

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

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**PSİKOJENİK PRURİTUS HASTALARININ
ERKEN DÖNEM NESNE İLİŞKİLERİNİN
RORSHACH TESTİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ**

ÇİĞDEM AYDIN

2501101069

TEZ DANIŞMANI

PROF.DR. TEVFİKA TUNABOYLU İKİZ

İSTANBUL-2013



Y Ü K S E K L İ S A N S T E Z O N A Y I

ÖĞRENCİNİN

Adı ve Soyadı : Çiğdem AYDIN Numarası : 2501101069

Anabilim/Bilim Dalı: Psikoloji Anabilim Dalı Danışman Öğretim Üyesi : Prof. Dr. Tefrika T. İKİZ
Uygulamalı Psikoloji Bilim Dalı

Tez Savunma Tarihi : 29.11.2013 Tez Savunma Saati : 11:00

Tez Başlığı : Psikojenik Pruritus Hastalarının Erken Dönem Nesne İlişkilerinin Rorshach Testi ile Değerlendirilmesi

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

JÜRİ ÜYESİ	İMZA	KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME)
1- Prof. Dr. Tefrika TUNABOYLU İKİZ		Kabul
2- Doç. Dr. M. Alpay ATEŞ		Kabul
3- Yrd. Doç. Dr. A. Elif SEVER		Kabul

YEDEK JÜRİ ÜYESİ	İMZA	KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME)
1- Yrd. Doç. Dr. Bengü P. HOŞGÖR		
2- Yrd. Doç. Dr. İrem ATAĞ		

PSİKOJENİK PRURİTUS HASTALARININ ERKEN DÖNEM NESNE İLİŞKİLERİNİN RORSCHACH TESTİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ

Çiğdem Aydın

ÖZ

Bu çalışmada, psikojenik pruritus tanısı almış kişilerin erken dönem nesne ilişkilerinin Rorschach Test ile incelenmesi hedeflenmiştir. Literatürde 0–1 yaş döneminin deri hastalıklarındaki rolünün vurgulanması, psikojenik pruritus hastalarının ilk nesne ile olan ilişkilerinde problem yaşamış olabileceğini düşündürmüştür. Çalışmada hastaların erken dönemde kurdukları nesne ilişkilerine ait bilgilerin yanında deri-benlik yapılanmaları ve ruhsal işleyişlerine dair bilgiler de edinilmiştir. Çalışmaya yaşları 22–57 arasında değişen 17 hasta katılmıştır. Hastalarla yapılan psikanalitik yönelimli ön görüşmenin ardından Rorschach Test uygulanmıştır. Test sonuçları Fransız Okulu’na özgü içerik analiz yöntemiyle değerlendirilmiş, psikanalitik ve psikosomatik kurama göre yorumlanmıştır. İçerik analizinden ve ön görüşmelerden elde edilen veriler birlikte değerlendirildiğinde, annenin kapsama ve uyarı kalkanı oluşturma işlevindeki yetersizliğe bağlı olarak bu hastaların güvenli ve doyum sağlayıcı bir anne-bebek ilişkisine sahip olmadığı görülmüştür. Protokollerdeki nüfuz etme ve iç-dış sınır hassasiyetini yansıtan yanıtlar bu hastaların da deri-benlik yapısındaki bozulmayı ve sınır işleyişe benzer bir ruhsal işleyişe sahip olduklarını düşündürmüştür.

Anahtar Kelimeler: Psikojenik pruritus, erken dönem nesne ilişkileri, Rorschach Test

EVALUATION OF EARLY PHASE OBJECT RELATIONS IN PATIENTS WITH PSYCHOGENIC PRURITUS WITH RORSCHACH TEST

Çiğdem Aydın

ABSTRACT

In this study, it is aimed to investigate the early phase object relations of patients with psychogenic pruritus disease with Rorschach projective tests. In the literature, the period between 0-1 year is pointed out as critical in dermatological diseases, thus it is thought that troubles in object relations with the first one may lead to psychogenic pruritus. In the study, information about skin-ego constructions, psychological executions is also obtained besides early phase object relations. 17 patients, ranged between 22–57 ages were included. After psychoanalytically oriented interview, Rorschach projective test was applied. Test results were assessed with French School specific content analysis and interpretations were made according to psychoanalytic and psychosomatic theories. When the data obtained both by content analysis and interview were evaluated, it was seen that mother's containment and signaling shelter function was insufficient, so that mother infant relationship was not confident and satisfying. These responses indicating penetration and internal-external vulnerability in the protocols suggest skin-ego construction disturbances and psychological functioning as borderline features.

Key Words: Psychogenic pruritus, early phase object relations , Rorschach Test

ÖNSÖZ

Bu çalışmanın ortaya çıkış sürecinde, tecrübelerini ve bilgi birikimini benden esirgemeyen, beni psikanalitik ve psikosomatik alanla tanıştıran ve bambaşka bir yol çizmemi sağlayan ve öğrencisi olmaktan onur duyduğum değerli hocam Prof. Dr. Tefrika Tunaboylu-İkiz'e;

Tezim süresince daima yol gösterici olan ve akademik birikimlerinden faydalandığım her konuda yardımını esirgemeyen kıymetli hocam Doç. Dr. İlknur Kıvanç Altunay'a;

Bilgi ve deneyimlerini sınırsız paylaşmasının yanında, her zaman bir arkadaş yakınlığında olan ve destekleyici yaklaşımını eksik etmeyen hocam Yrd. Doç. Dr. A. Elif Yavuz'a;

Akademik bilgisinin yanında manevi desteğini daima hissettiğim, umutsuzluğa düştüğüm her anda yanımda olan ve motive eden sevgili eşime;

Yaşama sevinciyle her işi kolaylaştıran ve katılımcılara ulaşmada kolaylık sağlayan sevgili arkadaşım Uzm. Dr. Güldehan Atış'a;

Son olarak en zor anamlarımda beni gülümsetmeyi başaran oğluma ve daima bana inanarak yanımda olan anne ve babama sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

ÖZ.....	iii
ABSTRACT.....	iv
ÖNSÖZ.....	v
İÇİNDEKİLER	vi
TABLolar.....	ix
RESİMLER.....	x
KISALTMALAR.....	xi

