuna ulaşmıştır.

Erken dönem travmatik yaşantıların dermatolojik hastalıklar dahil olmak üzere birçok tıbbi durumlar ile ilişki olduğu araştırmalar göstermektedir (Dube, Fairweather, Pearson, 2009, Gupta, 2017, Gupta, Jarosz ve Gupta, 2017). Dermatolojideki güncel çalışmalar (Gupta ve Levenson, 2011), travmatik stres ve artan sempatik uyarılımdan kaynaklanan aşırı uyarılma durumlarının deri üzerinde doğrudan fiziksel bir etkiye sahip olabileceğini ve deriyi yaralanmaya karşı daha savunmasız hale getirebileceği üzerine durulmuştur. Çocuklukta görülen duygusal, fiziksel, cinsel istismarın ve ihmalin sonucu olarak egzama, kendine zarar verme, trikotillomani, deri yolma bozukluğu gibi beden odaklı tekrarlayan davranışlar gibi psikosomatik deri hastalıkları gözlemlenmektedir. Fiziksel

veya cinsel istismar gibi deri üzerinde doğrudan etkisi olan yaşam olaylarının hipotalamik-hipofiz-adrenal ve sempatoadrenal medüller eksenlerde bozulmaları dolayısıyla nöroendokrin ve bağışıklık fonksiyonlarını etkilenmesine sebebiyet vermekte bu durum strese bağlı reaktif dermatozlarda psoriazis, kronik ürtiker ve atopik dermatit (egzama) gibi deri hastalıkların alevlenmesine yol açabilmektedir (Gupta, 2017).

TSSB'de otonomik uyarılmaya bağlı olarak bedenin belli bölgelerinde ''beden hafızası'' kendini tekrar eder ve deride yakınmalar ortaya çıkabilir. Örneğin, çocukken kemer ile dövülen kişinin bedeninde oluşan lezyonların kemer ile oluşan fiziksel hasar sonrası oluşan yaranın şeklini temsil etmesini bu duruma örnek gösterilebilir. Benzer şekilde oral cinsel istismar geçmişi olan kişinin ağız bölgesinde oluşan mukokutanöz semptomları bu duruma örnek olarak verilebilir. Bu vakaların çoğunda başlangıçta hasta derideki semptomlar ile daha önceki travmatik yaşam deneyimleri arasındaki ilişkiyi bilinçli olarak farkında değildir (Gupta, 2006).

Gray (1975) ve Fowles (1980), farklı bir bakış açısı sunarak sinir sistemi ile psikosomatizasyon arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. Gray ve Fowles, sinir sistemindeki inhibisyon ve aktivasyon seviyesinin spesifik rahatsızlıklara yol açtığını öne sürmüşlerdir. Örneğin, sinir sistemindeki inhibisyon, deri reaksiyonlarındaki artışlarla ilişkili görünmekte, aktivasyon ise kalp hızı, kan basıncında artma buna bağlı olarak kardiyovaskülerdeki sağlık problemlerine yansıdığını öne sürmektedir. Birlikte ele alındığında, Gray (1975) ve Fowles'ın (1980) fikirleri oldukça önemlidir çünkü davranışsal inhibisyonun fizyolojik durum üzerindeki hem kısa hem de uzun vadeli etkilerini açıklayacak bir mekanizma önerirler.

Psikosomatik deri rahatsızlıklarından biri olan psoriatik hastalığı halk arasında da bilinen sedef hastalığı üzerinde araştırma bulgularını incelediğimizde ise, kontrol grubuna göre hasta grubunda anlamlı derecede yüksek derecede duygusal ihmal puanları bulunduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu araştırma sonucunda stresli yaşam olayların, psikosomatik hastalıklara karşı savunmasız bıraktığı sonucuna ulaşılmıştır (Besiroglu, Akdeniz, Agargun, Calka, Ozdemir ve Bilgili, 2009). Simonić ve arkadaşlarının (2010) yürüttüğü çalışmada ise, bütün gelişim dönemlerinde negatif travmatik yaşam olaylarının psoriatik hastalar tarafından daha sık deneyimlendiği sonucuna ulaşılmıştır. Yaşam boyu olumsuz

deneyimler, duygusal istismar, alkol– uyuşturucu kullanımı, psoriatik hastalarda kontrollere göre anlamlı olarak daha yüksek olarak bulunmuştur.

Deri hastalıklarının başlangıç zamanı aynı zamanda kalıtsal, güncel çevresel etmenler ve erken dönem travmatik deneyimlere bağlı olarak değişkenlik gösterebilmektedir. Yapılan çalışmada aynı zamanda psoriazis şiddeti ile travma yaşantıları arasında bir ilişki bulanamamıştır (Simonić ve ark., 2010). Gupta (2005), çevresel faktörlerin erken başlangıçlı sedef hastalığının tetiklenmesinde geç başlangıçlı sedef hastalığına göre daha çok etkili olduğu sonucuna ulaşmıştır. Psoriatik hastalığın içte biri 15 yaşın civarında ortaya çıkmaktadır. Ergenlik aşaması bir gelişim aşaması olması sebebi ile travmatik olayların yanı sıra duygusal olgunlaşmamışlığın erken başlangıçlı Psoriatik hastalığında etkili olduğunu söyleyebiliriz. Travmatik olayların erken başlama riskini arttırdığını aynı zamanda söylemek mümkündür (Raychaudhuri ve Gross, 2000). Yapılan bir çalışma sonucunda ise benzer sonuçlar elde edilmiş ve birçok psoriatik hastanın çocukluk ve yetişkinlik döneminde istismar öyküsü geçmişi olduğunu göstermiş, erken başlangıçlı hastalarda latans, ergenlik ve erişkinlik döneminde duygusal istismar, alkol-uyuşturucu kötüye kullanımı ve diğer travmalar söz konusu olduğunda kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek oranlarda olduğunu gözlenmiştir. Erken başlangıçlı sedef hastalığının, geç başlangıçlı sedef hastalığının aksine, stres gibi çevresel faktörler tarafından daha sık tetiklendiğini ve bununla birlikte, hastalığın başlama periyodu kalıtsal yatkınlık, mevcut durum ve erken yaşam deneyimleri gibi farklı olaylara bağlı olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Aynı zamanda, çalışma sonucunda psoriazis şiddeti ile travma yaşantıları arasında bir ilişki bulanamamıştır (Simonić ve ark., 2010). Bir diğer sedef hastaları ile yürütülen çalışma sonucunda ise kontrol grubu ile kıyaslandığında sedef hastalığı grubunun çocukluk çağı travma puanının daha yüksek olduğu sonucu elde edilmiştir (Sesliokuyucu, Şahpolat, Arı, 2017; İslamoğlu ve ark., 2019).

Bir diğer araştırma sonucunda ise deri hastalıkları ile çocukluk çağı travmatik deneyimleri üzerine yürütülen çalışmada, deri hastalıklarının yaşamın erken dönemdeki travmatik deneyimlerle ilişkili olduğunu ve duygusal semptomların deri semptomlarına dönüştüğünü öne sürmüşlerdir. Özellikle erken dönem travmatik olaylar kişide strese yanıt veren hipotalamus-hipofiz-adrenal (HPA) ekseninde bozulmalara ve dolayısı ile inflamatuar otoimmün sistemin bozulmasına ve bozulan inflamatuar otoimmün sistemin

sedef hastalığı gibi hastalıklara yol açabileceği sonucuna ulaşılmıştır (Richards ve ark., 2005). Bir benzer araştırma sonucunda ise psikosomatik deri hastalıkları olan hastalarda çocukluk çağı travmatik deneyimlerini araştırılmış ve yaşamın erken dönemlerindeki psikolojik travma ve/veya ihmalin, duygusal semptomların ayrışmasına veya deri semptomlarına dönüşmesine yol açtığını göstermiştir (Besiroglu ve ark., 2009). Willemsen ve arkadaşlarının (2009) yürüttüğü çalışma sonucunda; alopesia hastalarını kontrol grubu ile karşılaştırıldığında Alopesi areata hastalarında süreğen travmatik yaşam olayları ve çocukluk çağı travmatik olaylarının (duygusal ihmal ve istismar) sık rapor edildiği sonucuna ulaşılmıştır. Benzer şekilde, Yalçın ve arkadaşlarının (2015) Deri Yolma Bozukluğu olan hastalar ile yürüttüğü çalışmada Deri Yolma Bozukluğu olan hastaların kontrol grubuna göre Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeğinde (ÇÇT) duygusal istismar, fiziksel istismar, duygusal ihmal alt gruplarında daha yüksek puan bildirmişlerdir (İslamoğlu ve ark., 2019).

1.8. Psikosomatik Deri Yakınmaları ve Duygu Düzenleme

Schur (1955) somatizasyonu duygularla ilişkilendirerek farklılaşma, desomatizasyon ve sözelleştirmeyi içeren gelişimsel bir duygulanım gelişimi çizgisi önermiştir (Taylor, 2003). Krystal (1974, 1988) bu önermeyi geliştirerek zihinsel temsiller yoluyla kademeli olarak eşlik eden bir psikolojik bileşen ile duyguların duyusal-motor fenomenler olarak deneyimlenebilmesi olarak detaylandırılmıştır (Taylor, 2003). Bu modele göre duyguların kökleri biyolojidedir, ancak zamanla duygular bilişsel/deneyimsel bir bileşen kazanırlar. Duygularımız hakkında net bir farkındalığımız yoksa duygularımız çok kafa karıştırıcı hale gelir ve bu duygular psikolojik anlamı olmayan çoğunlukla somatik deneyimler olarak varlığını devam ettirirler. Bu durum psikanalitik gözlemlerden türetilen ve çeşitli tıbbi ve psikiyatrik bozukluklarla ilişkilendirilen bir yapı olan aleksitimideki sorun ile ilişkilidir (Taylor, 2000; Taylor ve diğerleri, 1997; Taylor, 2003). Son yıllarda, Schur'un ve Krystal'in kavramsallaştırmaları duygusal işlemenin Çoklu Kod Teorisini geliştiren Bucci tarafından hem bilişsel bilim hem de sinirbilimdeki mevcut bilgilerle tutarlı olarak (1997a, 1997b) daha da detaylandırılmıştır (Taylor, 2003). Bucci'nin teorisine göre, duygu şemaları bebeklik döneminde sözsüz bir biçimde gelişmeye başlar. Bu, duygusal uyarılma durumları duyular, duyumsal ve kinestetik duyumlar olarak simgesel süreçlerin deneyimlenmesini içerir ve ayrıca duygu nesne, kişi

ve sembolik imgeler (örneğin, zevkli bir duyguyla ilişkilendirilen bir anne imgesi) ile ilişkilidir. Çocuklukta dil gelişirken, sözel bileşenler duygu şemalarına dahil edilir. Normal duygusal gelişim, duygu şemalarındaki duyusal, duyumsal ve motorik öğelerin görüntü ve kelimelerle bütünleşmesine bağlıdır. Bu gelişimsel süreç, ebeveynin çocuğun duygusal durumlarına uyumlanma, duygusal durumlarını düzenleme ve duygusal uyarılım durumlarını çocuğun düşünebileceği ve başkalarıyla iletişim kurabileceği şekilde adlandırılabilir hale dönüştürmesi ile gerçekleşir (Fonagy ve diğerleri, 2002; Taylor ve diğerleri, 1997; Taylor, 2003). Bion (1962) bu durumu çocuk tarafından kademeli olarak içselleştirilen ve böylece çocuğa kendi duygusal durumlarını kontrol etme ve düzenleme yeteneği veren kapsayıcı işlev olarak adlandırmaktadır (Taylor, 2003). Bu önerme aynı zamanda, Fonagy'nin, ebeveynin duygusal durumları temsil etme ve modüle etme kapasitesi de dahil olmak üzere, çocukta zihinselleştirmenin gelişimini kolaylaştıran ebeveynin yansıtıcı işlevi kavramıyla da örtüşmektedir. Ebeveynlerin kapsayıcı ve yansıtıcı işlevleri bozulduğunda veya çocuklukta ihmal veya fiziksel istismar gibi travmalar olduğunda güvensiz bağlanma, duygulanım gelişiminde bir duraklama veya bir gerileme meydana gelebilir. Bu nedenle duygular, imgeler ve kelimelerle yalnızca zayıf bir şekilde bağlantılı hale gelerek, kişinin zayıf şekilde farklılaşmış somatik duyumlar ve motorik uyarılar olarak deneyimlemesine sebebiyet verir (Krystal, 1997; Taylor, 2003).

Kişide düzensiz duygu düzenleme sistemi biyolojik sistemleri düzensizleştirir ve işlevsel bir somatik sendroma veya yapısal organik hastalığa neden olabilir (Taylor, 2003). Kişi içinde bulunduğu yoğun ve düzensiz duyguları ve kaygı durumunu yönetebilmek için beden, deri ve eklerini (saç, tırnaklar) kullanabilir (Gupta ve Gupta, 2014). Schore (2003) erken çocukluktan itibaren duyguların düzenlenmesinde derinin önemli bir rol oynadığını öne sürmektedirler. Bebeklik döneminde anne tarafından sağlanan güvenli tutuş ve rahatlatıcı deneyimlerden oluşan yeterli dokunsal uyarının, stres karşısında tetiklenen hormonal değişiklikleri azaltmaktadır (Ciuluvica ve diğerleri, 2014).

Ciuluvica ve arkadaşlarının yürüttüğü çalışmada (2014) dermatolojik hastalarda, hastalığı ortaya çıkarabilecek ve hastalığın şiddetini ağırlaştırabilecek düzensiz duygu regülasyonu paternlerinin varlığı fark edilmiştir. Çalışmada duygu düzenleme mekanizmalarının kullanımı ve düzensiz duygu düzenleme kalıplarının varlığı (bastırma) üç grup (sedef

hastaları, diğer deri hastalıkları hastaları ve kontroller) arasında incelenmiştir. Duyguları ifade etmede zorluk, bastırma deri hastalığınla ilişkili düzensiz duygu regülasyonu ile ilişkilendirilmiştir ve sedef hastalığı grubunda düzensiz duygu regülasyonlarının (bastırma, inkar) daha sık gözlenmiştir. Cengiz ve Gürel' in (2020) akne vulgarisli hastalar ile yürüttüğü araştırma sonucunda ise benzer sonuçlar elde edilmiş ve hasta grubu kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, akne hastalığı yaşayan grubun duygu düzenlemede zorluk yaşadığı ortaya çıkmıştır.

Dermatolojik hastalıklardan biri olan sedef hastalığı ile kontrol grubu ile karşılaştırıldığında sedef hastalığı olan kişilerde oldukça ilkel olarak kabul edilen ve süregelen duygusallığın ifadesini engellemeyi içeren bir duygu düzenleme stratejisi olan duygusal bastırmanın daha çok kullanıldığı ortaya çıkmıştır (Vari ve diğerleri, 2013; Ciuluvica ve diğerleri, 2014, 2019; Panasiti, Ponsi ve Violani, 2020). Sedef hastalığı olan hasta grubunda duygu düzenlemede daha yüksek düzeyde zorluk yaşadıkları ve rapor edilen psikopatolojik semptomların sayısı pozitif ilişki gösterirken ve tedavi memnuniyeti ile arasında negatif ilişki bulunmuştur (Almeida ve diğerleri, 2017; Panasiti ve diğerleri, 2020).

1.9. Beliren Yetişkinlik Dönemi

Beliren yetişkinlik dönemi onlu yaşların sonları ile yirmili yaşların başlarına kadar olan 18-25 yaş aralığına odaklanılan bir gelişim dönemidir (Arnett, 2000). Yürütülen araştırma sonuçlarına göre, Türkiye'de beliren yetişkinlik dönemi 19-26 yaş aralığında yaşanıyor olarak görülmektedir (Atak ve Çok 2007). Bu dönem arasındaki yaş farklılığı Türkiye'de üniversiye geçiş ve üniversiteden mezun olunan yıllardaki farklılıktan kaynaklanıyor olabilmektedir.

Bu dönem teorik ve ampirik olarak yetişkinlik ve ergenlik döneminden farklıdır. Yetişkinliğe ulaşma ölçütü olarak kişinin kendi sorumluluğunu ve bağımsız kararlar alabilmesi olarak tanımlanmıştır (Atak ve Çok 2007; 2010). Beliren yetişkinlik döneminde kişi genellikle aşk, iş ve dünya görüşlerinde çeşitli olası yaşam yönlerini keşfeder (Arnett, 2000). Bu yaş dönemindeki kişiler hem akademik başarı hem de iyi bir iş peşinde koşarken aynı zamanda yakın bir eş arayışı içindedirler. Bunlarla birlikte, bu dönemde finansal olarak bağımsız olamama, uzun eğitim süreleri, aile ilişkilerinde karışık

roller görülmektedir (McDonagh ve diğerleri, 2018). Kişi beliren yetişkinlik döneminde sosyal rollerden ve beklentilerden bağımsızlaştığı bir dönem olarak ayırt edilir. Çocukluk ve ergenliğin bağımlılığı bırakılmış fakat yetişkinlikte alınan kalıcı sorumluluklara henüz girilmemiştir (Arnett, 2000).

Beliren yetişkinlik dönemindeki bireyler diğer gelişim dönemindeki bireyler ile kıyaslandıklarında geçiş döneminin yarattığı stres ve olumsuz duygulara yatkınlık daha fazla gözlenmektedir (Schulenberg ve Zarrett 2005; Atak ve Çok 2010). Aynı zamanda aile desteğinin azalması, kişinin hayatını etkileyecek kararları bu dönemde veriyor olması bu dönemi sıkıntılı bir dönem haline getirmektedir (Schulenberg ve Zarrett 2005; Atak ve Çok 2010). ABD'deki epidemiyolojik araştırmalar, herhangi bir psikiyatrik bozukluğun 12 aylık prevalansının 18-29 yaş arası kişilerde %40' tan fazla olduğu gözlemlenmiştir (Arnett, Žukauskienė ve Sugimura, 2014).

Beliren yetişkinlik dönemi ne ergenlik ne de genç yetişkinliktir dönemidir. Bu nedenle, geç ergenlik ne çocuk ne de yetişkin olmanın getirdiği arada kalmışlık hissi nedeniyle tatmin edilmemiş arzuları temsil eder.