GİRİŞ.....	1
------------	---

1. PRURİTUSUN TANIMI ve AÇIKLANMASI.....	4
1.1. Kaşıntının Patofizyolojisi ve Tipleri.....	4
1.2. Pruritusun Dermatolojik Nedenleri.....	5
1.3. Pruritusun Sistemik Nedenleri.....	8
2. PSİKOJENİK PRURİTUS.....	9
2.1. Psikojenik Pruritus'un Tanımı.....	9
2.2. Psikojenik Pruritusun Genel Pruritus Sınıflamalarındaki Yeri ve Tanı Kriterleri.....	9
2.3. Psikojenik Pruritusun Klinik Özellikleri.....	11
2.4. Psikojenik Pruritusun Klinik Tipleri.....	12
2.4.1. Nörotik/psikojenik ekzorsasyon.....	12
2.4.2. Delüzyonel Parazitoz.....	13
2.4.3. Kronik taktil sanrı.....	14
2.5. Psikojenik Pruritusun Alt Tipleri.....	14
2.5.1. Kompulsif Tip.....	14
2.5.2. İmpulsif Tip.....	14
2.5.3. Mikst Tip.....	14
2.6. Psikojenik Pruritusun Psikiyatrik Komorbiditeleri.....	15
2.7. Psikojenik Prurituslu Hastanın Değerlendirilmesi.....	18
2.8. Psikojenik Pruritusun Tedavisi.....	19
2.8.1. Dermatolojik Tedavi.....	19
2.8.2. Psikiyatrik Tedavi.....	19

3. PSİKANALİTİK KURAMA GÖRE DERİ HASTALIKLARI	20
3.1. Psikanalitik Kuramda Deri	20
3.2. Deri Hastalıklarına Dair Psikanalitik Görüşler	21
3.2.1. Freud'un Çalışmalarında Deri ve Deri Hastalıkları	21
3.2.2. Didier Anzieu'nun Çalışmalarında Deri Hastalıkları	25
3.2.3. Diğer Post-Freudyen Psikanalistlere Göre Deri Hastalıkları	26
4. PSİKANALİTİK AÇIDAN KAŞINTI	30
5. DERİ TEMELİNDE GELİŞEN ERKEN DÖNEM NESNE İLİŞKİLERİ	34
5.1. Bebekte Uyarı-Kalkan Sisteminin Oluşumu	36
5.2. Winnicott'un Kuramında Psikosomatik Bütünleşme	38
5.3. Anzieu'nun Deri-Benlik Kavramı	40
5.3.1. Deri-benliğin Oluşumu	40
5.3.2. Deri-Benliğin İşlevleri	42
5.3.3. Bebekte Temel Güven Duygusunun Oluşumu	46
5.3.4. Anzieu'nun Kuramında Erken Dönem Nesne İlişkilerinin Deri Hastalıklarının Oluşmasındaki Rolü	48
5.4. Spitz'in Çalışmalarında Erken Dönem Nesne İlişkisinin Ekzema Oluşumundaki Rolü	49
5.5. Pierre Marty ve Alerjik Nesne İlişkisi	50
5.6. Esther Bick ve İkinci Kas Derisi	51
5.7. Deri Hastalıklarının Oluşumunda Erken Dönem Nesne İlişkilerinin Rolüne Dair Diğer Görüşler	52
6. ARAŞTIRMANIN AMACI VE HİPOTEZLERİ	54
7. METODOLOJİ	57
7.1. Çalışmanın Katılımcıları	57
7.2. Çalışmada Kullanılan Ölçüm Araçları	57
7.2.1. Sosyodemografik ve Klinik Veri Toplama Formu	57
7.2.2. Yarı Yapılandırılmış Psikanalitik Yönelimli Öngörüşme	57
7.2.3. Rorschach Testi	58

7.3. Çalışmanın Yöntemi.....	61
7.4. Analiz.....	61
8. ÇALIŞMANIN BULGULARI.....	62
8.1. Çalışmanın Katılımcılarından Elde Edilen Sosyo-Demografik Bulgular....	62
8.2. Görüşmelerin Genel Değerlendirilmesi ve Görüşmelerden Elde Edilen Bulgular.....	62
8.2.1. Hastalığı Ele Alış Biçimleri.....	62
8.2.2. Anne ile İlişkinin Niteliğine Dair Bulgular.....	66
8.2.3. Eşle Olan İlişkinin Niteliğine Ait Bulgular.....	70
8.2.4. Travma Yaşantısı.....	73
8.2.5. Duygulanımları İfade Etmede Yetersizlik.....	76
8.2.6. Deriye Zarar Verme Sonrasında Ortaya Çıkan Rahatlama Duygusu..	78
8.3. Psikanalitik Yönelimli Görüşmelerden Elde Edilen Bulguların Rorschach Testi Verileri ile Birlikte Değerlendirilmesi.....	80
8.3.1. Erken Dönem Anne Bebek İlişkisinin Niteliğini Ortaya Koyan Yanıtların Psikanalitik İncelemesi.....	80
8.3.2. Deri-Benlik Yapılanmasına ve Sınırlara Özgü Hassasiyeti Ortaya Koyan Yanıtlar.....	92
8.4. Rorschach Testinden Elde Edilen Bulguların Genel Değerlendirmesi.....	94
SONUÇ VE TARTIŞMA.....	97
KAYNAKÇA.....	108
EKLER.....	117
EK-1 Demografik Bilgi Formu.....	117
EK-2 Rorshach Testi Örneği.....	118

TABLÖLAR

Tablo

Sayfa

Tablo1.1. Kaşıntılı deri hastalıkları.....6

Tablo 1.2. Pruritusun önemli sistemik nedenleri.....8

Tablo 2.1. Psikojenik pruritusta tanı kriterleri.....11

RESİMLER

Resim

Sayfa

Resim 2.1 Alt ekstremitelerde yaygın ekskoryasyonlar.....	12
---	----

KISALTMALAR

ICD	: International Classification of Disease
FPG	: Fransız Psikodermatoloji Grubu
DSM	: Diagnostic Statistical Manual
OKH	: Obsesif Kompulsif Hastalık

GİRİŞ

Nesnenin, benliğin ve ilk tasarımların oluşması için deri deriye temasın ve ya dokunmanın önemi bilinmektedir. Deriyle ilgili düşlemler deriyle ilişkide olan ona bakan, ona dokunan, onu okşayan ve ona şiddet uygulayan bir nesneyi gündeme getirmektedir. Bebek ve nesne ilk zamanlarda bir bütündür ve ortak bir kimliğe sahiptir. Deriyle ilgili gelişen olaylar anne ile temas bölümünün sadece bir bölümünü oluşturur, bu deneyimlerin tamamı ise, benliğin ve nesnenin yapılanmasına ve farklılaşmasına katkıda bulunur (Szwec, 2008).