1.10. Covid-19 Bağlamında Psikosomatik Deri Yakınmaları

Koliouli ve Canellopoulos (2021), COVID-19'un günlük yaşamın aksaması, liderlere/kurumlara karşı güven kaybı ve medyada olumsuz atıflar sebebi ile kültürel bir travma oluşturduğunu öne sürmektedir. Bireylerin yaşamsal bir tehditle karşı karşıya kalmaları ve başkalarının zarar görmelerine tanık olmaları nedeniyle, pandemiye maruz kalma önemli bir stresli ve travmatik olay olarak kabul edilmektedir. Buna ek olarak, Kira ve arkadaşları (2020), COVID-19 pandemisinin bireyleri hem doğrudan hem de dolaylı olarak etkileyebilen kitlesel, kolektif ve küresel bir travmatik stres etkeni olduğu belirtmişlerdir. Ek olarak, ekonomik sorunlar, bulaşma, izolasyon, rutin aksama, kayıp deneyimleri, sosyal kısıtlamalar, bilinmeyen gelecek etkilerinden dolayı Pandemi, dünya çapında büyük travmatik tepkilere neden olan benzeri görülmemiş bir stres etkeni olarak tanımlanmaktadır.

Yapılan araştırmalara göre pandemi süresi ve sonrasında, psikiyatrik stres, sosyal mesafe, fiziksel aktivite eksikliği, gelir kaybı gibi sosyoekonomik durumlar nedeniyle kişilerde

somatizasyon daha fazla tetiklenmiştir (Wankhade ve Anjankar, 2022). Pandemi öncesi ve sırasında ruh sağlığının karşılaştırıldığı öğrenciler ile yürütülen bir çalışmada öğrencilerin depresyon, kaygı ve algılanan stres yönlerinde önemli bir bozulma gösterdiği ve kız öğrencilerin erkek öğrencilere kıyasla ruh sağlığında bozulmalara karşı daha savunmasız oldukları gözlemlenmiştir (Elmer, Mepham ve Stadtfeld, 2020)

Bu çalışma Covid-19 salgını sonrası gerçeklemesi ile birlikte Covid-19 gibi süreğen bir küresel bir travmanın psikosomatik deri yakınmalarını ortaya çıkarma ve şiddetlendirmede etkili olabileceğini göz önünde bulundurmak önemli olacaktır.

1.11. Araştırmanın Önemi

Sunulan literatür ışığında bu çalışma temel olarak psikosomatik deri yakınmaları ile erken dönem travmatik yaşantılar ve duygu düzenleme güçlüğü arasındaki ilişkiyi incelemeyi hedeflemektedir. Deri hastalıkları ile erken dönem travmatik yaşantılar arasındaki ilişkiyi ve duygu düzenleme güçlüğü ve deri hastalıkları arasındaki ilişkiyi inceleyen kısmi çalışmaların olması ile birlikte yeterli çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışma deri hastalıklarının dışında tüm deri yakınmalarını çalışmaya dahil ederek psikosomatik deri yakınmaları ile erken dönem travmatik yaşantılar ve duygu düzenleme güçlüğü rolünü inceleyen ilk çalışmalardan biri olması sebebi ile oldukça önemlidir. Aynı zamanda, beliren yetişkinlik döneminde görülen deri yakınmalarını inceleyen bir çalışma olmamasından dolayı da bu çalışma önem taşımaktadır.

1.12. Araştırmanın Amacı

Çalışmanın ana amacı Türkiye'den bir örneklemde psikosomatik deri yakınmaları ile erken dönem travmatik deneyimleri ve duygu düzenleme güçlüğü arasındaki ilişkiyi incelemektir. Bu araştırmanın alt amacı ise psikosomatik deri yakınmaları ile demografik özellikler arasındaki ortalama farklılıkları ve demografik özelliklerin yordayıcılığını incelemektir.

Aşağıda mevcut çalışmanın sorularına yer verilmiştir:

I. Beliren yetişkinlik döneminde psikosomatik deri yakınmaları ile erken dönem travmatik yaşantılar arasındaki ilişki nedir?

II. Beliren yetişkinlik döneminde psikosomatik deri yakınmaları ile duygu düzenleme güçlüğü arasındaki ilişki nedir?

III. Erken dönem travmatik yaşantılarının psikosomatik deri yakınmlarını/hastalıklarını yordayıcı rolü nedir?

IV. Duygu düzenleme güçlüğünün psikosomatik deri yakınmalarını/hastalıklarını yordayıcı rolü nedir?

V. Psikosomatik deri yakınmalarında demografik (cinsiyet, eğitim düzeyi, ilişki durumu, yaşanılan şehir, kronik rahatsızlık, psikiyatrik tanı, sosyoekonomik düzey) özelliklere göre anlamlı farklılaşmalar var mıdır?

VI. Demografik (cinsiyet, eğitim düzeyi, ilişki durumu, yaşanılan şehir, kronik rahatsızlık, psikiyatrik tanı, sosyoekonomik düzey) özelliklerin psikosomatik deri yakınmalarını/hastalıklarını yordayıcı rolü nedir?

Bu sorular kapsamında araştırmada test edilecek hipotezler şunlardır:

H1: Erken dönem travmatik yaşam olaylarına maruz kalmak ile psikosomatik deri yakınmaları arasında pozitif yönde bir ilişki beklenmektedir.

H2: Duygu düzenlemede güçlük ile psikosomatik deri yakınmaları arasında pozitif yönde bir ilişki beklenmektedir.

H3: Erken dönem travmatik yaşam olaylarına maruz kalmanın psikosomatik deri yakınmalarının anlamlı yordayıcılarıdır.

H4: Duygu düzenlemede güçlük psikosomatik deri yakınmalarının anlamlı yordayıcılarıdır.

H5: Psikosomatik deri yakınmalarına göre bireylerin demografik (cinsiyet, eğitim düzeyi, ilişki durumu, yaşanılan şehir, kronik rahatsızlık, psikiyatrik tanı, sosyoekonomik düzey) özelliklerinin farklılaşması beklenmektedir.

H6: Demografik (cinsiyet, eğitim düzeyi, ilişki durumu, yaşanılan şehir, kronik rahatsızlık, psikiyatrik tanı, sosyoekonomik düzey) özellikler psikosomatik deri yakınmalarının anlamlı yordayıcılarıdı

BÖLÜM 2: YÖNTEM

Bu bölümde araştırma kapsamında yer alan örneklem bilgileri, veri toplama araçları, işlem ve analiz hakkındaki bilgilerine yer verilmiştir.

Bu araştırmada psikosomatik deri yakınmalarında ile erken dönem travmatik yaşam olayları ve duygu düzenleme arasındaki ilişki araştırıldığından dolayı bu araştırmada ilişkisel tarama modeli kullanılmıştır. İlişkisel tarama iki ve daha çok sayıdaki değişken arasında birlikte değişimin varlığını belirlemeyi amaçlayan tarama yaklaşımına denir. İlişkisel tarama modelinde, değişkenlerin birlikte değişip değişmediği; değişme varsa bunun nasıl olduğu saptanmaya çalışılır (Karasar, 2011).

Geç ergenlik döneminde yaşanan psikosomatik deri yakınmaları daha kapsamlı incelemek amacıyla deri ile ilişkili yakınmaların sayısı, bu yakınmaların şiddeti ve deri hastalıkları tanı sayısı ile ölçülen psikosomatik deri yakınmaları bileşik puanı elde edilmiştir. Aynı zamanda, deri hastalıkları tek başına bağımlı değişken olarak analiz edilmiştir. Sonuç olarak, bileşik toplam deri yakınmaları puanı ve deri hastalıkları olmak üzere iki yordanan değişken ile araştırma yürütülmüştür.

2.1. Örneklem

Çalışma kapsamında 19-26 yaş arası beliren yetişkinlik dönemindeki 381 kişiye kolay örnekleme yöntemi ile ulaşılmıştır. Kolay örnekleme (elverişlilik) yöntemi diğer örnekleme yöntemlerine göre zamandan tasarruf sağlaması ve finans açısından daha az maaliyetli olması, katılımcılara ulaşmanın ve uygulamanın daha kolay olmasından dolayı tercih edilmiştir (Stratton, 2021).

Dışlama kriterleri doğrultusunda 18 yaşından küçük 26 yaşından büyük 9 katılımcı çalışmadan çıkarılmış olup sonrasında kalan 372 kişi ile çalışmaya devam edilmiştir. Bu işlemler ardından uç değerlere ve kayıp verilerin kontrolü yapılmış olup 372 örneklem büyüklüğü ile çalışmaya devam edilmesine karar verilmiştir. Örneklemin 296 (%80) deri yakınması varken 194 (%52) katılımcının bir deri hastalığı geçmişi bulunmaktadır.

Örneklemin 269'unu (%72) kadın, 103'ünü (%28) ise erkek katılımcılar oluşturmaktadır. Örneklemin yaş ortalaması ise 23 olarak tespit edilmiştir.

2.2. Veri Toplama Araçları

2.2.1. Demografik bilgi formu (Ek 2)

Katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durum, psikolojik ve fizyolojik tanıları, sosyoekonomik düzeyleri gibi bilgileri elde etmek amacıyla katılımcılara verilecektir. Kızılkaya (2018), çalışmasından alınarak oluşturulmuştur. Form deri yakınmaları ile ilgili sorular içermektedir. Sorular literatür taramasına ve uzman görüşüne dayanarak oluşturulmuştur (Kızılkaya, 2018). Koo ve Lee (2003) dermatolojik hastalıkları sınıflandırdığı sistemde stresle oluşan/artan hastalıklar, psikiyatrik hastalıklara yol açan hastalıklar demografik bilgi formuna eklenmiştir.

Psikosomatik deri yakınmalarını ölçmek için deri ilgili semptom sayısı, bu semptomların şiddet seviyesi ve deri ilgili hastalık tanısı olmak üzere üç değişken toplanarak bir bileşik toplam puan oluşturulmuştur.

2.2.2. Çocukluk çağı travma ölçeği (ÇÇT) (Ek 3)

Ölçeğin orijinal adı "Çocukluk Travma Anketi" (ÇÇT) olan ölçek Bernstein, Fink, Handelsman, Foote (1994) tarafından geliştirilmiştir. Kişilerin 18 yaş öncesi "çocuklukta cinsel, fiziksel, duygusal istismar ve duygusal ve fiziksel ihmal" yaşantılarını belirlemek amacıyla geliştirilen beş alt boyutlu bir ölçektir.

Şar, Öztürk ve İkikardeş (2012) tarafından ölçeğin Türkçeye uyarlama çalışmaları yapılmıştır. Türkçe'ye uyarlanan ölçek kısaltılmış hali olup, 53 maddeden 28 maddeye dönüştürülmüştür. 5'li likert tipinde olup 1-5 puan arasında (1=hiçbir zaman, 2=nadiren, 3=bazen, 4=sıklıkla, 5=çok sık) değerlendirme yapılmakta ve 5 alt boyuttan oluşmaktadır. Bireylerin travmatik yaşantılarını, "fiziksel, duygusal, cinsel istismarı, fiziksel ve duygusal ihmalini" ölçen geriye dönük bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçeğin her bir alt ölçeği beş maddeden oluşmaktadır; duygusal istismar 3,8,14,18,25 maddeleri ile, fiziksel istismar 9,11,12,15,17 maddeleri ile, fiziksel ihmal 1,4,6,2,26 maddeleri ile, duygusal ihmal 5,7,13,19,28 numaralı maddeler ile, cinsel istismar ise 20,21,23,24,27 numaralı

maddeleri değerlendirilmektedir. Fiziksel istismar (örn. “Ailemden biri beni o kadar çok dövdü ki doktora gitmem ya da hastaneye gitmem gerekti), duygusal istismar (örn. ailem doğmamış olmamı dilerdi”), cinsel istismar (örn., “Birisi bana cinsel yolla dokunmaya çalıştı veya dokunmaya zorladım”), fiziksel ihmal (örn., “Kirli giysiler giymek zorunda kaldım”) ve duygusal ihmal (örn. örneğin, “Sevildiğimi hissettim”). Ölçekten çocukluk çağı cinsel, fiziksel, duygusal istismar ve çocukluk ve ergenlik döneminde duygusal ve fiziksel ihmal olmak üzere toplam puan ve beş alt puan elde edilmektedir. Toplam puan, ölçeğin tamamı için 25 ile 125 ve her bir alt ölçek için 5 ile 25 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan yüksek puanlar, çocukluk çağı travmatik yaşantılarının sayısının arttığını göstermektedir. Ayrıca katılımcıların travmayı inkar edip etmediklerini değerlendirmek için bir minimizasyon/inkar alt ölçeği bulunmaktadır. Minimizasyon ve inkar 10, 16, 22 maddeleri ile ölçülmektedir. Bu alt ölçeğinin puanı 0-3 arasında değişmektedir ancak ölçeğin toplam puanı ölçülürken bu alt ölçekteki üç maddeye yer verilmemektedir.

Türkçeye uyarlama çalışmalarında geçerlik güvenirlilik çalışmaları yapılmıştır. 123 katılımcı ile yapılan güvenirlik çalışmasında ölçeğin iç tutarlılık değeri .93 olarak bulunmuştur (Şar, Öztürk ve İkikardeş, 2012). Madde 4 (r = 0.17) hariç tüm maddelerin birbirleriyle korelasyon sonuç değerleri 0.30'un üzerinde olup ve çoğu 0.50'nin üzerindedir. Alt ölçekler için korelasyon katsayıları fiziksel istismar için .90, duygusal istismar için .90, cinsel istismar için .73, duygusal ihmal için .85 ve fiziksel ihmal için .71 olarak bulunmuştur.

2.2.3. Duygu düzenleme güçlükleri ölçeği (DDG)

Duygu Düzenleme Güçlükleri Ölçeği, duygu düzenlemenin farklı alanlarını ölçmek için Gratz ve Roemer (2004) tarafından geliştirilmiştir. Bu ölçek duygu düzenlemenin 5 farklı boyutunu içerir bunlar; (a) duyguları farkında olma ve anlama (farkındalık), (b) duyguları kabul etme, (c) dürtüsel davranışları kontrol etme (dürtüler) ve olumsuz deneyimler karşısında arzu edilen amaçlar doğrultusunda davranma becerisi (amaçlar) d) bireysel hedefleri ve durumsal talepleri karşılamak için duygusal tepkileri istendiği gibi ayarlamaktır (hedefler) (Gratz and Roemer, 2004). Rugancı ve Gençöz (2010) bu ölçeği Türkçe'ye uyarlamışlardır. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği’nin Türkçe formu, orijinal halinde olduğu gibi 5'li Likert tipi ölçekten ve 36 maddeden oluşmaktadır. Katılımcılardan 1-5 puan arasında değişen yanıtlarla, maddelerin kendileri için ne sıklıkta

geçerli olduğunu belirtmeleri istenir (1=neredeyse hiçbir zaman, 2=bazen, 3=yaklaşık yarı yarıya, 4=çoğu zaman, 5=neredeyse her zaman). Bu ölçek, duygusal farkındalık eksikliği (farkındalık; 2, 6, 8, 10, 17, 34), duygusal netlik eksikliği (netlik; 1, 4, 5, 7, 9), olumsuz duyguları kabul etmeme kabul etmeme; 11, 12, 21, 23, 25, 29), strateji oluşturma eksikliği (stratejiler; 15, 16, 22, 28, 30, 31, 35, 36), dürtüsel davranışlar üzerinde kontrol eksikliği (dürtü; 3, 14, 19, 24, 27, 32), olumsuz duygulanım yaşarken hedefe yönelik davranışta bulunmada zorluklar (hedefler; 13, 18, 20, 26, 33) olmak üzere altı alt ölçeği kapsamaktadır. 1, 2, 6, 7, 8, 10, 17, 22, 24, 26 ve 34. maddeler ise ters kodlanmıştır. Ölçekten alt ölçek puan ve toplam puan elde edilmektedir.

Orijinal versiyonun iç tutarlılığı .93 (Cronbach's alfa) olarak rapor edilerek sonuçlar ölçeğin yüksek iç tutarlılığa sahip olduğunu göstermiş (Gratz ve Roemer, 2004). Ölçeğin Türkçeye uyarlama çalışmaları Rugancı ve Gençöz (2010) tarafından yürütülmüş ve Cronbach alfa katsayısı .94 olarak bulunmuştur. Orijinal çalışmaya benzer şekilde, altı faktörlü yapı kullanılmış ve bu faktörlerin toplam varyansın %62,4'ünü açıkladığını hesaplamışlardır. Ölçeğin Türkçe versiyonunun iç tutarlılığını artırmak amacıyla madde 10'u çalışamadan çıkartılmıştır ve çalışmaya 35 madde ile devam etmişlerdir. Cronbach alfa katsayısı .94 olarak hesaplanmıştır ve bu da ölçeğin Türkçe formunun yüksek iç tutarlılığa sahip olduğunu göstermektedir. Bu çalışmada, ölçekten alınan yüksek puanlar, düşük düzeyde duygu düzenleme güçlüklerini göstermektedir.

2.3. İşlem

Veri toplama sürecine başlamadan ölçekleri uyarlayan veya geliştiren kişilerden ölçek kullanım izinleri alınmıştır. Çalışmaya başlamadan önce Maltepe Üniversitesi Etik Kurulu'ndan ölçekler ve uygulama ile ilgili gerekli onay, etik kurul izni alınmıştır. Alınan onayların ardından, çevrimiçi Google Forms üzerinden katılımcıların ulaşabileceği bir link oluşturulmuştur. Çevrimiçi anket linki sosyal medya (Instagram, Linkedin, WhatsApp vb.) üzerinden iletilmiştir. Tüm veriler çevrimiçi anket yazılımı Google Forms aracılığı ile toplanmıştır. İlk olarak, gönüllü katılımcılara araştırmanın amacının, gizliliğe ilişkin bilgilerin, araştırmayı bırakma haklarının olduğuna dair bilgilerin ve araştırmacının iletişim bilgilerinin yer aldığı Bilgilendirilmiş Onam Formu verilmiştir. Katılımcılara sırasıyla Demografik Bilgi Formu Çocukluk Çağı Travma Ölçeği (ÇÇT) ve Duygu Düzenleme Güçlükleri Ölçeği (DDG) sırasıyla sunulmuştur. Ölçeklerin

tamamlanması yaklaşık 20 dakika sürmüştür. Eylül 2022 – Kasım 2022 tarihleri arasında veri toplama işlemi tamamlanmıştır.

Beliren yetişkinlik döneminde deri yakınmaları ile erken dönem travmatik yaşam olayları ve duygu düzenleme güçlüğü arasındaki ilişki çalışılacaktır. Bu çalışmada ilişkisel tarama modeli kullanılacaktır. İlişkisel tarama modeli, iki ve daha çok sayıdaki değişken arasındaki değişimi belirlemek ve aynı zamanda bu ilişkinin derecesini ölçmeyi amaçlar (Karasar, 2011).