Pruritus birçok deri hastalığının önemli bir bulgusu olmakla beraber altında farklı etiyolojilerin bulunduğu bir semptomdur (Desai vd., 2008) (Özcan, 2005). Aynı zamanda pruritus, aynı embriyonik nöroektodermin farklılaşmasından oluşan beyin ve cilt arasındaki karmaşık bağlantıyı ortaya koyan da bir bulgudur (Tey, Wallengren ve Yosipovitch, 2013).

Altında hiçbir organik nedenin bulunmadığı, psikojenik faktörlerle tetiklenen şiddeti artan ve kronik bir hal alan kaşıntılar “psikojenik pruritus” olarak adlandırılır (Altunay ve Köşlü, 2008).

Hastalığın klinik tablosunda, kaşıntı ellerin ulaşabildiği her yerde görülür ve özellikle kol ve bacakların dış yüzeyleri, yüz ve saçlı deri üzerinde yoğunlaşır. Önemli bir tanısal ipucu ellerin ulaşamadığı sırt ortası gibi bölgelerde ekskoryasyonların görülmemesidir. Ekskoryasyonların yanında erozyonlar, nodüller, renk değişimi hatta skarlar görülebileceği gibi herhangi bir lezyona rastlanmayabilir. Kaşıntılar paroksizmal ataklar halinde gelir ve emosyonel durumla yakından ilgilidir (Altunay ve Köşlü, 2008).

Son dönemde Fransız Psikodermatoloji Grubu (FPG) tarafından yapılan çalışmalar psikojenik pruritus için “fonksiyonel kaşıntı” terimini kullanmanın daha doğru olduğunu öne sürerek, hastalığın temelinde içsel psikolojik çatışmaların bulunma olasılığına dikkat çekmiştir (Misery, 2008).

Anzieu çalışmalarında annenin bedeni ve derisiyle temasta eskiden yaşanan eksiklik ya da annelik bakımları aracılığıyla derinin aşırı uyarılmasının deri hastalıklarının oluşumundaki rolüne vurgu yapar. Anzieu’ya göre, kaşıntı bebeklik

sırasında anne ve aile ortamında yumuşak, sıcak, güçlü, yatıştırıcı ve anlamlı temaslara karşılaşamamış olan deriye dikkat çekmenin bir biçimidir. Yineleyen kaşıntı atakları, acıları ve geri dönen öfkeleriyle birlikte eski düş kırıklıklarını deri “dil”in birincil biçimi altında yeniden canlandırır. Kaşıntı aracılığıyla, üstderinin irritasyonu ile zihinsel irritasyon birbirine karışır. Bunun sonucunda, acı ve nefret katlanılır hale gelerek, hoşnutsuzluk hazzı dönüşür (Anzieu, 2008).

Kaşınma, anksiyeteden kurtulmayı ve rahatlamayı sağlar. Ancak kaşıntı anksiyetenin eşiti olduğu kadar düşmanca duyguların da temsili olarak ortaya çıkıyor olabilir ve kaşıma ile açığa çıkan agresyon, bir dereceye kadar kendini cezalandırmayı temsil etse de daha derinlerde, deriye yansımış olan dış bir nesneyi cezalandırmayı temsil etmesi daha olasıdır (Schur, 1955).

Schur (1955) pruritusun egonun regresif durumlarında ortaya çıktığını ve bu durumlarda derinin tıpkı bir nörotransmitter gibi çalışarak düşüncenin ilkel/arkaik (primitive) sembollerini söyleme ve eyleme geçirdiğini belirtir. Bu regresyon sürecinde, kendilik ve nesne arasındaki ayrışmalar oldukça belirsiz olabilir ve deri kendiliğin bir parçası olduğu kadar dış nesnenin de bir parçası gibi davranır (Schur, 1955).

Tıbbi literatürde sık sık psikojenik pruritusa eşlik eden psikolojik faktörler üzerinde durulmuştur. Bu alanda yapılan pek çok çalışmada depresyon, anksiyete bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk ve kişilik bozukluklarının psikojenik pruritusla olan birliktelikleri ortaya konmuştur. Bu çalışmalar, hastaların yaşadığı ruhsal sıkıntıya ayna tutar nitelikte olsa da bu hastaların ruhsal dünyalarına ilişkin bir bilgi sunmamaktadır.

Hastalığın etyolojisinin tam olarak bilinmemesi ve psikolojik faktörlerle yakından ilişkili olması hastalığı ortaya çıkaran zihinsel süreçlerle beraber ruhsal faktörleri de düşündürmektedir. Psikanalitik literatürde deri hastalıklarının oluşumunda 0–1 yaş aralığının öneminin altı çizilmektedir. Bu durum bebeğin ilk temasta bulunduğu ve ona bakım veren kişi -ki bu genellikle annedir-ile kurduğu ilişkinin niteliğini ve öneminin hastalığın oluşumundaki rolünü akla getirmektedir.

Bu tez çalışmasında, psikojenik pruritus tanısı almış hastaların ruhsal dünyalarının, psikanalitik yönelimli öngörüşmeler ve projektif bir test olan

Rorschach Test aracılığıyla incelenmesi amaçlanmıştır. Her iki yöntemle bu hastaların ilk nesneyle kurdukları ilişkiye, deri-benlik yapılanmalarına ve ruhsal işleyişlerine ait bilgi edinilmesi hedeflenmiştir. Elde edilen bulgular ise psikosomatik ve psikanalitik kuram çerçevesinde tartışılmıştır.

Yapılan bu çalışmanın, psikojenik pruritus hastalarının ruhsal işleyişlerini anlama konusuna yeni bir pencere açacağı düşünülmüştür. Böylelikle psikojenik pruritusun salt bir deri hastalığı olarak değerlendirilerek gereksiz tetkik ve tedavi maliyetlerinin önüne geçilebileceği ve planlanan tedavilerde bu hastaların ruhsal işleyişlerinin göz önünde bulundurulmasının tedavilerin etkinliğini arttıracığı umulmaktadır. Son olarak çalışmanın, projektif yöntemlerin bu hastalarla çalışan klinisyenlere, zengin ve değerli bilgiler sunmadaki rolünün anlaşılmasına yardımcı olacağı değerlendirilmektedir.

1. PRURİTUSUN TANIMI ve AÇIKLANMASI

Kaşıntı ya da pruritus, insanları oldukça rahatsız eden ve yaşam kalitesini bozan, kaşıma arzusu yaratan hoş gitmeyen bir duyum olarak algılanır ve dermatolojik hastalıkların en sık saptanan semptomudur (Altunay ve Köşlü, 2008) (Türköz, 2011) (Karaca, Erkan ve Terzili, 2011).

M.Ö. 460-337’de ilk olarak Hipokrat pruritus vulva, senil pruritus ve prurigodan bahsetmiş, pruritus ise ilk olarak 1660 yılında Alman doktor Samuel Hafenreffer tarafından kaşınmaya yol açan hoş olmayan bir duygu olarak tanımlanmıştır (Karaca, Erkan ve Terzili, 2011) (Misery, Alexandre ve Dutray, 2007).

Kaşıntı genellikle, hafif uyaranlara karşı geliştirilen bir cevap ve ağrının hafif bir şekli olarak tanımlansa da, halen kaşıntı hakkındaki bilgiler kaşıntının etyolojisini açıklayacak düzeyde değildir. Ağrı uyarandan kaçınmayı sağlarken, kaşıntı ise kaşınma refleksine yol açmaktadır. Kaşıntı ile kan dolaşımının hızlanması ve dokunun enfeksiyona karşı hazır hale getirilmesi kaşıntının bir savunma mekanizması olduğunu düşündürmektedir (Şenol,2011). Kaşıntı, tıpkı ağrı gibi acıyı temsil etse de deriyi çizme bireyde zaman zaman bir haz duygusu yaratır (Misery, Alexandre ve Dutray, 2007).

Kaşıntı bir hastalık değil pek çok durumda ortaya çıkabilen bir belirtidir ve eğer potansiyel deriyi olarak zararlı ajanı ortadan kaldırmaya yönelik ise fizyolojik, deri hastalığı, sistemik hastalık, ilaçlar veya ruhsal nedenlere bağlı ise patolojiktir (Altunay ve Köşlü, 2008). Bir çok deri hastalığının önemli bir bulgusu olan kaşıntı, altında farklı etyolojilerin bulunduğu bir semptomdur ve birçok dermatolojik hastalığın yanı sıra, sistemik, dahili ve nöropsikiyatrik hastalığın önemli bir bulgusu olarak da ortaya çıkabilmektedir (Desai vd., 2008) (Arıcan, 2005). Kaşıntı spesifik olmaktan çok belirli bazı yollar aracılığıyla tarif edilmiş ve bazı çalışmalarda kaşıntı esnasında beyindeki duyusal, motor ve duygusal alanların aktive olduğu görülmüştür (Misery, Alexandre ve Dutray, 2007).

Etkenin ortadan kaldırılmasıyla gerileyen ve kısa süren, kaşıntılara “akut kaşıntı”, 6 haftadan uzun süren kişisel ve sosyal hayatı olumsuz etkileyen kaşıntılara “kronik kaşıntı” denir. Akut kaşıntı ağrı gibi koruyucu bir işleve sahiptir ancak

kaşıntının kronik süregelen bir hal alması, yarattığı sıkıntı ve rahatsızlık nedeni ile özel tedaviler gerektirmektedir (Altunay ve Köşlü, 2008) (Şenol, 2011).

1.1. Kaşıntının Patofizyolojisi ve Tipleri

Kaşıntı hızlı adapte olan, dermoepidermal bileşkeye yakın, mekanoreseptif serbest sinir sonlanmaları ile taşınır (Ekinci, Köse ve Çay, 2011). Kaşıntı reseptörleri polimodal C nosiseptörler sınıfından olup, miyelinsizdir. Kaşıntının deride hissedildiği yerler, genellikle serbest sinir sonlanmalarının deride yoğunlaştığı yerlerdir (Önder vd., 2008). Miyelinsiz C sinir lifleri ile taşınan kaşıntı duyusu, dorsal kök ganglionundan karşı taraftaki anterolateral spinotalamus trakta, oradan da talamustaki posterolateral talamik çekirdeğe iletilir. Talamustan sonra internal kapsüle ve oradan da somatosensör kortekse ulaşır (Önder vd., 2008). Somatosensör alana taşınan kaşıntı duyusu aynı zamanda girus presentralisteki premotor sahaya gelir. Kaşıntı duyusuna karşı vücut kaslarını harekete geçirir ve kaşıntıyı başlatır (Önder, Tüzün ve Gürer, 2008).

Ancak tek bir mekanizma ile kaşıntının etyolojisini aydınlatmak mümkün değildir (Moses, 2003). Kaşınma patofizyolojisinde çok sayıda etken bulunmaktadır. Lokal ve merkezi mekanizmaların daha iyi anlaşılmasıyla kaşıntının tedavisinde yeni yöntemler gelişebilecektir (Yıldız, 2011).

Kaşıntı orjinine göre 4 ana başlık altında toplanabilir:

1. Pruritoseptif Kaşıntı: Serbest sinir sonlarındaki C-liflerinin bir ya da daha fazla pruritogen tarafından uyarılması ile oluşan deride inflamasyon, kuruluk ya da diğer lokal hasarlar ortaya çıkaran ürtiker, ekzema ve skabiyes gibi deri kaynaklı kaşıntılardır (Arıcan, 2005).

2. Nöropatik kaşıntı: Afferent kaşıntı yolunun herhangi bir noktasındaki hastalıklara bağlı kaşıntıdır. Zona, multipl skleroz ve beyin tümörü gibi hastalıklarda ilk belirti olarak çıkabilir (Twycross vd., 2003).

3. Nörojenik kaşıntı: Kolestatik kaşıntı gibi, nöral bir patoloji olmadığı halde, opioid reseptörlerinin uyarılması ile oluşan santral kökenli kaşıntıdır (Şenol, 2011) (Twycross vd., 2003).

4. Psikojenik kaşıntı: Organik nedenlerle açıklanamayan, psikojenik faktörlerle tetiklenen ya da şiddeti artan ve süregenlik kazanan somatoform kaşıntıdır (Altunay ve Köşlü,2008) (Harth vd., 2006).

1.2. Pruritusun Dermatolojik Nedenleri

Kaşıntıya neden olan başlıca dermatolojik hastalıklar şunlardır (Tablo1.1).

Tablo1.1. Kaşıntılı deri hastalıkları (Önder vd., 2008).