2.4. Analiz

Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde Sosyal Bilimler için İstatistik Paket Programı'nın SPSS 25.0 sürümü kullanılmıştır. Bu çalışmada, erken dönem travmatik yaşam olayları ve duygu düzenleme güçlüğü ile psikosomatik deri yakınmaları arasındaki ilişkisi ve yordayıcılığı incelenmiştir.

Yordayıcı değişken erken dönem travmatik yaşam olayları ve duygu düzenleme güçlüğü, yordanan değişken ise psikosomatik deri yakınmalarıdır. Erken dönem travmatik yaşam olayları çocukluk çağı travmatik deneyimler ile ölçülmüştür. Çocukluk çağı travmatik deneyimlerin 5 alt türü bulunmaktadır. Bunlar, fiziksel, cinsel, duygusal istismar ve duygusal, fiziksel ihmaldir. Psikosomatik deri yakınmalarını ölçmek için deri ilgili semptom sayısı, bu semptomların yoğunluğu ve deri ilgili tanı olmak üzere üç değişken kullanılmıştır. Katılımcıların deneyimlediği genel deri ile ilgili rahatsızlık düzeyini etkili bir şekilde belirlemek için bir bireyin sahip olduğu deri ile ilgili hastalıkların sayısı, deri ilgili semptomların sayısı ve bu semptomların yoğunluk derecelerini dikkate almak önemlidir.

Veri analizi sürecinde öncelikle değişkenlerin betimsel istatistikleri incelenmiş, ilk önce veriler, eksik değerler, aykırı değerler, doğrusal ilişkiler ve normallik açısından taranmıştır. Araştırmada ilk olarak kullanılan cinsiyet, yaş, sosyoekonomik düzeyi, eğitim düzeyi, ilişki durumu, psikiyatri tanı, kronik rahatsızlık, deri hastalıklarının şiddeti, semptomların sayısı ve semptomların değişen yoğunluk derecelerin betimsel analiz amacı ile ortalama ve standart sapma değerleri hesaplanmıştır. Ardından normallik

değerlerine bakılmıştır, verinin normallik değerlerini sağlaması ile parametrik testler kullanılmıştır.

BÖLÜM 3: BULGULAR

Çalışmanın bu bölümünde araştırma amaçları doğrultusunda toplanan verilerin tanımlayıcı analizlerine ve istatistiksel analizlerine yer verilmiştir.

3.1. Betimsel Analizler

Tanımlayıcı analizler kapsamında elde edilen verilerin dağılımları, araştırmanın ölçme araçlarının ortalamalarına dair bulgulara yer verilmiştir. Dağılımlar kapsamında frekans ve yüzdeler kullanılırken ölçme araçlarının skorları ortalamalar ve standart sapma yolu ile ele alınmıştır.

Aşağıda yer alan Tablo 1'de araştırmanın demografik değişkenlerinin dağılımlarına yer verilmiştir. Elde edilen bulgulara göre örneklemin 269'u (%72) kadın, 103'ü (%28) erkek olmaktadır. Örneklemin sosyoekonomik düzey dağılımı ise şu şekilde gerçekleşmiştir; 73 (%19) katılımcı kendini alt, 263 (%71) katılımcı orta ve 36 (%10) katılımcı üst sosyoekonomik düzeye ait şekilde tanımlamaktadır. Psikiyatrik tanı geçmişine göre 119 (%32) katılımcı psikiyatrik tanı geçmişine sahipken, 253 (%68) katılımcının ise herhangi bir psikiyatrik tanısı bulunmamaktadır. Örneklem ilişki durumları bakımından incelendiğinde 137 (%36) katılımcının romantik bir ilişkisi bulunmakta, 192 (%52) katılımcının bir ilişkisi bulunmamakta, 15 (%4) katılımcı kendini sözlü veya nişanlı olarak tanımlamakta ve 28 (%8) katılımcı kendini evli olarak tanımlamaktadır. Örneklem kronik rahatsızlıklarına göre ise; 99 (%27) kronik rahatsızlık sahibi, 273 (%73) kronik rahatsızlık sahibi olmayan katılımcı şeklinde ayrılmaktadır. Yaşanılan şehir değişkeninin dağılımı ise; 325 (%87) büyükşehir, 40 (%11) şehir ve 7 (%2) köy kasaba şeklinde gerçekleşmiştir.

Tablo 1. Araştırma Örnekleminin Demografik Değişkenlerinin Dağılımları

		Frekans	Yüzde
Cinsiyet	Kadın	269	72
	Erkek	103	28
Eğitim	Lisans Öğrencisi	129	35
	Lisans Mezunu	133	36
	Lisansüstü Öğrencisi ve Mezunu	103	27
	Diğer	7	2
İş Durumu	Çalışıyor	193	53
	Çalışmıyor	172	47
İlişki Durumu	İlişkisi Var	137	36
	İlişkisi Yok	192	52
	Sözlü/Nişanlı	15	4
	Evli	28	8
Sosyoekonomik Düzey	Alt	73	19
	Orta	263	71
	Üst	36	10
Kronik Rahatsızlık	Var	99	27
	Yok	273	73
Psikiyatrik Tanı Geçmişi	Var	119	32
	Yok	253	68
Şehir	Büyükşehir	325	87
	Şehir	40	11
	Köy/Kasaba	7	2
Toplam		372	100

Tablo 2'de ise araştırma örnekleminin deri yakınma ve hastalık durumlarına dair değişkenlerin dağılımlarına yer verilmiştir. Elde edilen bulgulara göre 296 (%80) katılımcının deri yakınması varken 76 (%20) katılımcının ise deri yakınması bulunmamaktadır. Deri hastalıkları durumu incelendiğinde ise 194 (%52) katılımcının bir deri hastalığı geçmişi bulunurken, 176 (%48) katılımcının deri hastalığı geçmişi bulunmamaktadır.

260 (%76) katılımcı deri hastalıklarının ve yakınmalarını nedenini psikolojik nedenlerden ötürü oluştuğunu düşünürken 147 (%43) hormonal, 104 (%31) katılımcı kalıtımsal, 97 (% 28) enfeksiyondan kaynaklı olduğunu düşündüklerini iletmişlerdir.

Tablo 2. Örneklemin Deri Yakınma ve Hastalık Durum Dağılımları

		Frekans	Yüzde
Deri Yakınması	Var	296	80
	Yok	76	20
Deri Hastalığı	Var	194	52
	Yok	176	48

Aşağıda yer alan Tablo 3'te ise sıklıkla görülen deri yakınmalarının şiddet ortalamaları yer almaktadır. Elde edilen bulgulara göre su toplama (Ort. =2.5, SS =1.8) ve lekelenme (Ort.=2,5, SS=1,8) en yüksek ortalama şiddete sahipken çatlama (Ort.= 0,8, SS=1,4) ve iltihaplanma (Ort.=0,8, SS=1,2) en düşük ortalama şiddete sahip olmaktadır.

Tablo 3. Deri Yakınma Şiddet Ortalamaları

	N	Ort.	SS	Alt-Üst
Kızarıklık	372	2.1	2.0	0-6
Kaşıntı	372	2.4	1.9	0-6
Kabarma	372	1.8	1.9	0-6
Pullanma	372	1.4	1.6	0-6
Çatlama	372	0.8	1.4	0-6
İltihaplanma	372	0.8	1.2	0-6
Su Toplama	372	2.5	1.8	0-6
Lekelenme	372	2.5	1.8	0-6
Akne	372	1.1	1.8	0-6

Aşağıda yer alan Tablo 4'te ise deri hastalığı veya deri yakınmasının hayatın belirli alanlarını etkileme şiddetine dair bulgular sunulmaktadır. Ekte yer alan bulgulara göre

deri hastalık veya yakınmaları en çok ruh sağlığını (Ort. =2,5, SS=2,1) en az ise din algısını (Ort.=0,3, SS=1,0) etkilemektedir.

Tablo 4. Deri Hastalık / Yakınma Etkileme Şiddeti

	N	Ort.	SS	Alt-Üst
Aile	372	1.4	1.6	0-6
Arkadaşlık	372	1.2	1.5	0-6
İş ve Okul Hayatı	372	1.8	1.9	0-6
Cinsellik	372	1.0	1.6	0-6
Ruh Sağlığı	372	2.5	2.1	0-6
Din	372	0.3	1.0	0-6
Benlik Algısı	372	1.8	1.9	0-6

Aşağıda yer alan Tablo 5'te ise araştırmanın ölçme araçlarının ortalama skorları yer almaktadır.

Tablo 5. Ölçme Araçlarının Ortalama Puanları

	N	Ort	SS	Alt-Üst	Cronbach's Alpha Değerleri
ÇÇT Çocukluk Çağı Travmaları Alt Boyutları					
Duygusal İstismar	372	8.7	4.2	5-20	.803
Fiziksel İstismar	372	5.8	1.9	5-15	.810
Fiziksel İhmal	372	6.7	2.1	5-12	.808
Duygusal İhmal	372	11.7	4.6	5-20	.837
Cinsel İstismar	372	6.2	2.5	5-15	.826
Aşırı Koruma Kontrol	372	11.4	4.4	5-25	.830
ÇÇT Toplam	372	50.3	14.3	30-106	.891
DDG Duygu Düzenleme Alt Boyutları					
Farkındalık	372	14.0	4.1	6-19	.867
Netlik	372	11.4	3.7	5-20	.881
Kabul Etmeme	372	12.5	5.9	6-24	.879
Stratejiler	372	19.8	7.5	8-32	.890
Dürtü	372	13.5	1.9	6-24	.884
Hedefler	372	15.1	1.9	8-24	.879
Duygu Düzenleme Toplam	372	85.5	21.9	49-103	.915
Deri Yakınmaları Toplam	372	14.9	10.1	0-51	.913
Deri Hastalıkları Sayısı	372	0.8	0.9	0-5	.928

3.2. Normallik İncelemesi

Araştırma amaçlarına uygun olan analiz yöntemlerini belirlemek amacıyla öncelikle verilerin normal dağılım gösterip göstermediği incelenmiştir. Hair, Black, Babin, Anderson ve Tatham'a (2005) göre çarpıklık ve basıklık değerlerinin +3,0 ile -3,0 arasında olması verilerin normal dağılım gösterdiğine işaret etmektedir. Bu çerçevede araştırma örnekleminin çarpıklık ve basıklık değerleri aşağıda yer alan Tablo 6'da

sunulmuştur, elde edilen bulgular incelendiğinde fiziksel istismar ve cinsel istismar alt boyutu hariç bütün ölçme araçlarının çarpıklık ve basıklık değerleri -3 ile +3 arasında dağılım göstermektedir. Çocukluk Çağı Travmaları Toplam puanı da normal dağılım gösterdiği için bu alt boyutların dağılımı göz ardı edilmiş, verilerin normal dağılım gösterdiği tespit edilmiş ve araştırmanın istatistiksel analizlerinde parametrik testlerin kullanılmasına karar verilmiştir.

Tablo 6. Araştırmanın Ölçme Araçlarının Çarpıklık ve Basıklık İncelemeleri

	Çarpıklık		Basıklık	
	İstatistik	Ss	İstatistik	Ss
Duygusal İstismar	1,500	.176	1,969	.145
Fiziksel İstismar	3,632	.176	16,768	.145
Fiziksel İhmal	1,693	.176	3,148	.145
Duygusal İhmal	0,519	.176	-0,409	.145
Cinsel İstismar	2,754	.176	8,111	.145
Aşırı Koruma Kontrol	0,889	.176	0,081	.145
Çocukluk Çağı Travma Ölçeği	1,112	.176	1,121	.145
Farkındalık	0,329	.176	-0,190	.145
Netlik	0,811	.176	0,689	.145
Kabul Etmeme	1,118	.176	0,856	.145
Stratejiler	0,727	.176	-0,275	.145
Dürtü	0,874	.176	0,428	.145
Hedefler	-0,066	.176	0,311	.145
Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği	0,760	.176	0,029	.145
Deri Yakınmaları	0,901	.176	0,656	.145
Deri Hastalıkları	1,149	.176	1,139	.145

3.3. İstatistiksel Analizler

Çalışmanın bu bölümünde araştırma amaçları doğrultusunda oluşturulan hipotezlerin uygun istatistiksel test yöntemleri olarak belirlenen parametrik testler ile gerçekleştirilen analizlerine yer verilmiştir. Hipotez testleri kapsamında bağımsız örneklem t-testi, tek yönlü ANOVA, Pearson korelasyon, hiyerarşik ve çoklu doğrusal regresyon testlerinden yararlanılmıştır.

Aşağıda yer alan Tablo 7'de cinsiyet değişkeni ile toplam deri yakınmaları arasındaki istatistiksel anlamlı ortalama farklılıklarının tespiti amacıyla gerçekleştirilen bağımsız

örneklem t-testinin sonuçları yer almaktadır. Elde edilen bulgular incelendiğinde toplam deri yakınmaları ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ortalama farklılığı bulunmaktadır [t (370) = 7,193, p<.05]. Elde edilen bu farklılık incelendiğinde kadınların (Ort= 17,12, SS=10.31) erkeklerden (Ort= 9,21, SS=6.87) daha yüksek düzeyde deri yakınmasına sahip olduğu görülmektedir.

Tablo 7. Cinsiyet ve Psikomatik Deri Yakınmaları Ortalama Farklılıkları

Bağımlı Değişken	**Cinsiyet**	**N**	**Ort.**	**ss**	**t**	**p**
Toplam Deri Yakınmaları	Kadın	269	17.12	10.31	7.193	**.000**
	Erkek	103	9.21	6.87		

Tablo 8'de ise sosyoekonomik düzey ile deri yakınmaları arasındaki istatistiksel anlamlı ortalama farklılıklarının tespiti amacıyla gerçekleştirilen Tek Yönlü Anova sonuçları yer almaktadır. Elde edilen bulgular incelendiğinde toplam deri yakınmaları ile sosyoekonomik düzey arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ortalama farklılığı bulunmamaktadır [F (370) =.469, p>.05]. Elde edilen bulgular detaylı incelendiğinde araştırmanın alt sosyoekonomik düzey (Ort= 15,96, SS=10.73), orta sosyoekonomik düzey (Ort= 14,7, SS=9.9), üst sosyoekonomik düzey (Ort= 14,56, SS=10.4) ile deri yakınmaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ortalama farklılığı tespit edilememiştir.

Tablo 8. Sosyoekonomik Düzey ve Psikomatik Deri Yakınmaları Ortalama Farklılıkları

Bağımlı Değişken	**Sosyoekonomik Düzey**	**N**	**Ort.**	**ss**	**F**	**p**
Toplam Deri Yakınmaları	Alt	73	15.96	10.731	.469	.626
	Orta	263	14.7	9.917		
	Üst	36	14.56	10.448		

Tablo 9'da araştırmanın psikiyatrik tanı değişkeni ve deri yakınmaları arasındaki istatistiksel anlamlı ortalama farklılıklarının tespiti amacıyla gerçekleştirilen bağımsız

örneklem t-testinin sonuçları yer almaktadır. Elde edilen bulgulara göre psikiyatrik tanı ile toplam deri yakınmaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ortalama farklılığı tespit edilmiş olup [t (370) = 4,759, p<.05], psikiyatrik tanı sahibi katılımcıların (Ort= 18,47, SS=11.13), psikiyatrik tanısı olmayan katılımcılardan (Ort= 13,27, SS= 9.17) daha yüksek düzeyde deri yakınması skoruna sahip olduğu görülmektedir.

Tablo 9. Psikiyatrik Tanı ve Psikosomatik Deri Yakınmaları Ortalama Farklılıkları

Bağımlı Değişken	**Psikiyatrik Tanı**	**N**	**Ort.**	**ss**	**t**	**p**
Toplam Deri Yakınmaları	Var	119	18.47	11.13	4.759	**.000**
	Yok	253	13.27	9.17		

Tablo 10'da araştırmanın kronik rahatsızlık değişkeni ve deri yakınmaları arasındaki istatistiksel anlamlı ortalama farklılıklarının tespiti amacıy.la gerçekleştirilen bağımsız örneklem t-testinin sonuçları yer almaktadır. Elde edilen bulgulara göre kronik rahatsızlık değişkeni ile toplam deri yakınmaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ortalama farklılığı tespit edilmiş olup [t (370) = 3,298, p<.05], kronik rahatsızlık sahibi katılımcıların (Ort= 17,77, SS= 10,78), kronik rahatsızlık sahibi olmayan katılımcılardan (Ort= 13,90, SS=9,68) daha yüksek düzeyde deri yakınması skoruna sahip olduğu görülmektedir.

Tablo 10. Kronik Rahatsızlık ve Psikomatik Deri Yakınmaları Ortalama Farklılıkları

Bağımlı Değişken	**Kronik Rahatsızlık**	**N**	**Ort.**	**ss**	**t**	**p**
Toplam DeriYakınmaları	Var	99	17.77	10.78	3.298	**.001**
	Yok	273	13.90	9.68		

Tablo 11'de ise ilişki durumu ile deri yakınmaları arasındaki istatistiksel anlamlı ortalama farklılıklarının tespiti amacıyla gerçekleştirilen Tek Yönlü Anova sonuçları yer almaktadır. Elde edilen bulgulara göre toplam deri yakınmaları ile ilişki durumu ile

arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ortalama farklılığı bulunmamaktadır [F(370)= .268, p>05]. Elde edilen bulgular incelendiğinde İlişkisi Olan (Ort. 15,89, SS= 8,52) İlişkisi Olmayan (Ort. 14,51, SS= 10,99), Sözlü/ Nişanlı (Ort. 16,07, SS= 12,53) ve Evli (Ort. 15,04, SS= 10,03) değişkenleri ile deri yakınmaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ortalama farklılığı tespit edilememiştir.

Tablo 11. İlişki Durumu ve Psikosomatik Deri Yakınmaları Ortalama Farklılıkları

Bağımlı Değişken	**İlişki Durumu**	**N**	**Ort.**	**ss**	**F**	**p**
Toplam Deri Yakınmalrı	İlişkisi Var	137	15.39	8.525	.268	.849
	İlişkisi Yok	192	14.51	10.994		
	Sözlü/Nişanlı	15	16.07	12.538		
	Evli	28	15.04	10.039		

Tablo 12'de ise yaşanılan şehir ile deri yakınmaları arasındaki istatistiksel anlamlı ortalama farklılıklarının tespiti amacıyla gerçekleştirilen Tek Yönlü Anova sonuçları yer almaktadır. Elde edilen bulgular incelendiğinde toplam deri yakınmaları ile şehir arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ortalama farklılığı bulunmamaktadır [F (370) = 0.25, p>05]. Elde edilen bulgular detaylı incelendiğinde Büyükşehir (Ort. 14,89, SS= 10,05), Küçükşehir (Ort. 15,02, SS= 10,78), Köy/ Kasaba (Ort. 15,43, SS= 10,86) değişkenleri ile deri yakınmaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ortalama farklılığı tespit edilememiştir.