İnfestasyonlar	Uyuz Pediküloz Böcek ısırıkları
İnflamatuvar deri hastalıkları	Atopik dermatit Staz dermatiti İrritan/alerjik kontakt dermatit Liken simpleks kronikus Ürtiker Psoriasis Liken planus Parapsoriasis Prurigo nodularis Mastositoz Büllü hastalıklar (Dermatitis herpetiformis, Lineer IgA dermatozu, Büllöz pemfigoid) Polimorf ışık erupsiyonu Prurigo pigmentoza İlaç hipersensitivitesi
İnfeksiyöz hastalıklar	Mantar infeksiyonları Bakteriyel infeksiyonlar Viral infeksiyonlar
Neoplastik	Kutanöz T hücreli lenfoma
Kalıtsal veya konjenital deri hastalıkları	Darier hastalığı, Hailey Hailey hastalığı İnflamatuvar lineer verrüköz epidermal nevüs
Diğerleri	Kserozis, Senil pruritus, Anogenital pruritus Notaljiyapares tetika, Akuajenik pruritus, Liken amiloidoz

Kseroz: Yaşlılarda kaşıntının en sık sebebidir. Kuru kserotik deri, pürüzlü ve skuamlı deri yüzeyi ile karakterizedir (Norman, 2003).

Papüloskuamöz Hastalıklar: Psoriasis, liken planus, pitriyazis rubra pilaris gibi papüloskuamöz hastalıklara kaşıntı sıklıkla eşlik eder. Psoriasisli hastaların %80'i kaşıntıdan yakınır. Liken planusta görülen kaşıntı çok şiddetli olabilir (Moses, 2003).

Ürtiker: Histaminin ana mediyatör olduğu, kaşıntı ve kabarıklıklarla seyreden, papül ve plakların eşlik ettiği bir hastalıktır. Yanma ve batma şikâyetlerine yoğun kaşıntı eşlik eder (Önder vd., 2008).

Böcek Isırıklıkları: Kaşıntılı, ürtikeryal eritemli papüllerle karakterizedir. Kaşıntı geçici ya da yaygın olabilir (Önder vd., 2008).

Ekzemalar: Ekzemalar içinde kaşıntı özellikle atopik dermatitte önemli bir sorun olarak karşımıza çıkar. Atopik dermatitte en belirgin bulgular kutanöz reaksiyon ve şiddetli kaşıntıdır. Kaşıntı tüm gün boyunca olabildiği gibi özellikle geceleri hastanın uykusunu engelleyecek kadar kötüdür (Bender, 2002). Kaşıntıda hem pruritoseptif hem de psikojenik mekanizmalar etkilidir (Önder vd., 2008).

Liken Simpleks Kronikus (Nörodermatit): Sıklıkla erişkinlerde görülen ve şiddetli kaşıntı ile seyreden kronik bir hastalıktır. Deride kronik kaşıma ve sürtünmeye bağlı olarak gelişen hiperpigmentasyonlar ve likenifikasyonlar gözlenir (Önder vd., 2008).

İnfeksiyonlar ve İnfestasyonlar: Uyuz ve pedikülozda ise ana semptom olan kaşıntı.infeksiyon hastalıklarında genellikle eşlik eden bulgu olarak ortaya çıkar (Önder vd., 2008).

Liken Amiloidoz: Primer kutanöz amiloidozun bir formu olup çok şiddetli, lokalize kaşıntıya neden olur (Önder vd., 2008).

Prurigo Nodularis: Şiddetli kaşıntı ile seyreden papül ve nodüllerle karakterize kronik seyirli bir hastalıktır. Tutulmamış deri alanları normal olabilir ya da ekskoriasyonlar, likenifikasyon, postinflamatuvar pigmentasyon değişiklikleri izlenebilir (Önder vd., 2008).

Diğer kaşıntılı durumlar: Yara iyileşmesi sırasında kaşıntı gözlenir ve zaman içerisinde geriler. Keloid ve hipertrofik sikatrisli hastalarda kaşıntı, en önemli yakınmaların başında gelir. Yanık hastalarının %85’inde iyileşme döneminde kaşıntı vardır. Kaşıntı, dermatomiyozite sıklıkla eşlik eder. Büllöz hastalıklardan dermatitis herpetiformis, lineer IgA dermatozu ve büllöz pemfigoidde kaşıntı gözlenir. Derinin kutanöz T hücreli lenfomalarında, deri değişikliklerine kaşıntı eşlik eder (Önder vd., 2008).

1.3. Pruritusun Sistemik Nedenleri

Yapılan çalışmalarda, sistemik hastalıkların %70’ini psikiyatrik bozukluklar oluşturmaktadır ve jeneralize pruritusta %10–50 oranında, altta yatan sistemik hastalık vardır (Ferm, Sterner ve Wallengren, 2010). Bu tip pruritusta deri lezyonuna rastlanmaz ya da kaşınmaya bağlı ekskoriasyonlar veya likenifikasyon gibi sekonder deri değişiklikleri görülür (Özgöztaş ve Kayıran, 2011).

Sistemik kaşıntıya en sık kronik böbrek hastalıkları sebep olsa da hematolojik hastalıklar, kolestatik hastalıklar, endokrin hastalıkları (en sık hipertiroidi), postmenapozal pruritus, maliniteler, HIV enfeksiyonu, gebelik, senil pruritus, liken simpleks kronikus gibi psikosomatik hastalıklarda görülen psikojenik kaşıntı, notaljiya parestetika ve brakioradyal pruritus gibi hastalıklarda görülen nöropatik kaşıntı ve ilaçlar da sistemik kaşıntıya neden olabilir (Arıcan, 2004).

Tablo 1.2. Pruritusun önemli sistemik nedenleri (Atış, 2013).

Renal pruritus	Hipotiroidizm
Kolestatik pruritus	Diabetes mellitus
Hematolojik pruritus	Malignansilerde pruritus
Demir eksikliği anemisi	Hodgkin Lenfoma
Polisitemia vera	AIDS ve HIV enfeksiyonu
Endokrin pruritus	Hipertiroidizm

2. PSİKOJENİK PRURİTUS

2.1. Psikojenik Pruritus'un Tanımı

Hiçbir organik nedenin olmadığı ve etyolojik olarak herhangi sebebin saptanamadığı, psikojenik faktörlerle tetiklenen ya da şiddeti artan ve süreğenlik kazanan somatoform kaşıntılar psikojenik pruritus olarak adlandırılır (Altunay ve Köşlü, 2008). “Psikojenik pruritus” terimini ilk kez Herman Musaph, 1967 yılında kullanmıştır (Gieler, 2013).