Tablo 12. Yaşanılan Şehir ve Psikosomatik Deri Yakınmaları Ortalama Farklılıkları

Bağımlı Değişken	**Şehir**	**N**	**Ort.**	**ss**	**F**	**p**
Toplam Deri Yakınmaları	Büyükşehir	325	14.89	10.05	.025	.975
	Küçükşehir	40	15.2	10.785		

Köy/Kasaba	7	15.43	10.861

Aşağıda yer alan Tablo 13'te ise eğitim durumu değişkeni ile deri yakınmaları arasındaki istatistiksel anlamlı ortalama farklılıklarının tespiti amacıyla gerçekleştirilen tek yönlü ANOVA sonuçları yer almaktadır. Elde edilen bulgulara göre eğitim durumu ile toplam deri yakınmaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ortalama farklılığı bulunmakta [F(371) = 3,016, p<05)] olup ve bu farklılık incelendiğinde lisansüstü öğrencisi ve mezunu katılımcı grubu (Ort= 17,19, SS=10.87) en yüksek deri yakınma düzeyine sahipken diğer gruptaki katılımcılar (Ort= 10,00, 7,23) en düşük deri yakınma düzeyine sahip olmakta olduğu görülmektedir.

Tablo 13. Eğitim Durumu ve Toplam Psikosomatik Deri Yakınmaları Ortalama Farklılıkları

Bağımlı Değişken	**Eğitim Durumu**	**N**	**Ort.**	**SS**	**F**	**p**
Toplam Deri Yakınmaları	Lisans Öğrencisi	129	13.67	9.129	3.016	**.030**
	Lisans Mezunu	103	14.66	10.307		
	Lisansüstü Öğrencisi Ve Mezunu	103	17.19	10.874		
	Diğer	7	10	7.234		

Aşağıda yer alan Şekil 2'de araştırmanın ölçme araçlarının birbirleri arasındaki istatistiksel anlamlı ilişkilerin tespiti amacıyla gerçekleştirilen pearson korelasyon testi yer almaktadır. Araştırmada Pearson Korelasyon analizi ile Psikosomatik Toplam Psikosomatik, Yakınma Puanları, Deri Hastalıkları Tanı Sayısı, Çocukluk Çağı Travma Ölçeği (ÇÇT) toplam puanı, Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği (DDG) arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Yapılan analizde elde edilen sonuçlar Şekil 2'de özetlenmiştir.

		Deri Yakınmaları	Deri Hastalıkları	Duygusal İstismar	Fiziksel İstismar	Fiziksel İhmar	Duygusal İhmal	Cinsel İstismar	Aşırı Koruma Kontrol	ÇÇT Toplam	Farkındalık	Netlik	Kabul Etmeme	Stratejiler	Dürtü	Hedefler	Duygu Düzenleme Toplam
Deri Yakınmaları	r	1	,422**	,312**	,199**	,182**	,231**	0,098	,204**	,302**	-0,012	,115*	,246**	,231**	,270**	,122*	,238**
Deri Hastalıkları	r		1	,196**	,119*	0,098	,153**	0,080	,171**	,206**	-0,036	0,082	,171**	,133*	,162**	0,031	,141**
Duygusal İstismar	r			1	,580**	,512**	,709**	,296**	,403**	,857**	0,019	,233**	,217**	,285**	,282**	,168**	,283**
Fiziksel İstismar	r				1	,355**	,457**	,279**	,300**	,651**	0,061	,211**	,190**	,184**	,233**	,107*	,227**
Fiziksel İhmar	r					1	,562**	,217**	,276**	,653**	,118*	,274**	,211**	,229**	,225**	0,047	,263**
Duygusal İhmal	r						1	,263**	,385**	,846**	,123*	,298**	,199**	,280**	,246**	,138**	,295**
Cinsel İstismar	r							1	,117*	,459**	0,081	,207**	,122*	,102*	,181**	,121*	,173**
Aşırı Koruma Kontrol	r								1	,659**	,152**	,210**	,247**	,251**	,225**	,164**	,286**
ÇÇT Toplam	r									1	,133*	,337**	,285**	,330**	,331**	,189**	,369**
Farkındalık	r										1	,535**	,321**	,262**	,282**	0,049	,529**
Netlik	r											1	,479**	,519**	,486**	,243**	,718**
Kabul Etmeme	r												1	,697**	,632**	,396**	,839**
Stratejiler	r													1	,726**	,514**	,890**
Dürtü	r														1	,399**	,831**
Hedefler	r															1	,518**
Duygu Düzenleme Toplam	r																1

Şekil 2. Toplam Psikomatik Deri Yakınmaları ve Hastalıkları ile ÇÇT ve DDG Pearson Korelasyon Analizi

Elde edilen bulgular incelendiğinde Toplam Deri Yakınmaları ile toplam Çocukluk Çağı Toplam puanı (r=.302; p<.01) ve Duygu Düzenleme Toplam Skoru (r= .238; p<.01) arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif bir ilişki olduğu görülmüştür.

Toplam Deri Yakınmaları ile ÇÇÖ alt boyutlarından Duygusal İstismar (r= .312; p<.01), Fiziksel İstismar (r= 0,199; p<.01), Fiziksel İhmal (r= .182; p<.01), Duygusal İhmal (r= .231; p<.01), Aşırı Koruma Kontrol (r= .204; p<.01) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Toplam Deri Yakınmaları ile DDG alt boyutlarından Netlik (r= .115; p<.05), Kabul Etmeme (r= .246; p<.01), Stratejiler (r= .231; p<.01), Dürtü (r= .270; p<.01), Hedefler (r= .122; p<.05) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Buna ek olarak Toplam Deri Hastalıkları ile Duygu Düzenleme toplam puanı (r= .141; p<0,01), ÇÇT toplam puanı (r= .206; p<0,01) arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif bir ilişki olduğu görülmüştür.

Toplam Deri Hastalıkları ile ÇÇÖ alt boyutlarından Duygusal İstismar (r= .196; p<0,01), Fiziksel İstismar (r= 0,119; p<0,05), Duygusal İhmal (r= .153; p<.01), Aşırı Koruma ve Kontrol (r= .171; p<.05),

Toplam Deri Hastalıkları ile DDG alt boyutlarından Kabul Etmeme (r= .171; p<0,01), Stratejiler (r= 0,133; p<.05), Dürtü (r= .162; p<.01) arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Toplam Deri Yakınmaları ile ÇÇÖ alt boyutlarından Cinsel İstismar (r= .098; p>.05) arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Toplam Deri Yakınmaları ile DDG alt boyutlarından Farkındalık (r=-.012; p>.05) arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Toplam Deri Hastalıkları ile ÇÇÖ alt boyutlarından Cinsel İstismar (r= .080; p>.05), Fiziksel İhmal (r= .098; p<.05) arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Toplam Deri Hastalıkları ile DDG alt boyutlarından Hedef (r= .031; p<0,05), Netlik (r= .082; p>.05) Farkındalık (r=-.036; p<.05) anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Aşağıda yer alan Tablo 14'te deri yakınmaları değişkeninin yordayıcılarının tespiti amacıyla gerçekleştirilen hiyerarşik regresyon analizi yer almaktadır. Regresyon modeli üç model çerçevesinde oluşturulmuş, ilk modelde çalışmanın önceki bölümlerinde deri yakınmaları ile anlamlı istatistiksel ortalama farklılıkları barındıran değişkenler dahil edilmiş, ikinci modelde çocukluk çağı travmaları modele dahil edilmiş ve son modelde ise duygu düzenleme güçlüğü modele dahil edilmiştir.

Elde edilen bulgular incelendiğinde cinsiyet (β =-.28, t (112) =5,761, p <001), psikiyatrik tanı (β = -.10, t (112) =2,089, p < .001) değişkenlerinin deri yakınmalarını anlamlı negatif yönlü bir şekilde yordadığı görülürken varyansın % 16'sını açıklamıştır. İkinci modelde cinsiyet, psikiyatrik tanı kontrol edildikten sonra dahil edilen çocukluk çağı travmaları (β = .18, t (112) =3,652, p <.001) çocukluk çağı travmaları ile birlikte varyansın %20'ini açıklamıştır. Üçüncü modelde cinsiyet, psikiyatrik tanı, çocukluk çağı travmaları kontrol edildikten sonra duygu düzenleme güçlüğü denkleme dahil edilmiştir (β = .10, t (112) =.1886, p >.001)

Bu sonuçlara göre psikiyatrik tanı geçmişinin gücü çocukluk çağı travmaları ve duygu düzenleme güçlüğü ile birlikte değerlendirildiğinde azalmaktadır. Çocukluk çağı travmaları ise deri yakınmalarını istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde yordayan bir değişken olarak öne çıkmaktadır. Elde edilen bu bulgulara göre kadınlar erkeklere göre daha fazla deri yakınmaları gösterme eğiliminde, psikiyatrik tanı sahibi katılımcılar, psikiyatrik tanıya sahip olmayan katılımcılara göre daha fazla deri yakınmaları gösterme eğiliminde olmakta ve son olarak da çocukluk çağı travmalarındaki artış deri yakınmalarını arttırıcı yönde bir etkiye sahip olmaktadır.

Tablo 14. Toplam Psikosomatik Deri Yakınmaları ile Yordayıcı Değişkenler Arasındaki Hiyerarşik Regresyon

	Model 1 (R^2=%16)		Model 2 (R^2=%20)		Model 3 (R^2=%21)	
	B	**t**	**B**	**t**	**B**	**t**
Cinsiyet	**-.299***	-6.026	**-.282***	-5.781	**-.280***	-5.761
Psikiyatrik Tanı	**-.164***	-3.297	**-.106***	-2.089	-.071	-1.321
Kronik Rahatsızlık	-.069	-1.388	-.048	-0.979	-.042	-0.854
Eğitim Düzeyi	.045	.93	.042	.881	.054	1.122
Çocukluk Çağı Travmaları			**.214***	4.299	**.188***	3.652
Duygu Düzenleme Güçlüğü					.102	1.886

Aşağıda yer alan Tablo 15'de deri hastalıkları sayısı değişkeninin yordayıcılarının tespiti amacıyla gerçekleştirilen hiyerarşik regresyon analizi yer almaktadır. Regresyon modeli üç model çerçevesinde oluşturulmuş, ilk modelde çalışmanın önceki bölümlerinde deri yakınmaları ile anlamlı istatistiksel ortalama farklılıkları barındıran değişkenler dahil edilmiş, ikinci modelde çocukluk çağı travmaları modele dahil edilmiş ve son modelde ise duygu düzenleme güçlüğü modele dahil edilmiştir. Elde edilen bulgular incelendiğinde cinsiyet (β =-.20, t (112) =-4,71 p <.001), psikiyatrik tanı (β =-.069, t (112) =1.337, p <.001), eğitim düzeyi (β =-.19, t (112) =-4,05 p <.001) varyansın %14'ünü açıklamıştır. İkinci modelde cinsiyet, psikiyatrik tanı, eğitim düzeyi kontrol edildikten sonra dahil edilen çocukluk çağı travmaları (β =.113, t (112) =2.14, p <.001) regresyon denklemine dahil edilmiştir. Çocukluk çağı travmalarının deri hastalıklarını anlamlı bir şekilde yordadığı ve varyansın %15'ini açıkladığı sonucuna ulaşılmıştır. Üçüncü modelde cinsiyet, psikiyatrik tanı, eğitim düzeyi, çocukluk çağı travmaları kontrol edildikten sonra dahil edilen duygu düzenleme güçlükleri (β= .054, t (112) = 0.97, p>.001) regresyon denklemine dahil edilmiştir.

Bu sonuçlara göre deri hastalıklarını cinsiyet ve psikiyatrik tanı değişkenleri negatif yönlü yordadığı, eğitim düzeyi ve çocukluk çağı travmalarının pozitif yönlü yordadığı sonucuna ulaşılmıştır. Bulgulara göre kadınlar erkeklere göre daha fazla deri yakınmaları gösterme eğiliminde, psikiyatrik tanı sahibi katılımcılar, psikiyatrik tanıya sahip olmayan

katılımcılara göre daha fazla deri yakınmaları gösterme eğiliminde olmakta, eğitim düzeyi arttıkça deri hastalıkları sayısı artış göstermekte ve son olarak da çocukluk çağı travmalarındaki artış deri yakınmalarını arttırıcı yönde bir etkiye sahip olmaktadır.

Tablo 15. Deri Hastalıkları ile Yordayıcı Değişkenler Arasındaki Hiyerarşik Regresyon

	Model 1 (R^2=%14)		Model 2 (R^2=%15)		Model 3 (R^2=%16)	
Yordayıcı Değişken	**B**	**t**	**B**	**t**	**B**	**t**
Cinsiyet	**-.216***	-4.318	**-.206***	-4.121	**-.205***	-4.1
Psikiyatrik Tanı	**-.104***	-2.072	**-.069***	-1.337	-.051	-0.921
Kronik Rahatsızlık	-.097	-1.918	-.084	-1.67	-.081	-1.601
Eğitim Düzeyi	**.195***	3.970	**.193***	3.957	**.199***	4.05
Çocukluk Çağı Travmaları			**.127***	2.491	**.113***	2.14
Duygu Düzenleme Güçlüğü					.054	0.973

Aşağıda yer alan Tablo 16'da çocukluk çağı travmalarının deri yakınmalarını yordayıcılığının incelendiği çoklu doğrusal regresyon analizinin sonuçları yer almaktadır. Elde edilen bulgular incelendiğinde çocukluk çağı travmalarından yalnızca duygusal istismar alt boyutunun toplam deri yakınmaları istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yordadığı tespit edilmiştir [R2 = .10, F (5) = 7,16, p<.05]. Elde edilen bulgular incelendiğinde duygusal istismar alt boyutunun (B= .26) deri yakınmalarını istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü bir şekilde yordadığı tespit edilmiş ve bu ilişkiyi göre duygusal istismar alt boyutundaki bir birimlik artışın toplam deri yakınmalarını %26 oranında arttırdığı görülmektedir. Duygusal ihmal değişkeni çoklu doğrusallık varsayımını sağlamadığından dolayı model dışında bırakılmıştır (p= 0000).

Tablo 16. Toplam Psikosomatik Deri Yakınmaları ve Çocukluk Çağı Travmaları Regresyon Analizi

	Standardize Edilmemiş Katsayılar		Standardize Katsayılar		
	B	**Std. Hata**	**Beta**	**t**	**p**
Duygusal İstismar	.646	.304	.269	**2.124**	**0.034**
Fiziksel İstismar	.101	.365	.020	0.277	0.782
Fiziksel İhmal	.127	.377	.026	0.335	0.738
Cinsel İstismar	.035	.268	.009	0.131	0.895
Aşırı Koruma Kontrol	.226	.217	.101	1.045	0.297
ÇÇT Toplam	-.020	.162	-.029	-0.124	0.901

Aşağıda yer alan Tablo 17'de çocukluk çağı travmalarının deri hastalıkları yordayıcılığının incelendiği çoklu doğrusal regresyon analizinin sonuçları yer almaktadır. Elde edilen bulgular incelendiğinde çocukluk çağı travmaları ve travma alt boyutları ile toplam deri hastalıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (p>.05). Duygusal ihmal değişkeni çoklu doğrusallık varsayımını sağlamadığından dolayı model dışında bırakılmıştır (p= 0,000).

Tablo 17. Deri Hastalıkları ve Çocukluk Çağı Travmaları Regresyon Analizi

	Standardize Edilmemiş		Standardize Edilmiş		
	B	**Std. Hata**	**Beta**	**t**	**p**
Duygusal İstismar	.032	.030	.138	1.057	.291
Fiziksel İstismar	-.006	.036	-.012	-.163	.871
Fiziksel İhmal	-.011	.037	-.024	-.300	.764
Cinsel İstismar	.007	.027	.020	.276	.783
Aşırı Koruma	.021	.021	.099	.998	.319
ÇÇT Toplam	.003	.016	.037	.157	.875

BÖLÜM 4: TARTIŞMA

Deri ruhsal ve biyolojik süreçler bağlamında önemli rol üstlenen bir iletişim organı olmak ile birlikte psikolojik ve duygusal problemleri ifade etme aracıdır. Uzun yıllardır deri ve psişe arasındaki bu ilişkiye değinilmektedir (Osman, 2010). Deri, gelişim döneminde benlik gelişimini sağlayan ilk duyumsamaların öncülü olması nedeniyle ruhsallıkta önemli bir zemin oluşturur ve ruhsallıktaki değişimler deriye yansıyarak kendini deri üzerinden ifade eder (Osman, 2010).

Psikosomatizasyon kişinin düşük ağrı/somatik duyum eşiği, değişken fizyolojik sistem ve olumsuz beden şemasının eşlik ettiği biyolojik bir zeminden kaynaklanabilmektedir (Röhricht ve Papadopoulos, 2011). Bu durum kişide aşırı uyarılmalara ve artan bir somatik başa çıkma tarzına yol açabilmektedir. Ayrıca olumsuz yaşam olayları rahatsız edici bedensel duyumlara yönelik dikkatin artmasına neden olarak kişiyi bir kısır döngünün içine sokabilmektedir (Röhricht ve Papadopoulos, 2011).

Anzieu (2008) deri hasarı ciddiyetinin, psişenin uğradığı bozulmaların derinliği ile orantılı olduğunu ileri sürer. Bu nedenle bu çalışmanın amacı kişinin deri hastalıkları dışında kalan deri üzerinden deneyimlenen yakınmaları da kapsayacak şekilde deri üzerindeki bozulmaları araştırmaktır. Bu nedenle, deri yakınmalarını derinlemesine incelemek adına araştırma kapsamında bileşik toplam deri yakınmaları puanı oluşturulmuştur. Bununla birlikte, bileşik toplam deri yakınmaları ile deri hastalıkları iki bağımlı değişken olarak ayrı ayrı analiz edilmiştir.

Elde edilen sonuçta toplam deri yakınmaları ile deri hastalıkları tanı sayısı ile erken dönem travmatik yaşantılar ve duygu düzenleme güçlüğü arasında benzer sonuçlar bulunmuştur. Elde edilen bulgular çoğunluklu olarak hipotezleri desteklemiştir. Desteklenen hipotezler ve desteklenmeyen hipotezlerin literatürle ilişkisi bu bölümde tartışılmıştır.

Bu çalışmanın ana amacı psikosomatik deri yakınmalarında çocukluk çağı travmaları ve duygu düzenleme güçlüklerinin rol oynayıp oynamadığını araştırmaktır. Alt amacı ise demografik özelliklerin psikosomatik deri yakınmarı arasındaki farkılaşmayı ve yordayıcılığını incelemektir. Bu amaçla ilk adım değişkenler arasında betimsel analiz yapmak olmuştur. Daha sonra tüm değişkenler arasındaki karşılıklı ilişkiler Pearson Korelasyon analizi ile incelenmiştir. Daha sonra hangi değişkenlerin psikosomatik deri yakınmalarını ve deri hastalıklarını anlamlı olarak yordadığını araştırmak için üç aşamalı hiyerarşik regresyon analizi yapılmıştır. İlk modelde çalışmanın önceki bölümlerinde toplam deri yakınmaları ile anlamlı istatistiksel ortalama farklılıkları barındıran demografik bilgiler, ikinci modelde çocukluk çağı travmaları ve son modelde ise duygu düzenleme güçlüğü modele dahil edilmiştir. Ardından, deri hastalıkları üç aşamalı hiyerarşik regresyon analizi ile incelenmiştir. En son olarak toplam psikosomatik deri yakınmaları ve deri hastalıkları ile çocukluk çağı travma alt ölçekleri ve duygu düzenleme güçlükleri alt ölçekleri çoklu regresyon analizi ile incelenmiştir.

Bu bölümde psikosomatik deri yakınmaları, erken dönem travmatik yaşam olayları, duygu düzenleme güçlüğü arasındaki ilişkiler ve psikosomatik deri yakınmaları düzey değişkenine göre demografik özelliklerin (cinsiyet, eğitim düzeyi, ilişki durumu, yaşanılan şehir, kronik rahatsızlık, psikiyatrik tanı, sosyoekonomik düzey) nasıl farklılaştığı incelenmiştir. Aynı zamanda, psikosomatik deri yakınmalarını ve deri hastalıkları değişkenlerinin yordayıcıları incelenmiştir.

Bu bölümde mevcut çalışmanın bulguları eski araştırmalar doğrultusunda tartışılacaktır. Elde edilen bulgular tartışıldıktan sonra, çalışmanın güçlü yönleri ve sınırlamaları gözden geçirilecek ve gelecekteki araştırmalar için klinik çıkarımlar ve öneriler sunulacaktır.

4.1. Sosyodemografik Özelliklerin T-Test ve Anova Analiz Sonuçları

Katılımcıların cinsiyet, psikiyatrik tanı öyküsü, kronik rahatsızlık geçmişi ve eğitim durumu ile psikosomatik deri yakınmaları arasındaki ortalama farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş ve bu sonuç mevcut hipotezi desteklemiştir.

Araştırma sonucunda kadınların erkeklerden daha yüksek düzeyde deri yakınması gösterdiğini göstermiştir. Psikiyatrik tanı alanların daha yüksek düzeyde deri yakınması

gösterdiği sonucu elde edilmiştir. Kronik rahatsızlığı olan bireylerin daha yüksek düzeyde deri yakınması gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır. Eğitim durumu ile psikosomatik deri yakınması arasındaki ortalama farklılık incelendiğinde ise lisansüstü öğrencisi ve mezunu katılımcı grubu en yüksek deri yakınma düzeyine sahipken diğer gruptaki katılımcılar en düşük deri yakınma düzeyine sahip olduğu elde edilmiştir.

Rief ve arkadaşlarının (2011) yürüttüğü çalışmada kronik rahatsızlık somatizasyona yatkınlık açısından risk faktörleri olarak gösterilmiştir (Millington ve ark., 2022). Literatürle uyumlu olarak araştırma sonucunda kronik rahatsızlık değişkeni ile toplam deri yakınmaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ortalama farklılığı tespit edilmiş olup kronik rahatsızlık sahibi katılımcıların kronik rahatsızlık sahibi olmayan katılımcılardan daha yüksek düzeyde deri yakınması puanına sahip olduğu görülmektedir.

Hastalıkların temelinde psikolojik çatışmaları daha kabul edilebilir semptomlara dönüştürdükleri söyleyebiliriz (Engel, 2004; Gupta, 2006). Aynı zamanda kişi tehlike ve probleme karşı yeterli ve etkin bir tepki veremediğinde artan gerilim kendini hastalık olarak gösterebilmektedir (Van Der Kolk, 2015). Psikosomatik deri yakınmaları ve kronik hastalıklarının istatiksel anlamlı bir ortalama farklılık göstermesinde kişilerin hastalıkları kendini ifade aracı olarak kullandığı ve kronik rahatsızlık ve deri hastalıkları arasında arasında benzer bir mekanizmanın işlediği yorumunu getirebiliriz.

Psikosomatik deri yakınmaları ile sosyoekonomik düzey, ilişki durumu ve yaşanılan şehir ile psikosomatik deri yakınmaları olan katılımcıların ortalama farklılıkları anlamlı bir şekilde ilişkili bulunmamıştır. Sosyoekonomik düzey ile ilgili elde edilen sonuç hipotezi desteklememiştir. Bu sonuçla ilişkili olarak örneklemin sosyoekonomik düzeyi normal dağılmadığını göz önünde bulundurmak önemli olacaktır.

4.2. Pearson Korelasyon ile İlişkili Sonuçlar

Toplam deri yakınmaları ile çocukluk çağı toplam puanı arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur. Spesifik olarak çocukluk çağı alt ölçeklerinden duygusal, fiziksel istismar, fiziksel ve duygusal ihmal arasında anlamlı ve olumlu bir ilişki bulunmuştur.

Toplam deri yakınmaları ile duygu düzenlemede güçlüğü toplam puanı arasındaki ilişki pozitif yönde anlamlı bulunmuştur. Spesifik olarak duygu düzenleme güçlüğü alt ölçeği;

netlik, kabul etmeme, stratejiler, dürtü, hedefler arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif bir ilişki olduğu görülmüştür. Bu sonuçlar hipotezi destekler niteliktedir.

Deri hastalıkları ile çocukluk çağı toplam puanı arasında ilişki anlamlı bulunmuştur. Spesifik olarak çocukluk çağı alt ölçeğinden; duygusal istismar, fiziksel istismar, duygusal ihmal arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki bulunmuştur.

Deri hastalıkları ile duygu düzenleme güçlüğü arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki bulunmuştur. Spesifik olarak duygu düzenleme güçlüğü; aşırı koruma ve kontrol, kabul etmeme, stratejiler, dürtü arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.

4.3. Regresyon Analizi ile İlişkili Sonuçlar

Elde edilen bulgular incelendiğinde çocukluk çağı travmaları ile psikosomatik deri yakınmaları istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde yordayan bir değişken olarak öne çıkmak ile birlikte çocukluk çağı travmalarından yalnızca duygusal istismar alt boyutunun toplam deri yakınmaları istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yordadığı tespit edilmiştir. Çocukluk çağı travmalarının alt boyutları ve psikosomatik deri yakınmaları incelendiğinde çocukluk çağı travmalarının alt boyutlarından duygusal istismarın psikosomatik deri yakınmalarının anlamlı bir şekilde birim düzeyde %26 arttırdığı sonucuna ulaşılmıştır. Deri hastalıklarını incelediğimizde ise çocukluk çağı travmatik yaşantıların deri hastalıklarını yordayıcılığı tespit edilememiştir.

Duygu düzenleme güçlüğü ile toplam deri yakınmaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif bir ilişki olduğu görülmüştür. Hiyerarşik regresyon analizi sonucunda ise duygu düzenlemenin deri yakınmaları ve hastalıklarını anlamlı bir yordayıcı etkisi olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Buradan yola çıkarak duygu düzenleme ile ilişkili olabilecek dinamiklerin deri yakınmaları ile ilişkisini ileriki çalışmalarda incelemek önemli olacaktır.

Cinsiyet, psikiyatrik tanı, kronik rahatsızlık ve eğitim durumu istatistiki olarak anlamlı bulunmuştur. Cinsiyet ve psikiyatrik tanı değişkenlerinin deri yakınmalarını anlamlı, negatif yönlü bir şekilde yordadığı görülürken bu yordayıcılığın gücü psikiyatrik tanı geçmişi için çocukluk çağı travmaları ve duygu düzenleme güçlüğü ile birlikte

değerlendirildiğinde azalmaktadır. Elde edilen bulgulara göre kadınlar erkeklere göre daha fazla deri yakınmaları gösterme eğiliminde, psikiyatrik tanı sahibi katılımcılar, psikiyatrik tanıya sahip olmayan katılımcılara göre daha fazla deri yakınmaları gösterme eğiliminde olmaktadır.

Deri hastalıkları incelendiğinde ise aynı şekilde cinsiyet, psikiyatrik tanı, kronik rahatsızlık ve eğitim durumu istatistiki olarak anlamlı bulunmuştur. Deri yakınmalarına ek olarak eğitim düzeyi deri hastalıklarını pozitif ve anlamlı bir şekilde yordadığı sonucuna ulaşılmıştır.

4.3.1. Erken dönem travmatik yaşam olayları

Erken dönem travmatik deneyimleri psikosomatik deri yakınmaları ile ilişkisini değerlendirdiğimizde travmatik deneyimlerin bireylerin baş etme kapasitelerini aşırı derecede zorladığı ve travmatik stres deneyimlerinden sonra derinin tepki verdiği görülmektedir (Gupta, 2013). Bu nedenle bedenin travmatik deneyimlere nasıl tepki verdiğini ele almak oldukça önemlidir.

İhmal ve istismar gelişim dönemlerinde oldukça kritik bir stres faktörü olarak kişinin hayatında etkisi uzun yıllar devam etmekte ve ruh sağlığını önemli ölçüde etkilemektedir (Collishaw ve ark., 2007; Whittle vd., 2013; Werner vd., 2016; Alpay, 2017). Kişinin homeostazını bozan erken dönem travmatik deneyimler kortizol salınımından sorumlu HPA ekseninde değişime neden olmaktadır (Frodl ve O'Keane, 2013). HPA eksenin amacı tehlike sinyallerini tespit etme ve savaş/kaç tepkisine hazırlamaktır. En iyi ihtimalle tehlikenin olabildiğince en hızlı bir şekilde tespit etmek ve kişinin tehlikeye karşı kendini koruyabilmesi için tepki vererek homeostaza tekrar geri dönmeyi sağlamaktır (Cozolino, 2014). Stres esnasında kişinin fizyolojik tepkilerini düzenleyen ve başa çıkma stratejilerin kullanımını hazırlayan kortizol hayatta kalmak için gerekliyken kronikleşen yüksek veya düşük kortizol seviyesi kişinin fiziksel ve ruhsal sağlığı üzerinde olumsuz etkisi vardır (Sapolsky ve ark., 2000; Alpay, 2017). Sapolsky ve arkadaşları (2000) süreğen stres karşısında yüksek ya da düşük kortizol hormonlarının kronikleşmesi kişinin sağlığını olumsuz etkilediğini öne sürmektedir (Alpay, 2017). Van Der Kolk (1996) yüksek kortizol düzeyinin kişinin bağışıklık sistemini olumsuz etkilediğini ve fizyolojik uyarılım durumunu etkileyerek kişiyi aşırı uyarılım durumunu tetikleyebileceği

üzerine durmuştur. Kronik fizyoloji uyarılım kişide sinyallere verilen tepkileri düzenlemede verilen tepkilerde bozulmalara ve uygun duygusal tepki verme kapasitesini olumsuz etkilediğini öne sürmüştür.

Stres hormonlarının salınımının amacı tehdit veya tehlike karşısında vücudu harekete geçirmektir. Bu hormonlar, tehdit karşısında uyanıklığı, saldırganlığı ve aktivasyonu besleyen ve hayatta kalmak için gerekli olan içsel fizyolojik durumların yaratılmasına yardımcı olan çok çeşitli metabolik kaynakları kullanıma sunar. Stres hormonları savunma amaçlı kullanıldıklarında bir amaca hizmet ederken, öte yandan kullanılamayacakları durumlarda salınmaya devam edildiklerinde beden sistemlerde tahribat yapmaya başlayabilirler. Kişi travmatik deneyim sonrası bilişsel olarak stresli bir ortamda olmadığını bilse de ilkel ve duygusal beyin bölgeleri ve daha eski stres tepkisi hala tehlike varmış gibi çalışmaya devam eder ve bu durum travmatik deneyim sonrası yıllarca sürebilir. Bu durum en iyi özeti ise beden, tehdit durumunu kaydeder ancak bilinçli zihin (korteks) sanki hiçbir şey olmamış gibi yaşama devam eder (Van Der Kolk, 2015).

Zihin, duygusal beyinden gelen mesajları görmezden gelmeyi öğrenebilse de alarm sinyalleri durmaz. Duygusal beyin çalışmaya devam eder ve stres hormonları harekete geçmek için gerginleşmek veya çökme anında hareketsiz kalmak için sinyaller göndermeye devam eder. Bu durum bedende hastalıklar üretmeye kadar varabilir (Van Der Kolk, 2015). Stres hormonları vücutta uzun süreler boyunca ve büyük miktarlarda kaldığında bağışıklık sistemi, sindirim sistemi ve kardiyovasküler sistem dahil olmak üzere birçok farklı vücut sistemini mahvetmeye başlayabilirler. İç organlara kan akışının azalması, sindirimin baskılanması ve kalp atış hızının artması, savaş ya da kaç tepkisinin aktivasyonunda önemli rol oynarken, kronik olarak meydana geliyorsa bu sistemleri parçalamaya başlar. “Somatik semptomlar, travma geçirmiş çocuklarda ve yetişkinlerde sıklıkla görülebilir (Van Der Kolk, 2015).

Travmatik deneyim yaşayan kişiler sanki travma devam ediyormuş gibi yüksek bir sempatik tonla uzun süreli bir aşırı uyarılma durumunda kalabilirler (Gupta,2013). Stres durumu ter bezi aktivitesinin artmasına ve deri iletkenliğinin artmasına neden olur; deri iletkenliğindeki değişikliğin, insanlarda sempatik sinir sistemi aktivitesinin neredeyse doğrudan bir ölçüsü olduğu düşünülmektedir (Gupta, 2013). Örneğin, otonom sinir

sistemi reaktivitesi ve sempatik aşırı uyarılma durumu, kronik idiyopatik ürtiker olarak ortaya çıkabilir (Gupta, 2013).

Psikanaliz literatürüne baktığımızda, deri hastalıklarını/yakınmalarını kişinin ruhsallığında bir tür gerileme, kriz döneminde oluşan bir tür bozulma sonucu oluşan hastalık olarak tanımlamaktadır (Marty, 1958; Ulnik, 2013). Psikanaliz bakış açısından değerlendirdiğimizde ise erken dönemde yaşanan travmatik yaşam olaylarının kişinin ruhsallığında bir stressör olarak ruhsallıkta aşırılıklara yol açtığını ve bu aşırılıkların bedensel semptomlara dönüştüğünü söyleyenebilir.

Çocukluk çağı travmalarından yalnızca duygusal istismar alt boyutunun toplam deri yakınmaları istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yordadığı tespit edilmiştir. Örsel ve arkadaşlarının (2011) Türkiye'de yürüttüğü çalışmada erken dönem duygusal istismara maruz kalmış kişilerde ileriki hayatlarında daha çok ruhsal sorunlar ile mücadele ettiklerini belirtmişlerdir. (Allen, 2008)Allen'ın 18-22 yaşları arasındaki üniversite öğrencileriyle yaptığı çalışmasında elde ettiği sonuçlara göre, çocukluk dönemindeki duygusal istismar, erken yetişkinlik dönemindeki somatik sorunları yordamaktadır (Allen, 2008). Ayrıca Allen, farklı duygusal istismar türlerinin farklı psikolojik bozuklukları öngördüğünü belirtmiştir. Elde edilen bulgularda çocuğu korkutmanın kaygı ve bedensel sorunları tetiklediği sonucu elde edilmiştir.

4.3.2. Duygu düzenleme

Merkezi sinir sistemi ile iki taraflı iletişimi olan derinin uyarılması, bebeklik gibi normal gelişim sırasında ve ayrıca duygusal aşırı uyarılma ile ilişkili bazı psikopatolojik durumlarda duygulanımı düzenleme ve yoğun duygusal durumlarla baş etme aracı olarak hizmet eder (Gupta,2013). Psikolojik olarak kendini ifade etmekte güçlük yaşayan, iç görüsü kısıtlı ve somatizasyona yatkın kişilerin derisindeki yaralar ve yakınmalar duygusal sorunlarını ifade etme aracı görevi görebilmektedir (Hart W., 2000; Yalçın, Tellioğlu, Yildirim, Savrun, Özmen ve Aydemir, 2015).

Araştırma sonucunda psikosomatik deri yakınmaları ile duygusal netlik eksikliği (netlik), duygusal tepkileri kabul etmeme (kabul etmeme), duygu düzenleme stratejilerine sınırlı erişim (strateji), olumsuz duygular altında dürtüsel davranışları kontrol etmede zorluk

(dürtü), amaca yönelik davranışta zorluklar (hedef) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu araştırma sonucu ile benzer bir sonuç olarak Ciuluvica ve arkadaşlarının (2014) deri hastalıkları ile yürüttüğü çalışmada bu grubun kontrol grubuna göre daha fazla duygu düzenlemede zorluk yaşadıklarını ortaya koymuşlardır. Ciuluvica ve arkadaşlarının yürüttüğü çalışmada duygu düzenlemede düzensizlik deri hastalıklarının şiddetinin arttırıcı ve devam ettirici etken olarak görev almaktadır. Bastırma, duygusal farkındalığın bloke edilmesi, inkar ve duyguların ifade edilmesinde güçlük, deri hastalıklarının varlığı ile ilişkili bulunmuştur (Ciuluvica ve ark., 2014). Benzer bir sonuç Gupta (2013) yürüttüğü çalışma sonucunda elde edilmiş, bu araştırma sonucunda dermatozların duygusal düzenlemede kronik zorluk yaşadıkları bilgisi elde edilmiştir. Duygu düzenlemenin alt türlerinde anlamlı bir ilişki bulunmasına rağmen psikosomatik deri yakınmalarını/ hastalıklarını yordayıcı değişken olarak ön plana çıkmamaktadır. İleriki araştırmalarda elde edilen bu sonucun derinlemesine araştırılmasına ve duygu düzenleme ile ilişkili olabilecek mekanizmaların değerlendirilmesine ihtiyaç duyulmaktadır.