Genel popülasyonda psikojenik pruritus insidansı tam olarak bilinmemekle birlikte, dermatoloji polikliniklerinde insidansının %2 civarında olduğu ve 30–45 yaş arası bayanlarda daha sık görüldüğü tahmin edilmektedir (Karaca, Erkan ve Terzili, 2011).

Hastanın kaygısının yüksek olduğu, hekimin de kaşıntıya neden olabilecek hiçbir neden bulamadığı durumlarda psikojenik pruritus terimi “idiopatik pruritus” terimiyle sık sık karıştırılır (Misery, 2008). Hematolojik, metabolik, neoplazik ve nöropsikiyatrik hastalıklarda da birincil deri hastalıklarında olduğu gibi klinik tablo bazen sadece kaşıntı şeklinde ortaya çıkabilmektedir. Bu nedenle, gerek organik kökenli gerekse birincil deri hastalığına bağlı pruritus, psikojenik faktörlerle bir araya gelebilir. Bu durumda psikojenik pruritus bir deri hastalığı gibi algılanıp gereksiz tetkik ve tedavi maliyetleri ortaya çıkabilir ya da deri veya sistemik hastalıklarla birlikte olan ikincil kaşıntının psikojenik pruritus gibi algılanıp yetersiz ve yanlış tedavisi söz konusu olabilir. Bu nedenle psikojenik pruritus tablosunun iyi bilinmesi ve tanınması gerekmektedir (Altunay ve Köşlü, 2008).

2.2. Psikojenik Pruritusun Genel Pruritus Sınıflamalarındaki Yeri ve Tanı Kriterleri

Twycross ve ark. (2003), pruritusu pruritoseptif kaşıntı (skabies ve ürtiker gibi deri hastalıklarına bağlı), nöropatik pruritus (brakioradial pruritus ve beyin tümörü gibi nöroanatomik patolojiye bağlı), psikojenik pruritus (nörotik eksskoriyasyon, delüzyonal parazitozdaki parazitofobiye bağlı) ve nörojenik pruritus (nörokimyasal aktiviteye bağlı üremik ya da kolestatik kaşıntı) olarak farklı gruplarda toplamıştır (Twycross vd., 2003).

2003'te Amerikan Dermatoloji Akademisi'nin yıllık toplantısındaki kaşıntı sempozyumunda, psikojenik pruritus, saf psikolojik ya da saf psikiyatrik kaşıntılar sınıflamasında yer almış, Bernhard önerilen sınıflamanın bazı düzeltmelerle klinik uygulamada daha yararlı olacağını belirtmiştir (Bernhard, 2004).

Son olarak 2007'de Uluslararası Kaşıntı Çalışma Grubu yeni bir sınıflama önermiştir (Stander vd., 2007). Buna göre pruritus, 1- hastalıklı deride ortaya çıkan, 2-hastaliksız deride ortaya çıkan, 3-ciddi ikincil kaşıntıya yol açan durumlar olarak üç ana grupta incelenmektedir. Psikojenik pruritus bu sınıflamaya göre ikinci gruba girmektedir. Bu tür sınıflamaların bilinmesi, klinikte psikojenik pruritusun diğer kaşıntı türlerinden ayırt edilmesi ya da somatik nedenlerin dışlanması açısından önemlidir (Altunay ve Köşlü, 2008).

Psikojenik pruritus, Dünya Sağlık Örgütü tarafından yayınlanan ICD-10'da (International Classification of Disease) spesifik olarak yer almamakta, sadece pruritus; "diğer somatoform bozukluklar (F45.8)" tanısı altında dismenore, disfaji, psikojenik boyun tutulması ve bruksisizmle birlikte nevrotik bozukluklar, stresle bağlantılı bozukluklar ve somatoform bozukluklar adı altında geniş bir kategoride sınıflandırılmıştır (Misery, 2008). Somatoform bozukluklar ICD-10'a göre organik temeli olmayan ve yineleyen tıbbi araştırmalarda hiçbir etyoloji saptanamayan tekrarlayan fiziksel semptomlarla karakterize bozukluklardır (Harth vd., 2006).

Psikiyatride tanıları kodlayan DSM IV'te (Diagnostic Statistical Manual, Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı) psikojenik pruritus açık olarak tanımlamamakta, "Farklılaşmamış somatoform bozukluklar (300.81)", "Psikolojik faktörlerle bağlantılı ağrı bozuklukları (307.80)", "Tanımlanamayan somatoform bozukluklar (300.82)" ve "konversiyon bozuklukları (300.11)" kategorileri altında yer almaktadır (Misery, 2008).

Son dönemde dermatolog, psikiyatrist ve psikologlardan oluşan FPG, psikojenik pruritus için "fonksiyonel kaşıntı" terimini kullanmanın daha doğru olduğunu öne sürmüştür. FPG' ye göre, fonksiyonel kaşıntının altında ne somatik ne de psikiyatrik bir temel vardır, buna rağmen temelinde içsel psikolojik çatışmaların bulunması olasıdır (Misery, 2008).

Bu tanımlamadan sonra, FPG 2007 yılında “fonksiyonel pruritusun” tanı kriterlerini açıklamıştır. Üç zorunlu, yedi yardımcı kriteri kapsayan bu kriterlere göre, psikojenik pruritus tanısını koyabilmek için toplam altı kriter mevcut olmalıdır (Tablo 2.1) (Misery, Alexandre ve Dutray, 2007).

Tablo 2. 1. Psikojenik pruritusta tanı kriterleri (Misery, Alexandre ve Dutray, 2007).

A- Zorunlu kriterler
1-Lokelize veya jeneralize, sine materia (primer deri lezyonu olmaksızın)
2-Altı (6) haftadan uzun süren kronik kaşıntı
3-Somatik bir nedenin olmayışı
B-Yardımcı kriterler
1-Kaşıntının psikolojik etkilere yol açan bir veya birkaç yaşam olayı ile kronolojik ilişkisi
2-Stresle kaşıntı şiddetinin değişmesi
3-Gece uykusunun bozulması
4-Dinlenme sırasında kaşıntının belirgin olması
5-Diğer psikojenik bozukluklarla birliktelik
6-Psikotrop ilaçlara olumlu yanıt
7-Psikoterapilere olumlu yanıt

2.3. Psikojenik Pruritusun Klinik Özellikleri

Kaşımaya bağlı deri değişiklikleri daha çok elin ulaşabileceği yerlerdedir. Karın, bacakların ekstansör yüzleri, kasıklar, sırtın ve omuzun üst bölgeleri ve yüzde gözlenir (Şekil 2.1). Hastalar, kazıma, oyma, kanatma gibi işlemlerle kaşıntılarının rahatladığını ifade ederler. Kaşıntı, hiçbir deri lezyonu olmadan da görülebilir (Karaca, Erkan ve Terzili, 2011).