4.3.3. Sosyodemografik özelliklere göre psikosomatik deri yakınmalarının/ hastalıklarının anlamlı yordayıcıları

4.3.3.1. Cinsiyet

Mevcut literatür ile uyumlu bir şekilde, araştırma sonucunda cinsiyet ve psikosomatik deri yakınmaları arasındaki ilişki bulunmuştur. Kadınların erkeklere göre psikosomatik deri yakınmalarını daha çok gösterdiği ortaya çıkmıştır. Kadın olmak psikosomatik deri yakınmalarını yordayıcı değişkeni olarak ön plana çıkmaktadır. Psikosomatik semptomların epidemiyolojisi üzerine literatür cinsiyet farkı olduğunu göstermiştir. Somatizasyon bozukluğunun yaygınlığı kadınlarda %0,2 ila %2, erkeklerde ise %0,2'dir (APA, 2000). Koblenzer (1997) kadın hastalarının daha yüksek düzeyde psikiyatrik hastalık ve akne, ürtiker, sedef hastalığı gibi birçok dermatolojik rahatsızlıkları erkeklere kıyasla daha çok yaşadıklarını ortaya koymuştur. Aynı şekilde Kızılkaya (2018) yürüttüğü çalışmada kadınların erkeklere kıyasla daha çok dermatolojik rahatsızlık yaşadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Yapılan bir araştırma sonucunda Türk kız öğrenciler erkek öğrencilere göre daha yüksek stres düzeylerine sahip olduğu gözlemlenmiştir (Cantürk, 2014, Aslan, Ochnik ve Çınar, 2020). Buradan yola çıkarak stresin beden üzerinde yarattığı etkilere değinecek olursak, psikofizyolojik yaklaşımlar, stresin insan üzerinde çeşitli etkiler yarattığını stresin kendini bedende hastalık olarak ifade edilebileceği üzerine durmuştur (Çoşar, 2021).

Otonom sinir sistemi ile açıklayacak olursak insan travma gibi savaşamayacağı ya da kaçamayacağı durumlarla karşılaştığında kişide stres seviyesi artmakta ve stres de kendini hastalıklar olarak göstermektedir (Van Der Kolk, 2015). Picardi ve arkadaşlarının (2005) yürüttüğü çalışmada stresin otonom sinir ve immün sistemini düzensizleştirdiği ve düzensizlik sonucu kişide deride kaşıntılı yakınmalar, ürtiker ve hiperhidroz gibi psikosomatik reaksiyonlar gösterdiğini ortaya çıkarmıştır (Picardi ve ark., 2005)

Bu çalışmanın Covid-19 sonrası gerçekleşmiştir ve popülasyonu beliren yetişkinlik dönemindeki katılımcılar oluşturmaktadır. Bu nedenle Covid-19'un getirdiği stres ve beliren yetişkinlik döneminin geçiş dönemi olması nedeniyle yarattığı stres göz önünde bulundurulmasında fayda olacaktır. Literatürü incelediğimizde Çin'de yürütülen ulusal bir araştırma sonucunda katılımcıların %35'inin COVID-19 salgını sırasında psikolojik sıkıntı yaşadığını ve psikolojik sıkıntının 18-30 yaş arası kadınlarda ve yüksek eğitimlilerde daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır (Qiu, Shen, Zhao, Wang, Xie, 2020). Pandemi sürecinde Rossi ve arkadaşlarının (2020) İtalyan bir grup ile yürüttüğü çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiş ve daha genç kadınlarda daha yüksek algılanan stres, kaygı ve depresyon gibi psikolojik sıkıntı yaşadıkları gözlemlenmiştir (Aslan, Ochnik ve Çınar, 2020).

Aynı zamanda, Türkiye ataerkil bir ülke ve genellikle erkekler kadınlardan daha güçlü olarak kabul edilmektedir. Kadınların daha fazla psikosomatik deri yakınmaları göstermesindeki sebep cinsiyet rolleriyle ilgili olabilir. Geleneksel ilişkileri göz önüne aldığımızda kadınlar genellikle bedenleri üzerinde daha az söz sahibi ve özerklerdir (Gökalp, 2003). Özerklik ve kaynakların bu şekilde kısıtlanması kadınlar için bir stres kaynağı olarak değerlendirmek mümkündür.

Koblenzer (1997) erkek çocuklarının saldırganlığının çevre tarafından kabul gördüğünü fakat kız çocuklarının öfkelerinin kabul görmediği ve narin kırılgan olmaları teşvik

edildiği üzerine durmuştur. Benzer bir şekilde yetişkinlerle yürütülen psikoterapi seanslarında klinisyenler dermatozların çoğunda bilinçdışı bir öfkenin varlığından bahsetmektedir (Koblenzer, 1997). Kadınların çocukluktan beri öfkesinin kabul görmemesi öfkesinin beden üzerinden deri yakınmaları/hastalıkları ile ifade bulduğu yorumunu getirebiliriz.

Sonuç olarak, kadınların erkeklere oranla daha fazla psikiyatrik ve dermatolojik rahatsızlık göstermesi sebeplerinden birinin kültürel normların etkili olabileceğini söylemek önemli olacaktır.

4.3.3.2. Psikiyatrik tanı öyküsü

Literatürle uyumlu olarak araştırma sonucunda psikiyatrik tanı sahibi katılımcıların, psikiyatrik tanısı olmayan katılımcılardan daha yüksek düzeyde deri yakınması düzeyine sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Yapılan hiyerarşik regresyon analiz sonucunda ise psikiyatrik tanının psikosomatik deri yakınmalarını yordayıcı değişken olduğu elde edilmiştir.

Rief ve arkadaşlarının (2019) yürüttüğü çalışmada psikomatizasyona yatkınlık açısından psikiyatrik tanı almış olmak risk faktörleri arasında gösterilmektedir (Millington ve ark., 2022). Dermatolojik hastalıklara baktığımızda ise hastaların üçte birinde psikolojik stres ve psikiyatrik morbidite oldukça sık gözlemlenmektedir (Mercan ve Altunay, 2006). Picardi ve arkadaşlarının (2007) yürüttüğü bir çalışmada ise deri hastalıklarında psikiyatrik hastalık prevalansın %21-%43 arasında değişkenlik gösterdiği saptanmıştır. Yapılan bir diğer çalışma sonucunda ise deri hastalıkları tanısı almış kişiler arasında anksiyete %16 ve duygudurum bozuklukları %20 oranında bildirilmiş (Picardi, A., Pasquini, Abeni, Fassone, Mazzotti ve Fava, 2005). Aymı zamanda dermatolojik hastalarda gelişen psikiyatrik ve psikolojik stresin deri yakınmalarının sonucu olabileceği de göz önünde bulundurulması oldukça önemlidir (Picardi, Abeni, Renzi, Braga, Melchi, Pasquini, 2001; Picardi vd., 2005).

Araştırmanın yapıldığı dönem göz önünde bulundurulduğunda bu çalışma COVİD-19 salgını sonrasında gerçekleşmesi sebebi ile araştırma sonuçlarını COVİD-19 salgının yarattığı sonuçlar göz önünde bulundurularak değerlendirmek önemli olacaktır. COVID-

19 pandemisi modern dünya tarihinde benzersiz olan küresel bir deneyim olmak ile birlikte sosyal ve bireysel düzeylerde yaşamın çok farklı alanlarını etkilediği için varoluşsal bir deneyim olarak sınıflandırılmaktadır (Blustein ve Guarino, 2020).

Brooks ve arkadaşlarının yürüttüğü çalışmada (2020) pandemi süreci, psikolojik sıkıntı ve yüksek kaygı ve stres seviyeleri ile güçlü bir şekilde ilişkili olduğu ve genç yetişkinlerin ruh sağlığının bozulmasına karşı en savunmasız grup olduğu gözlemlenmiştir (Aslan, Ochnik ve Çınar, 2020). Pandemi öncesine de bakıldığında, öğrencilerde yüksek stres ve kaygı düzeylerinin gözlemlendiğini, bu grubun özellikle yüksek stres seviyeleri riski altında olduğu düşünülmektedir (Robotham ve Julian, 2006). Ek olarak, Türkiye'de yapılan bir araştırma, öğrencilerin COVID-19 salgını sırasında pandemi öncesine kıyasla daha yüksek düzeyde kaygı, depresyon ve algılanan stres yaşadıklarını göstermiştir (Özdin ve Sükriye, 2020). Son ve arkadaşlarının (2020) yürüttüğü çalışma sonucunda pandemi nedeniyle üniversite öğrencilerinde algılanan stres ve kaygı durumunda artış gözlenmiştir (Aslan, Ochnik ve Çınar, 2020).

4.3.3.3. Eğitim düzeyi

Somatizasyona yatkınlık açısından daha az eğitim yılı risk faktörleri olarak gösterilmektedir. (Rief, Mewes, Martin, Glaesmer ve Brähler, 2011, Kop, Toussaint, Mols, Löwe, 2019; Millington ve ark., 2022). Köksal (2017) eğitim süresi uzadıkça somatizasyonun azalacağı ve duyguları sözel ifade etmenin daha olası olacağı üzerine durmuştur. Bu araştırmanın hipotezinde eğitim düzeyi azaldıkça psikosomatik deri yakınmalarının artması beklenmektedir. Bu araştırma sonucunda ise eğitim düzeyi ile psikosomatik deri yakınmaları arasında istatiksel anlamlı bir ortalama farklılık olduğu bulunmuştur. Lisansüstü mezunu ve öğrencilerinin diğer eğitim düzeylerine göre daha çok psikosomatik deri yakınmaları gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır.

Hiyerarşik analiz sonucuna göre yüksek eğitim seviyesinin deri hastalık tanı sayısını yordadığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu araştırmanın örneklemini çoğunlukla lisans öğrencisi/mezunu ve lisansüstü öğrencisi/mezunu oluşturmaktadır. Daha düşük eğitim düzeyi ile deri yakınmaları arasındaki ilişkiyi inceleyebilmek adına dengeli dağılmış bir örneklem ile eğitim düzeyi ile deri yakınmlarını/ hastalıklarını incelemek iyi olacaktır.

Aynı zamanda, yeni Türkiye ekonomisinde yüksek öğrenim dönemi esnasında artan işsizlik, zorlu ekonomik şartlar, gelecek kaygısı genç yetişkinleri oldukça etkilemektedir. Ek olarak, yüksek lisans esnasında iş hayatına atılmada zorluk, aileye bir yanda bağımlı olmak gibi durumların genç yetişkinlerde stesi artırdığını söyleyebiliriz. Bu nedenle bu zorlu koşullarda yaşanan ekonomik, sosyal zorluklar ve eğitim düzeyi ile ilişkisi ileriki araştırmalarda incelenmesi önemli olacaktır.

BÖLÜM 5: SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırma psikosomatik deri yakınmaları ile erken dönem olumsuz yaşam deneyimleri ve duygu düzenleme güçlüğü arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışmadır. Bu çalışma erken dönem travmatik deneyimlerden duygusal istismarın ve duygu düzenlemedeki güçlüğün psikosomatik deri yakınmalarını anlamada önemli olduğunu göstermiştir. Ayrıca, psikiyatrik tanı, kadın olmak, kronik şikayetlerin bulunması deri yakınmaları için risk faktörleri olduğunu göstermiştir. Bu çalışmanın sonucu beliren yetişkinlik döneminde çalışan klinisyenler için ön bulgular sağlamıştır. Aynı zamanda bu araştırma, deri hastalıklarını ve yakınmalarının etiyolojisini ve tedavisini amaçlayan gelecekte yapılacak araştırmalara katkı sağlayacak niteliktedir.

Yapılan bu çalışmanın amacı deri yakınmaları ile erken dönem travmatik yaşam olayları ve duygu düzenleme güçlüğü arasındaki ilişkiye dikkat çekmektir. Literatürü incelediğimizde deri yakınmaları ile yürütülen çalışmalar olsa da yeterli sayıda çalışma bulunmamaktadır. Bu nedenle bu çalışma sonucu literatür ve klinik müdahaleler için önemlidir.

Bu çalışmanın en önemli dezavantajlarından biri örneklemin cinsiyet popülasyonu arasındaki farktır. Online anket aracılığı ile ulaşılan katılımcıların dağılımına bakıldığında kızlar erkeklerden daha fazla ankete katılım göstermişlerdir. Örneklemin %72'ini kadın, %28'ini erkek katılımcı oluşturmaktadır. Bu nedenle cinsiyet ile ilişkili sonuçlar yanlı sonuçlar olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Bu nedenle, gelecekteki çalışmalarda dengeli dağılmış örneklemler ile araştırma yürütmek daha iyi olacaktır.

Aynı zamanda, %35 katılımcı lisans öğrencisi, %36 katılımcı lisans mezunu, %27 katılımcı lisansüstü mezunu veya öğrencisi ve son olarak da %2 katılımcı ise da daha düşük eğitim düzeyine sahiptir. İleriki araştırmalarda eğitim düzeyi seviyesinin daha dengeli olduğu araştırmalar yürütmek eğitim düzeyinin yordayıcılığını anlamak için önemli olacaktır.

Deri yakınmalarına hormonal değişiklikler, beslenme düzeni, genetik yatkınlıklar gibi birçok etken neden olmakla beraber bu çalışma sadece beliren yetişkinlik dönemindeki deri yakınmalarının erken dönem travmatik yaşantılar ve duygu düzenleme arasındaki ilişkiyi incelemeyi hedeflemiştir. Bu çalışma, sadece duygu düzenleneme ve erken dönem travmatik yaşantıları incelemesi nedeniyle bu çalışmanın sınırlılıkları arasında yer alabilmektedir. Ek olarak, yordanan değişken demografik bilgi formunda elde edilen deri yakınma puanlarından ölçülecektir. Demografik Bilgi Formunun ise geçerlilik güvenirlilik çalışması yapılmaması çalışmanın sınırlılıkları arasında yer almaktadır Aynı zamanda, çocukluk çağı travmaları geçmişe dönük öz bildirimi kapsayan bir çalışma olması nedeniyle bazı sınırlılıkları içermektedir.

Bu çalışma erken dönem travmatik deneyim ve duygu düzenlemede güçlük ile psikosomatik deri yakınmaları arasındaki ilişkisini ortaya koymuştur. İleri araştırmalarda erken dönem travmatik deneyimler, güncel stres kaynakları ve duygu düzenlemede düzensizlik değişkenlerinin daha ayrıntılı araştırılmasına ihtiyaç vardır. Deri yakınmalarının altında yatan ruhsal mekanizmaları tam olarak anlamak için, dermatologlarla iş birliği içinde daha derinlemesine çalışabilmek adına nicel ve karma prosedürler tercih edilebilir.

Travma sadece ayrılık, yas, kaza gibi olayların yarattığı dışsal bir durumdan ziyade içsel bir durumdur (Freud, 1926, s.97; Debray vd., 2002). Bu nedenle ileriki çalışmalarda deri hastalıkları ile çalışırken Rorschach gibi projektif testlerden yararlanılması kişinin ruhsal yaşantısına dair derinlemesine bir bakış açısı sağlayarak deri hastalıklarının ruhsal mekanizmasını daha iyi anlamamızı sağlayacaktır.

Duygu düzenleme ve psikosomatik deri yakınmaları ve hastalıkları arasında anlamlı bir ilişki bulunmasına rağmen duygu düzenlemenin deri yakınmalarını anlamlı bir şekilde yordamadığı sonucuna ulaşılmıştır. Buradan yola çıkıldığında duygu düzenlemenin ilişkili olduğu fakat direkt bir yordayıcı değişken olmadığı sonucuna varılmıştır. Bu nedenle ileriki araştırmalarda duygu düzenleme ile ilişkili olabilecek değişkenlerin araştırması önemli olacaktır.

Zihinsel durumları bireysel unsurlar ile açıklamak yetersiz ve indirgemeci bir yaklaşım olacaktır. Bu nedenle ruh sağlını etkileyen biyolojik, psikolojik ve sosyal unsurları bir

arada değerlendiren sistem perspektiflerinden yararlanmak faydalı olacaktır (Fried, 2022). İleri araştırmalarda sistemik bir yaklaşımla deri yakınmalarını derinlemesine çalışmak önemli olacaktır.

Mevcut çalışmanın sonuçları ruh sağlığı uzmanlarının deri yakınmaları üzerine çalışırken erken dönem travmatik deneyimler ve duygu düzenleme düzensizlikleri üzerine odaklanmasının faydalı olabileceğini ortaya koyan bir araştırma olduğu söylenebilir.

Deri yakınmaları ile çalışırken dualistik temelli terapi ekollerden ziyade beden ve zihin ikiliğine dayanan psikoterapi ekollerinden yararlanmak faydalı olacaktır. Deri yakınmaları ile klinik ortamda çalışırken bedenselleşen zihin ve sinirbilim alanındaki araştırma bulgularından beslenen bütünsel bir yaklaşım olan Beden Psikoterapisinden yararlanmak uygun olabilir (Geuter, 2015). Öte yandan klinik ortamda psikosomatik deri yakınmaları ile çalışırken sistemik yaklaşımlardan yararlanmak ve insanı bütünsel bir bakış açısıyla değerlendirmek önemli olacaktır.

KAYNAKLAR

Allen, B. (2008). An analysis of the impact of diverse forms of childhood psychological maltreatment on emotional adjustment in early adulthood. *Child Maltreatment*, 13(3), 307-312.

Alpay, E. H. (2017). Çocukluk Çağı İhmal ve İstismarının Nörobiyolojik Sonuçları: Bir Gözden Geçirme. *Nörodavranış Bilimleri Dergisi.*, 126-133.

American Professional Society on the Abuse of Children. (1995). Psychosocial evaluation of suspected psychological maltreatment in children and adolescents: Practice guidelines. 15.10.2022 tarihinde https://www.apsac.org/guidelines adresinden alındı.

Anzieu, D., ve Demiryontan, N. T. (2008). *Deri-Ben.* İstanbul: Metis Yayınları.

Anzieu-Premmereur, C. (2015). The skin-ego: Dyadic sensuality, trauma in infancy, and adult narcissistic issues. . *The Psychoanalytic Review* , 102(5), 659-681.

APA. (2000). *Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması. Yeniden Gözden Geçirilmiş Baskı (DSM-IV-TR), Washighton DC.* Washington DC: American Psychiatric Association.

Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. . *American Psychologist*, 55(5), 469–480. doi:10.1037//0003-066X.55.5.469.

Arslan, R. A. (2006). Review about the Mediating Role of Early Maladaptive Schemas in the Relationship between Childhood Emotional Abuse and Depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 19(4), 202-210.

Aslan, I. O. (2020). Aslan, I., Ochnik, Exploring perceived stress among students in Turkey during the COVID-19 pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(23), 8961.

Atak, H. v. (2010). İnsan yaşamında yeni bir dönem: Beliren yetişkinlik. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 17(1), 39-50.

Aydoğan, E. (2018). *Psikosomatik yakınmaları olan ergenlerde zihinsel tasarımlar: Süreç analizi.* (Yayın no. 529199) [Yüksek Lisans Tezi /Maltepe Üniversitesi]. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp.

Baltacı, A. (2019). Nitel araştırma süreci: Nitel bir araştırma nasıl yapılır? . *Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 5(2), 368-388 .

Baron, R. M. (1986). The Moderator–Mediator Variable Distinction in Social Psychological Research: Conceptual, Strategic, and Statistical Considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173- 1182. doi:10.1037/0022-35.

Basavaraj, K. H. (2010). Relevance of psychiatry in dermatology: Present concepts. *Indian journal of psychiatry*, 52(3), 270.

Baylan, N. (2019). *Çocukluk çağı travmalarının somatizasyon ile ilişkisinde aleksitiminin aracı rolü.* (Yayın no. 579655) [Yüksek Lisans / Işık Üniversitesi]. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp.

Beltraminelli, H. v. (2008). Skin and psyche–from the surface to the depth of the inner world. *JDDG: Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft*, 6(1), 8-14.

Bernstein, D. P. (1994). Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1132–1136.

Besiroglu, L., Akdeniz, N., Agargun, M. Y., Calka, O., Ozdemir, O., ve Bilgili, S. G. (2009). Childhood traumatic experiences, dissociation and thought suppression in patients with 'Psychosomatic'skin diseases. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 25(1), 121-125.

Bick, E. (1968). The experience of the skin in early objects relations. . *Internat. J. Psycho-Anal.*, 49:484-486.

Bion, W. R. (1959). *Bağlara saldırı (Attacks on Linking)* . İstanbul: Bağlam Yayıncılık, *2015.*, Psikanaliz Yazıları, 30.

Bion, W. R. (1962). *Yaşayarak öğrenmek. (Learning from Experience).* İstanbul: Bağlam Yayıncılık, 2015.

Blair, C. v. (2012). Individual development and evolution: experiential canalization of self-regulation. . *Developmental psychology*, 48(3), 647.

Bloch-Atefi, A. S. (2014). The effectiveness of body-oriented psychotherapy: A review of the literature. *Bloch-Atefi, A., Smith, J., ve Melbourne, J. S. (2014). The effectiveness of Psychotherapy Counselor Federation Australia.*

Blustein, D. L. (2020). Work and unemployment in the time of COVID-19: The existential experience of loss and fear. *Journal of Humanistic Psychology*, 60(5), 702-709.

Bornstein, R. F. (2008). Comorbidity of Personality Disorders and Somatization Disorder. *Robert F. Bornstein; Stephanie H. Gold (2008). Comorbidity of Personality DA Meta-analytic Review*, 30(2), 154–161. doi:10.1007/s10862-007-9052-2.

Boscarino, J. A. (2004). Posttraumatic stress disorder and physical illness: results from clinical and epidemiologic studies. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1032(1), 141-153.

Bowlby, J. (1953). *Child Care and The Growth of Love.* Baltimore: Penguin.

Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss Volume 1.* London.: Hogarth,.

Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss: Vol. 2. Separation: Anxiety and Anger.* New York: Basic Books Inc.

Bowlby, J. (1988). *A Secure Base: Clinical Applications of Attachment Theory.* London: Routledge.

Bowlby, J., Fry, M., ve Ainsworth, M. D. S. (1965). *Child care and the growth of love.* London: Penguin Books.

Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., ve Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395(10227), 912-920.

Cengiz, G. F. ve Gürel, G. (2020). Difficulties in emotion regulation and quality of life in patients with acne. *Quality of Life Research*, 29(2), 431-438.

Ciuluvica, C., Amerio, P. ve Fulcheri, M. . (2014). Emotion regulation strategies and quality of life in dermatologic patients. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 127, 661-665.

Cohen S., Kamarck T., ve Mermelstein R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385-396.

Cohen, J. (1988). The analysis of variance. In Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences. *Lawrence Erlbaum Associates*, 274-87.

Coşar, B. (2021). *Psikodermatoloji.* Ankara: Ankara Nobel Tıp Kitabevleri.

Cozolino, L. (2014). *The neuroscience of human relationships: Attachment and the developing social brain.* New York: WW Norton & Company.

D'Hooghe, D. (2017). Seeing the unseen- Early attachment trauma and the impact on child's development. *Journal of Child and Adolescent Behaviour*, 05(01), 4–7. https://doi.org/10.4172/2375-4494.1000326.

De Bellis, M. D. (2014). The biological effects of childhood trauma. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 23(2), 185-222.

De Kloet, E.R., Sibug, R.M., Helmerhorst, F.M., ve Schmidt, M.V. (2005). Stress, genes and the mechanism of programming the brain for later life. *Neuroscience Biobehavior Reviews*, 29, 271—281.

Debray, P. (2002). *Beden Deneyimi Psikopatolojisi.* İstanbul: Bağlam Yayınları.

DeMause, L. (1998). The history of child abuse. *Journal of Psychohistory*, 25, 216-236.

Dvir, Y. F. (2014). Childhood maltreatment, emotional dysregulation, and psychiatric comorbidities . *Harvard review of psychiatry*, 22(3), 149 .

Elmer, T. M. (2020). Students under lockdown: Comparisons of students' social networks and mental health before and during the COVID-19 crisis in Switzerland. *Plos One*, 15(7).

Ensink, K. C. (2017). Pathological narcissism in adolescents: Relationships with childhood maltreatment and internalizing and externalizing difficulties. *Ensink, K., Chretien, S., Normandin, L., Begin, M., Daigle, D., ve Fonagy, P. (2017).*

Pathological narcissism in adolescents: RelAdolescent PsychiatrY, 7(4), 300–314.

Erdoğan, E. v.-S. (2021). *Toplumsal Araştırma Yöntemleri için Bir Rehber: Gereklilikler, Sınırlılıklar ve İncelikler.* İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları .

Erol, A. E. (2013). Association of Suicide Attempts with Childhood Traumatic Experiences in Patients with Major Depression. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 24(1).

Eskin, M. H. (2013). Algılanan stres ölçeğinin Türkçeye uyarlanması: güvenirlik ve geçerlik analizi. *Yeni Symposium Journal*, 51(3), 132-140.

Fonagy, P. (2018). Attachment, trauma, and psychoanalysis: Where psychoanalysis meets neuroscience. In Early development and its disturbances. *Routledge*, 53-75.

Fried, E. I. (2022). Studying mental health problems as systems, not syndromes. *Current Directions in Psychological Science*, 31(6), 500-508.

Fries, A. B. (2008). Neuroendocrine dysregulation following early social deprivation in children. Developmental Psychobiology . *The Journal of the International Society for Developmental Psychobiology*, 50(6), 588-599. .

Frodl, T. v. (2013). How does the brain deal with cumulative stress? A review with focus on developmental stress, HPA axis function and hippocampal structure in humans. *Neurobiology of Disease*, 52, 24-37.

Gerdan, G., ve Murat, K. (2020). Üniversite öğrencilerinde somatik belirtiler, bağlanma stilleri ve suçluluk utanç duyguları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Anemon Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 383-393.

Geuter, U. (2015). The history and scope of body psychotherapy. *The handbook of body psychotherapy and somatic psychology*, 22-39.

Gieler, U. G. (2020). Skin and psychosomatics–psychodermatology today. *JDDG: Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft*, 18(11), 1280-1298.

Glaser, D. (1997). Physical, sexual and emotional abuse: risk, treatment and outcome. *Current Opinion in Psychiatry*, 10(4), 286-289.

Glaser, D. (2002). Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): A conceptual framework. *Child abuse and neglect*, 26(6-7), 697-714.

Goodfriend, M. S. (1993). Treatment of attachment disorder of infancy in a neonatal intensive care unit. *Pediatrics*, 91(1):139-142.

Göçer, K. (2019). *Ekzema hastalarında psikosomatik işleyişin deri-benlik kuramı bağlamında araştırılması.* (Yayın no. 551955) [Yüksek Lisans Tezi / Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi]. https://tez.yok.gov.tr/Ulusal TezMerkezi/tezSorguSonuc Yeni.jsp.

Gratz, K. L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Gratz, K. L. and Roemer, L. (2004) Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, facJournal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 41-54.

Gross, J. J. (1995). Emotion regulation and mental health. *Clinical psychology: Science and practice*, 2(2), 151-164.

Gupta, M. (2013). Emotional regulation, dissociation, and the self-induced dermatoses: Clinical features and implications for treatment with mood stabilizers. *Clinics in Dermatology*, 31, 110-117.

Gupta, M. A. (1990). Psychosomatic dermatology: Is it relevant? . *Archives of dermatology*, 126(1), 90-93.

Gupta, M. A. (2006). Somatization disorders in dermatology. *International review of Psychiatry*, 18(1), 41-47.

Gupta, M. A., ve Gupta, A. K. (2014). Current concepts in psychodermatology. *Current psychiatry reports*, 16(6), 1-9.

Hair, J. F. (2011). Multivariate data analysis: An overview. *International Encyclopedia of Statistical Science*, 904-907.

Huurre, T. R. (2005). Socioeconomic status as a cause and consequence of psychosomatic symptoms from adolescence to adulthood. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 40(7), 580-587.

İkiz, T. (2008). *Psikosomatik.* İstanbul: Bağlam Yayınları .

İkiz, T. (2018). Beden Sorunsalları II., Ergenlikte Obezite Yeme Bozukluğu Mudur? İstanbul: *Yansıtma: Psikopatoloji ve Projejtif Testler Dergisi.*

Ingram, J. T. (1933). The personality of the skin. *The Lancet*, 889-892.

İslamoğlu, Z. G. K., Demirbaş, G. U., Unal, M., ve Aydın, M. (2019). Is there any association between childhood trauma and chronic dermatological diseases? A case-control study. *Journal of Surgery and Medicine*, 3(4), 292-296.

Jafferany, M. (2007). Psychodermatology: a guide to understanding common psychocutaneous disorders. *Journal of clinical psychiatry*, 9(3), 203.

Karasar, N. (2011). *Bilimsel Araştırma Yöntemleri.* Ankara: Nobel Yayınları.

Kaufman, K. L. (1997). Recurrent abdominal pain in adolescents: psychosocial corraletes of organic and nonorganic pain. *Child Health Care*, 15-30.

Kira, I. A. (2021). Measuring COVID-19 as Traumatic Stress: Initial Psychometrics and Validation. *Journal of Loss and Trauma*, 26(3), 1-18.

Kızılkaya, Z. (2018). *Psikosomatik deri reaksiyonlarının ayrışma- bireyleşme ve mentalizasyon ile ilişkisi.* (Yayın no. 508344) [Yüksek Lisans / İstanbul Bilgi Üniversitesi]. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp.

Koblenzer, C. S. (1988). Stress and the skin: significance of emotional factors in dermatology. *Stress Medicine*, 4(1), 21-26.

Koblenzer, C. S. (1997). Psychodermatology of women. *Clinics in dermatology*, 15(1), 127-141.

Kohut H., W. E. (1978). he disorders of the self and their treatment: An outline. *Int J Psychoanalİtic*, 59:413–425.

Koliouli, F. v. (2021). Dispositional optimism, stress, post-traumatic stress disorder and post-traumatic growth in Greek general population facing the COVID-19 crisis. *European Journal of Trauma and Dissociation*, 5(2). https://doi.org/.

Korkmaz, A. (2021). Lacanyen Psikanalizde Travma ve Düşlem. *AYNA Klinik Psikoloji Dergisi*, 8(2), 161-185.

Korkmazlar O. Ü., E. P. (2010). *Türkiye'de Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması Özet Raporu.* Ankara: T.C. Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme

Kurumu. Erişim Tarihi: 16.11.2022 https://www.unicef.org/turkiye/media/5221/file/%20T%C3%9CRK%C4%B0YE'DE%20%C3%87OCUK%20%C4%B0ST%C4%B0SMARI%20VE%20A%C4%B0LE%20%C4%B0%C3%87%C4%B0%20%C5%9E%C4%B0DDET%20ARA%C5%9ETIRMASI%20-%20%C3%96zet%20Raporu%202010.pdf

Köksal, G. (2017). *The moderator effect of mentalization on the link between attachment and somatization.* (Yayın no: 475433) [Yüksek Lisans / İstanbul Bilgi Üniversitesi]. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp.

Kütük, M. Ö. (2017). Çocuklarda ve adölesanlarda duygusal istismar ve ihmal. *Türkiye Klinikleri*, 3(3), 181-187.

Levine, H. B. (2014). Psychoanalysis and trauma. *Psychoanalytic Inquiry*, 34(3), 214-224.

Marty, P. (2012). *Zihinselleştirme ve Psikosomatik.* İstanbul: Bağlam Yayınları.

Marusak, H. A. (2015). *Childhood trauma exposure disrupts the automatic regulation of emotional processing.* Neuropsychopharmacology: 40(5), 1250-1258.

McDonagh, J. E.-E. (2018). The age of adolescence and young adulthood. *McDonagh, J. E., Ambresin, A.-E., Boisen, K. A., Fonseca, H., Jakobsson Kruse, P., Meynard, A., Takeuchi, Y. L. (2018). TThe Lancet Child ve Adolescent Health*, 2(4). https://doi.org/10.1016/s2352-4642(18)30079-8.

Meissner, W. W. (2006). Psychoanalysis and the mind-body relation: Psychosomatic Perspectives. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 70 (4), 295-315.

Menkü B., ve Coşar B. (2021). Psikosomatik bozukluklar. *Ankara: Türkiye Klinikleri*, 32-6.

Mercan, S., ve Altunay, I. K. (2006). A collaborative subject of psychiatry and dermatology. *Turkish Journal of Psychiatry*, 17(4), 1-9.

Millington, G. W. (2022). Somatization in dermatology. Skin . *Skin Health and Disease*, https://doi.org/10.1002/ski2.164.

Mullen, P. E. (1996). Mullen, P. E., Martin, J. L., Anderson, J. C., Romans, S. E., ve The long-term impact of the physical, emotional, and sexual abuse of children: A community study. *Child abuse and neglect*, 20(1), 7-21.

Mustafa, K. (2004). Gelişim psikolojisi açısından ergenlik dönemi ve genel özellikleri. *Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 1(17), 231-238.

Nisar, H. S. (2018). Fundamental concept of psychosomatic disorders: a review. *International Journal of Contemporary Medicine Surgery and Radiology*, 3(1), 12-18.

Okumuş, E. (2009). Bedene Müdahelenin Sosyolojisi. *Şarkiyat*.

Osman, O. T. (2011). The psychiatric aspects of skin disorders. *Expert Review of Dermatology*, 6(2), 195-209.

Osman, O. T. (2011). The psychiatric aspects of skin disorders. *Expert Review of Dermatology*, 6(2), 195-209.

Örsel, S. K. (2011). Psikiyatri hastalarında çocukluk çağı travmalarının sıklığı ve psikopatoloji ile ilişkisi. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 12(2).

Özdin, S. v. (2020). Levels and predictors of anxiety, depression and health anxiety during COVID-19 pandemic in Turkish society: The importance of gender. *International Journal of Social Psychiatry*, 66(5), 504-511.

Özgentürk, İ. (2014). Child abuse and neglect. *Journal of Human Sciences*, 11(2), 265-278.

Panasiti, M. S. (2020). Emotions, alexithymia, and emotion regulation in patients with psoriasis. *Frontiers in psychology*, 11, 836.

Parman, T. (2005). *Psikosomatik tarihi ve çocuk psikosomatiği. Psikanaliz Yazıları 11* (s. 13-31). içinde İstanbul : Bağlam Yayınları.

Payne, P. L.-G. (2015). Somatic experiencing: using interoception and proprioception as core elements of trauma therapy. *Frontiers in psychology*, 6-93.

Pechtel, P. v. (2011). Effects of early life stress on cognitive and affective function: an integrated review of human literature. *Psychopharmacology*, 214(1), 55-70.

Percy, W. H. (2015). Generic qualitative research in psychology. *The qualitative report*, 20(2), 76-85.

Peykan, G. G. (2003). Toplumsal cinsiyet, sağlık ve kadın. *Hacettepe Üniversitesi Yayınları*, 165-73.

Picardi, A. P. (2005). Psychosomatic assessment of skin diseases in clinical practice. *Psychotherapy and psychosomatics*, 74(5), 315-322.

Polat, O. (2007). *Tüm boyutlarıyla çocuk istismarı önleme ve rehabilitasyon.* Ankara: Seçkin Yayınları.

Pollak, S. D. (2008). Mechanisms linking early experience and the emergence of emotions: Illustrations from the study of maltreated children. *Current directions in psychological science*, 177(6), 370-375.

Porges, S. W. (2001). The polyvagal theory: phylogenetic substrates of a social nervous system. *International journal of psychophysiology*, 42(2), 123-146.

Porges, S. W. (2011). The polyvagal theory: Neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, and self-regulation. *(Norton Series on Interpersonal Neurobiology. WW Norton ve Company.*

Price, C. J. (2018). Interoceptive awareness skills for emotion regulation: Theory and approach of mindful awareness in body-oriented therapy (MABT). *Frontiers in psychology*, 9, 798.

Qiu, J. S. (2020). A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. *General psychiatry*, 33(2).

Quinodoz, J. M. (2016). *Freud'u okumak.* İstanbul: Bağlam Yayıncılık.

Raychaudhuri, S. P., ve Gross, J. (2000). A comparative study of pediatric onset psoriasis with adult onset psoriasis. *Pediatric dermatology*, 17(3), 174-178.

Rennie, D. L. (2002). The rise of qualitative research in psychology. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 43(3), 179.

Richards, H. L. (2005). Response of the hypothalamic–pituitary–adrenal axis to psychological stress in patients with psoriasis. *British Journal of Dermatology*, 153(6), 1114-1.

Robotham, D. v. (2006). Stress and the higher education student: a critical review of the literature. *Journal of further and higher education*, 30(02), 107-117.

Rose, P. B. (1995). Academic rigour in the lived experience of researchers using phenomenological methods in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 21(6), 1123-1129. https://doi.org/10.1046/j.1365- 2648.1995.21061123.x.

Rugancı, R. N. (2010). Psychometric properties of a Turkish version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 66(4), 442-455.

Rugancı, R. N. (2010). Psychometric properties of a Turkish Version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 66(4), pp. 442-455.

Schore, A. N. (2002). Dysregulation of the right brain: a fundamental mechanism of traumatic attachment and the psychopathogenesis of posttraumatic stress disorder. *Journal of Psychiatry*, 36(1), 9-30.

Schore, A. N. (2003). *Affect dysregulation and disorders of the self.* New York: WW Norton ve Company.