Resim 2.1 Alt ekstremitelerde yaygın ekskoryasyonlar.

2.4. Psikojenik Pruritusun Klinik Tipleri

Psikojenik pruritus klinikte nörotik/psikojenik ekskoryasyon, delüzyonel parazitoz ve kronik taktıl sanrı denilen ve kronik kaşıntı, yanma, batma duyuları ile giden bir tablo ile ortaya çıkar (Yosipovitch ve Samuel, 2008).

2.4.1.Nörotik/psikojenik ekskoryasyon

Psikojenik ekskoryasyon ile ilgili lezyonların açıklaması yaklaşık 100 yıl öncesine kadar uzanır (Fruensgaard, 1984). 1920’lerde Gupta nörotik ekskoryasyonu, kaşıntıya bir yanıt olarak gelişen yineleyici deriyi kaşıma, koparma, oyma davranışı olarak tanımlamıştır (Walling ve Swick, 2007). Psikolojik faktörlerle bağlantılı dermatozlar arasında önemli bir yere sahip olan (psikojenik ekskoryasyon), sağlıklı

deriyi çizme, toplama, oyma ya da sıkma için yoğun bir dürtü ile karakterizedir (Çalıkları vd., 2003).

Toplumdaki insidansı tam olarak bilinmese de %2 civarında olduğu tahmin edilmekte, kadınlarda ve orta yaşlarda daha fazla görüldüğü bildirilmektedir. İleri yaşlarda kaşıntı daha inatçı olmaya eğilimlidir. Ellerin ulaşabildiğı her yerde görülür, kaşıntı özellikle kol ve bacakların dış yüzeyleri, yüz ve saçlı deride yoğunlaşır. Önemli bir tanısıal ipucu, ellerin ulaşamadığı sırt ortası gibi bölgelerde ekskoryasyonların görülmemesidir. Hiç lezyon olmayabilir ya da ekskoryasyon yanında erozyonlar, nodüller, renk değışimi, hatta skarlar görülebilir. Paroksizmal ataklar halinde gelen kaşıntılar vardır ve bu ataklar emosyonel durumla yakından ilgilidir. Sıklıkla dinlenme anlarında ataklar daha sık gelir, ancak dikkatin başka konulara çevrildiğı anlarda atakların sıklığı da azalır. Hastanın uyku düzeninde ciddi bir değışikliğe neden olmaz (Altunay ve Köşlü, 2008).

2.4.2. Delüzyonel Parazitoz

Delüzyonel parazitoz, tıbbi bir bulgu olmaksızın kişinin parazit ya da yaşayan küçük yaratıklar tarafından enfekte olduğuna inandığı bir hastalıktır (Lepping ve Freudenmann, 2008). Dermatolojide psikojenik pruritus başlığı altında incelenen özel bir tablodur. İlk olarak Fransız dermatolog Thieberge tarafından “akarofobi” olarak 1894 yılında tanımlanmıştır. Delüzyonel parazitoz terimi ise ilk olarak 1946 yılında Wilson ve Miller tarafından kullanılmış ve sendromun şizofreni, melankoli, demans, toksik psikoz ve ağır psikonevrozlarla birlikte bulunabileceğı vurgulanmıştır (Karakuş, 2010).

Delüzyonel parazitoz hastaları genellikle dermatoloji, dâhiliye, plastik cerrahi veya entomoloji polikliniklerine başvurumaktadırlar (Huber vd., 2007). Bu yaygın başvuru çeşitliliğı nedeni ile prevalansını hesaplamak oldukça zordur. Delüzyonel parazitoz prevalansının psikiyatri kliniğine başvuran her 1000 hastada 3’ ten az olduğı; her bir milyon nüfus için 40 hasta olduğı tahmin edilmektedir. Dermatoloji ve psikiyatri araştırmalarında bu oranlar değışkenlik göstermektedir. Kadınlardan erkeklerden daha fazla etkilenmektedir ve 50 yaş altında kadın/erkek oranı 2:1 iken; 50 yaş üzerinde bu oran 3:1 dir (Karakuş, 2010).

Delüzyonel parazitozun yavaş ve sinsi başladığı söylenmekle birlikte bazen akut başlangıç da olabilmektedir. Hastalar organizmaların deride çoğaldığını, dolaştığını ve bazen de deriden dışarı çıktığını anlatırlar. Bazı hastalar da deriden yoldukları ufak parçaları biriktirip doktora getirirler ve buna kibrit kutusu belirtisi (match box sign) adı verilir (Mercan vd., 2005). Hastalar sıklıkla ciltlerinin altında ya da içinde hayvan varlığına bağlanan bir kaşıntı yaşarlar ve bu durumdan kurtulmak için cildi kazıma, dezenfektanlarla temizleme ve pestisitleri kullanma gibi cildi kurutarak daha çok kaşınmasına neden olan yöntemlere başvururlar (Lepping ve Freudenmann, 2008).

DSM-IV'e göre ise somatik tipte bir sanrısız bozukluk olarak kabul gören delüzyonel parazitoz, etyolojik faktöre göre birincil veya ikincil olarak sınıflandırılabilir. Birincil durumda hastalık aniden ortaya çıkar. Altta yatan başka bir hastalık yoktur. İkincil durumda ise, semptomlar genel tıbbi, nörolojik ve psikiyatrik hastalıklara bağlı olarak ortaya çıkar. İkincil grup fonksiyonel (işlevsel) ve organik olarak ikiye ayrılabilir. İşlevsel olan psikiyatrik hastalığa; organik olan ise fiziksel hastalığa ikincil gelişen tipi tanımlamak için kullanılır (Karakuş, 2010).

2.4.3.Kronik taktıl sanrı

Kronik kaşıntı, yanma, batma duyuları ile giden bir tablo ile karakterizedir. Dermatoloji hastalarında nadir görülen saf psikiyatrik bir duyum bozukluğudur (Altunay ve Köşlü, 2008).