Schore, A. N. (2015). *Affect regulation and the origin of the self: the neurobiology of emotional development.* Routledge.

Schore, J. R. (2008). Modern attachment theory: The central role of affect regulation in development and treatment. *Clinical social work journal*, 36(1), 9-20.

Seth A. (2015). The cybernetic Bayesian brain: from interoceptive inference to sensorimotor contingencies. *The Cybernetic Bayesian Brain*, doi: 10.15502/9783958570108.

Sharma, Y. K. (205). Skin and psyche: diversionary symbiosis. *Medical Journal Armed Forces*, 61(2), 163-166.

Sherman, L. J. (2009). *Bridging the attachment transmission gap with maternal mind-mindedness and infant temperament.* College Park: University of Maryland.

Simonić, E. K.-G. (2010). Childhood and adulthood traumatic experiences in patients with psoriasis. *The Journal of Dermatology*, 37(9), 793-800.

Spinazzola, J. H. (2014). Unseen wounds: The contribution of psychological maltreatment to child and adolescent mental health and risk outcomes. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 6(S1), S18.

Stevens, N. R. (2013). Emotion regulation difficulties, low social support, and interpersonal violence mediate the link between childhood abuse and posttraumatic stress symptom. *Behavior therapy*, 44(1), 152-161.

Stojanovich, L. v. (2008). Stress as a trigger of autoimmune disease. *Autoimmunity reviews*, 7(3), 209-213.

Stratton, S. J. (2021). Population research: convenience sampling strategies. *Prehospital and disaster Medicine*, 36(4), 373-374.

Stuart, S. v. (1999). Attachment and interpersonal communication in somatization. *Psychosomatics*, 40(1), 34-43.

Suzuki, A. P. (2014). Long term effects of childhood trauma on cortisol stress reactivity in adulthood and relationship to the occurrence of depression. *Psychoneuroendocrinology*, 50, 289-299.

Symington, N. v. (1996). *The clinical thinking of wilfred bion.* London: Routledge.

Szwec, G. (2015). *Bazı psikosomatik modellere göre deri hastalıkları* . İstanbul: Bağlam Yayıncılık.

Şad, S. N. (2019). Psikolojide tematik analizin kullanımı. *Eğitimde Nitel Araştırmalar Dergisi*, 7(2), 873-898.

Şar, V. Ö. (2012). Validity and reliability of the Turkish version of Childhood Trauma Questionnaire. *Türkiye Klinikleri* , 32 (4), 1054- 1063. doi: 10.5336/medsci.2011-26947.

Taycan, S. (2021). Advanced Psychopathology [PowerPoint slaytı]. 15 Eylül 2022 https://blackboard.maltepe.edu.tr/ultra/course.

Taylor, G. J. (2003). Somatization and conversion: distinct or overlapping constructs? . *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 31(3), 487-508.

Tekindal, M. Ş. (2020). Nitel araştırma yöntemi olarak fenomenolojik yaklaşımın kapsamı ve sürecine yönelik bir derleme. *Ufkun Ötesi Bilim Dergisi*, 20(1), 153-172.

Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2–3), 25–52.

Totton, N. (2005). *New dimensions in body psychotherapy.* UK : McGraw-Hill Education.

Tüzün, O. S. (2006). Bağlanma kuramı ve psikopatoloji. *Düşünen Adam*, 19(1), 24-39.

Ulnik, J. C. (2013). Psychological evaluation of the dermatology patient: a psychoanalyst's perspective. *Clinics in dermatology*, 31(1), 11-17.

Van der Kolk, B. (2016). Commentary: The devastating effects of ignoring child maltreatment in psychiatry. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57, 267-270. doi:10.1111/jcpp.12540.

Van der Kolk, B. A. (1996). The complexity of adaptation to trauma. *Traumatic stress*, 182-213.

Van Der Kolk, B. A. (2015). *Beden Kayıt Tutar: Travmanın iyileşmesinde beyin, zihin ve beden.* Ankara: Nobel Yayıncılık.

Van Dijke, A. F. (2013). Association of childhood trauma-by-primary-caregiver and affect dysregulation with borderline personality disorder symptoms in adulthood. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(3), 217.

Van Leer Vakfı. (2014). *Türkiye'de 0-8 yaş arasında çocuğa yönelik aile içi şiddet araştırması.* İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi.

Vatan, S., ve Oruçlular Kahya, Y. (2018). Duygu düzenleme becerileri ölçeğinin Türkçeye uyarlanması: Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Psychosomatic medicine*, 68(1), 129-135.

Waldinger, R. J. (2006). Mapping the road from childhood trauma to adult somatization: the role of attachment. *Psychosomatic medicine*, 68(1), 129-135.

Wankhade, D. v. (2022). Management of Somatization in COVID-19: A Narrative Review. *Cureus*, 14(10).

Weigl, B. A. (2000). The significance of stress hormones (glucocorticoids, catecholamines) for eruptions and spontaneous remission phases in psoriasis. *International journal of dermatolog*, 39(9), 678-688.

Willemsen, R. V. (2009). Increased history of childhood and lifetime traumatic events among adults with alopecia areata. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 60(3), 388-393.

Winnicott, D. (1971). *Oyun ve gerçeklik.* İstanbul: Metis Yayınları.

Yalcin, M. T. (2005). Psychiatric features in neurotic excoriation patients: the role of childhood trauma. *Nöro Psikiyatri Arşivi*, 52(4), 336.

Zabcı, N. v. (2021). 3-7 Yaş Çocukların Depresif Belirtileri ile Annelerinin Kapsayıcı İşlevleri Arasındaki İlişki. *AYNA Klinik Psikoloji Dergisi*, 8(3), 510-534.

Zaenglein, A. L. (2018). Acne vulgaris. *New England Journal of Medicine*, 379(14), 1343-1352.

EKLER

Ek-1 Bilgilendirilmiş Onam Formu

Sayın Katılımcı,

Bu araştırma Maltepe Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı öğrencisi Dilan Özbek'in Doç. Dr. Özden Bademci danışmanlığında yürütmekte olduğu tez çalışmasına katılımınızı rica ediyoruz. Çalışmanın amacı zorlu çocukluk deneyimleri, duyguları işleme süreçleri ve deri ile ilgili yakınmalara dair bilgi toplamaktır.

Araştırmaya 19-26 yaş arası bireyler katılabilmektedir. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırmaya katılımın katılımcıya herhangi bir zarar vereceği ön görülmemektedir. Bununla birlikte kendinizi rahatsız hissettiğiniz noktada hiçbir gerekçe belirtmeden anketi doldurmayı bırakabilirsiniz. Bu çalışma kapsamında kimlik bilgileriniz istenmeyecektir. Sorulara vereceğiniz yanıtlar araştırmacılar dışında kimseyle paylaşılmayacak olup yalnızca bilimsel yayın amacıyla kullanılacaktır.

Katılım sırasında sorulardan ya da herhangi başka bir nedenden ötürü kendinizi rahatsız hissederseniz çalışmayı yarıda bırakıp çıkmakta serbestsiniz. Araştırmamıza gönüllü katılım gösterdiğiniz taktirde, çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen tüm soruları eksiksiz ve içtenlikle cevaplamanızdır.

Araştırmamıza katkıda bulunduğunuz için teşekkür ederiz.

Bu çalışmaya tamamen gönüllü olarak katılıyorum ve istediğim zaman yarıda kesebileceğimi biliyorum. Verdiğim bilgilerin bilimsel amaçlı yayımlarda kullanılmasını kabul ediyorum.

Ek-2 Demografik Bilgiler

Kişisel Bilgiler

1. Cinsiyetiniz: Kadın Erkek Diğer

2. Yaşınız: _____

3. Lütfen eğitim durumunuzu en iyi tanımlayan seçeneği işaretleyin.

İlköğretim terk İlköğretim mezunu Lise terk Lise mezunu Üniversite öğrencisi Üniversite terk Üniversite mezunu YL/Doktora öğrencisi YL/Doktora terk YL/Doktora mezunu

4. Şu anda çalışıyor musunuz? Evet Hayır Diğer

6. Lütfen ilişki durumunuzu en iyi tanımlayan seçeneği işaretleyin.

İlişkim yok Evliyim Sözlüyüm/Nişanlıyım Sevgilim var

Diğer _____

7. İlişkiniz varsa, lütfen ne kadar zamandır devam ettiğini belirtin. ___ yıl ___ ay

9. Kendinizi aşağıdaki gelir seviyelerinden hangisinin içinde görüyorsunuz?

Alt Orta Üst

10. Lütfen şu anda yaşadığınız yeri en iyi tanımlayan seçeneği işaretleyin.

Köy/kasaba Küçük şehir Büyük şehir Diğer _____

B. Deri ile İlgili Yakınmalar

1. Deri ile ilgili mevcut herhangi bir yakınmanız/ şikayetiniz var mı? ya da hayatınızın bir döneminde oldu mu?

Evet Hayır

2. Aşağıda deri ile ilgili sıklıkla görülen yakınmaların bir listesini görebilirsiniz. Lütfen her bir şikâyeti ne şiddette deneyimlediğinizi 0 ile 6 arasında bir sayıyı işaretleyerek değerlendirin. Eğer deri ile ilgili mevcut bir yakınmanız yok ise fakat hayatınızın bir döneminde oldu ise, bu deneyim (ler)i düşünerek soruları yanıtlayınız.

	Hiç			Orta Şiddetli			Şiddetli
Kızarıklık/Döküntü	0	1	2	3	4	5	6
Kaşıntı	0	1	2	3	4	5	6
Pullanma/soyulma	0	1	2	3	4	5	6
Çatlama/yarılma	0	1	2	3	4	5	6
İltihaplanma	0	1	2	3	4	5	6
Su Toplama	0	1	2	3	4	5	6
Lekelenme	0	1	2	3	4	5	6
Akne	0	1	2	3	4	5	6
Kabarma	0	1	2	3	4	5	6

3. Herhangi bir deri hastalığınız var mı? Eğer deri ile ilgili mevcut bir hastalığınız olmamasına rağmen hayatınızın bir döneminde oldu ise, buna göre soruları yanıtlayınız.

Evet Hayır

Evet ise, aşağıdaki tablodan sizde olan hastalık/hastalıkları işaretleyiniz. Birden fazla işaretleme yapabilirsiniz.

Sedef

Egzama

Gül hastalığı

Ürtiker (Kurdeşen)

Pruritus (Kaşıntı)

Zona

Vitiligo

Alopesi Areata

Liken

Uçuk

Hiperhidroz (Aşırı terleme)

Diğer _____

4. Lütfen deri hastalığınız ve/veya deri ile ilgili yakınmalarınızın hayatınızın farklı alanlarını ne kadar etkilediğini 0 ile 6 arasında bir sayı vererek değerlendirin.

Aile İlişkileri	0	1	2	3	4	5	6
Arkadaşlık ilişkileri	0	1	2	3	4	5	6
Sevgili İlişkileri	0	1	2	3	4	5	6
İş/okul Hayatı	0	1	2	3	4	5	6
Cinsel Hayat	0	1	2	3	4	5	6
Ruhsal sağlığı	0	1	2	3	4	5	6
Dini/manevi inançlar	0	1	2	3	4	5	6
Benlik algısı	0	1	2	3	4	5	6

5.Deri ile ilgili hastalığınızın ya da yakınmalarınızın nedeninin ne/neler olduğunu düşünüyorsunuz? Birden fazla işaretleme yapabilirsiniz.

Yaralanma / yanık
Bakteri /Virüs / Enfeksiyon
Hormonal
Kalıtımsal
Psikolojik
Diğer _____

6.Deri yakınmalarınızla ilgili hiç tıbbi yardım aldınız mı? Evet Hayır

7.Deri yakınmalarınızla ilgili hiç psikolojik/psikiyatrik yardım aldınız mı?

Evet Hayır

C. Genel Sağlık Bilgileri

1. (Deri hastalığı dışında) Kronik bir fiziksel hastalığınız/şikâyetiniz var mı?

Evet Hayır

Evet ise, lütfen belirtin _____

2. Psikolojik/psikiyatrik bir hastalığınız/şikayetiniz var mı? Evet Hayır

Evet ise, lütfen belirtin _____

Ek- 3 Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇT)

Bu sorular çocukluğunuzda ve ilk gençliğinizde başınıza gelmiş olabilecek bazı olaylar hakkındadır. Her bir soru için sizin durumunuza uyan rakamı daire içerisine alarak işaretleyiniz. Sorulardan bazıları özel yaşamınızla ilgilidir; lütfen elinizden geldiğince gerçeğe uygun yanıt veriniz. Yanıtlarınız gizli tutulacaktır.

1. Hiçbir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık

Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde…

1. Evde yeterli yemek olmadığından aç kalırdım.

2. Benim bakımımı ve güvenliğimi üstlenen birinin olduğunu biliyordum.

3. Ailemdekiler bana "salak", "beceriksiz" ya da "tipsiz" gibi sıfatlarla seslenirlerdi.

4. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı.

5. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan biri vardı.

6. Yırtık, sökük ya da kirli giysiler içeresinde dolaşmak zorunda kalırdım.

7. Sevildiğimi hissediyordum.

8. Anne ve babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.

9. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.

10. Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.

11. Ailemdekiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.

12. Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.

13. Ailemdekiler birbirlerine ilgi gösterirlerdi.

14. Ailemdekiler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.

15. Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma (dövülme, itilip kakılma vb.) inanıyorum.

16. Çocukluğum mükemmeldi.

17. Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövülüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu fark ettiği oluyordu.

18. Ailemde birisi benden nefret ederdi.

19. Ailemdekiler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.

20. Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi.

21. Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.

22. Benim ailem dünyanın en iyisiydi.

23. Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.

24. Birisi bana cinsel tacizde bulundu.

25. Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma (hakaret, aşağılama vb.) inanıyorum.

26. İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecek birisi vardı.

27. Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.

28. Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.

Ek- 4 Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği (DDG)

Aşağıdaki cümlelerin size ne sıklıkla uyduğunu yanda belirtilen 5 dereceli ölçek üzerinde değerIendiriniz. Her bir cümlenin yanındaki 5 noktalı ölçekten, size uygunluk yüzdesini de dikkate alarak, size uygunluk derecesini belirtiniz.

1.Hemen hemen hiç (%0-%10) 2.Bazen (%11-%35) 3.Yaklaşık Yarı yarıya (%36-%65) 4.Çoğu zaman (%66-%90) 5.Neredeyse her zaman (%91- %100)

1. Ne hissettiğim konusunda netimdir.
2. Ne hissettiğimi dikkate alırım.
3. Duygularım bana dayanılmaz ve kontrolsüz gelir.
4. Ne hissettiğim konusunda hiçbir fikrim yoktur.
5. Duygularıma bir anlam vermekte zorlanırım.
6. Ne hissettiğime dikkat ederim
7. Ne hissettiğimi tam olarak bilirim.
8. Ne hissettiğimi önemserim.
9. Ne hissettiğim konusunda karmaşa yaşarım.
10. Kendimi kötü hissettiğimde, böyle hissettiğim için kendime kızarım.
11. Kendimi kötü hissettiğim için utanırım
12. Kendimi kötü hissettiğimde işlerimi bitirmekte zorlanırım.
13. Kendimi kötü hissettiğimde kontrolden çıkarım.
14. Kendimi kötü hissettiğimde uzun süre böyle kalacağıma inanırım.
15. Kendimi kötü hissetmemin yoğun depresif duyguyla sonuçlanacağına inanırım.
16. Kendimi kötü hissettiğimde duygularımın yerinde ve önemli olduğuna inanırım.
17. Kendimi kötü hissederken başka şeylere odaklanmakta zorlanırım.
18. Kendimi kötü hissettiğimde kendimi kontrolden çıktığım duygusu yaşarım.
19. Kendimi kötü hissediyor olsam da çalışmayı sürdürebilirim.
20. Kendimi kötü hissettiğimde bu duygumdan dolayı kendimden utanırım.
21. Kendimi kötü hissettiğimde eninde sonunda kendimi daha iyi hissetmenin bir yolunu bulacağımı bilirim.
22. Kendimi kötü hissettiğimde zayıf biri olduğum duygusuna kapılırım.
23. Kendimi kötü hissettiğimde davranışlarımı kontrol altındadır.
24. Kendimi kötü hissettiğim için suçluluk duyarım.

25. Kendimi kötü hissettiğimde konsantre olmakta zorlanırım.
26. Kendimi kötü hissettiğimde davranışlarımı kontrol etmekte zorlanırım.
27. Kendimi kötü hissettiğimde daha iyi hissetmem için yapacağım hiçbir şey olmadığına inanırım.
28. Kendimi kötü hissettiğimde böyle hissettiğim için kendimden rahatsız olurum.
29. Kendimi kötü hissettiğimde kendimle ilgili olarak çok fazla endişelenmeye başlarım.
30. Kendimi kötü hissettiğimde kendimi bu duyguya bırakmaktan başka yapabileceğim bir şey olmadığına inanırım.
31. Kendimi kötü hissettiğimde davranışlarım üzerindeki kontrolümü kaybederim.
32. Kendimi kötü hissettiğimde başka bir şey düşünmekte zorlanırım.
33. Kendimi kötü hissettiğimde duygumun gerçekte ne olduğunu anlamak için zaman ayırırım.
34. Kendimi kötü hissettiğimde kendimi daha iyi hissetmem uzun zaman alır.
35. Kendimi kötü hissettiğimde duygularım dayanılmaz olur.

EK 5- Etik Kurul Kararı

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli "Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge" ile bildirilen 6689 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

ÖZGEÇMİŞ

Dilan ÖZBEK

Eğitim

Derece	*Yıl Üniversite, Enstitü, Anabilim Dalı*
Y. Ls.	2023 Maltepe Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı
Lisans	2019 İstanbul Bilgi Üniversitesi, Sosyal ve Beşeri Bilimler Fakültesi, Psikoloji Anabilim Dalı
Lise	2014 İstanbul Kadıköy (Anadolu) Lisesi

İş/İstihdam

Yıl	*Görev*
08/2022- Halen	Momo Anaokulu
01/2022- Halen	Bireysel Danışmanlık
04/2019- 09/2020	Korto Psikoloji
01/2019- 04/2019	Stajyer Psikolog, Ekip Norma Razon Danışmanlık Merkezi
12/2018 – 06/2019	Stajyer Psikolog, Bakırköy Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi
01/2018- 10/2018	Stajyer Psikolog, Aura Psikoterapi Merkezi

Mesleki Birlik/Dernek Üyelikleri

Yıl	*Kurum*
2020-	Üye: Bebek Ruh Sağlığı Derneği
2019-	Üye: Türk Psikologlar Derneği