2.5. Psikojenik Pruritusun Alt Tipleri

2.5.1. Kompulsif Tip

Deri ekskoryasyonu, anksiyeteyi ya da kötü bir durumun ortaya çıkmasını önlemek için ortaya çıkmıştır ve/veya bir obsesyon tarafından tetiklenmiştir. Kaşıma tamamen bilinçlidir ve hastalar kaşıntı hissine karşı koymak için belli bir direnç gösterirler. Örnek: Delüzyonel parazitoz, nörotik ekskoryasyon ve kutanöz komplikasyonlar.

2.5.2. İmpulsif Tip

Aurasal, memnuniyet hissine bağlı ve gerginliği azaltmaya yönelik ekskoryasyonlardır. Kaşıma eyleminde tam bir bilinç söz konusu değildir ve kaşıma eylemine karşı çok az bir direnç vardır. rnek: Depresyon kaynaklı kaşıntı, anksiyete kaynaklı kaşıntı, kronik taktıl halüsinasyon kaynaklı kaşıntı.

2.5.3. Mikst Tip

Deri ekskoryasyonunun hem impulsif hem de kompulsif kökeni vardır (Karaca, Erkan ve Terzili, 2011).

2.6. Psikojenik Pruritusun Psikiyatrik Komorbiditeleri

Kaşıntının altında organik bir sebebin saptanamadığı, psikojenik pruritus hastalığının etyolojisine yönelik yapılan çalışmaların literatürde yok denecek kadar az olmasına karşın, hastalığa eşlik eden psikiyatrik bozukluklara ilişkin çalışmaların oldukça fazla sayıda olduğu görülmektedir. Genellikle dermatoloji ve psikiyatri klinikleri tarafından yapılan bu çalışmalarda, hastalığa eşlik eden duygudurum bozuklukları üzerinde durulsa da, bu hastaların kişilik örgütlenmelerine ait bilgiler de bulunmaktadır.

Psikolojik faktörler ile bazı deri hastalıkları arasındaki ilişki pek çok araştırmacı tarafından gösterilmiştir (Eller, 1074). Dermatoloji polikliniğine başvuran hastaların en az üçte birinin tedavisinin başarılı olması, hastalıkta rol oynayan duygusal faktörlerin tanınmasına ve tedavi edilmesine bağlıdır (Wolff, 2008). Dermatoloji hastalarının %20-40'ının mevcut semptomlarını psikiyatrik ya da psikolojik faktörler belirlemekte ya da zorlaştırmaktadır (Popescu vd., 2011). Yapılan bir çalışmada dermatoloji polikliniğine kaşıntı şikâyeti ile başvuran 109 hastanın %70'inde altı psikiyatrik ya da psikosomatik tanının varlığı tespit edilmiş, yine bu hastaların %62'sinin psikiyatrik tedavi veya psikoterapi aldığı saptanmıştır (Schneider vd., 2006).

Pruritusun patogenezinde beynin oynadığı rolün gösterilmesi, her kaşıntı tipinde psikolojik faktörlerin etkili olabileceğini doğrulurken, bu durumun özellikle psikojenik pruritus için geçerli olduğunu göstermiştir (Misery, Alexandre ve Dutray, 2007).

Niemer ve ark. tarafından yapılan bir çalışma, sadece düşünmenin bile, kaşıntıya yol açtığını göstermiştir. Tüm bu veriler kaşınanın aslında deri değil, beyin olduğu gerçeğini gösteriyor olabilir (Misery, Alexandre ve Dutray, 2007).

Atopik dermatit, psoriasis gibi pruritik hastalıklarda kaşıntı şiddetinin hastalığın seviyesinden çok, psikolojik faktörlerin sorumluluğunu açıklamada yararlı olduğu düşünülür (Verhoeven vd., 2006 (Yosipovitch ve Samuel, 2008).

Kronik pruritusu olan pek çok hasta kaşınma hissine otomatik olarak kaşınma ile yanıt verir ve bu kaşıntı algısıyla beraber acı çekme duygusunu da arttırmaktadır. Kaşıma rahatsızlık hissini azaltmada acil bir yardım sağlarken iç gerilimi de azaltıyor olabilir. Bu kısır döngü kontrol kaybı ve çaresizlik algısı ile sonuçlanır ve bu algıya genellikle umutsuzluk ve suçluluk duyguları eşlik eder (Schneider, 2010).

Psikojenik pruritus ile stresli yaşam olayının başlangıç tarihleri arasında bir paralellik vardır. Psikiyatrik durum ve yaşanan psikolojik stres kaşıntıya olan duyarlılığı artırır ve kaşıntı eşiğini düşürür (Koblenzer, 1988).

Psikojenik pruritus, birçok psikiyatrik bozuklukla bir arada görülebilir ve genellikle psikiyatrik bozuklukla eş zamanlı olarak ortaya çıkar. Depresyon, anksiyete, obsesif kompulsif hastalık, somatoform bozukluklar, mani, psikoz ve madde bağımlılığı en sık bir arada görüldüğü bozukluklardır. Özellikle depresyon, anksiyete ve obsesif kompulsif hastalık psikojenik kaşıntı ile birliktelik gösteren en yaygın psikiyatrik bozukluklardır (Altunay ve Köşlü, 2008) (Lapsekili vd., 2010).

Depresyon belirtileri dermatoloji hastalarında her zaman klasik depresyon tablosu içinde ortaya çıkmaz. Hastaların yakınmaları sadece anksiyete belirtileri, sinirlilik, kaşınma, ufak deri lezyonlarına takılma şeklinde belirebilir ve hastanın durumuna dair içgörüsü olmayabilir. Hastalar deri hastalığına bağlı olarak suçluluk ve değersizlik duyguları geliştirebilir (Gupta ve Gupta, 2003).

Kaşıntı, bu hastalarda sıklıkla depresyonun dolaylı bir belirtisi ve baskılanmış ruhsal çatışmaların fiziksel bir yansıması olarak ortaya çıkmaktadır. Anksiyete de tek başına ya da depresyonla eşzamanlı olarak psikojenik pruritus nedeni olabilir (Altunay ve Köşlü, 2008) (Çalikuşu vd., 2003) (Yosipovitch ve Samuel, 2008).

Mutasim ve Adams tarafından psikojenik ekskoryasyon tanısı almış 50 hasta ile yürütülen bir çalışmada, bu hastaların psikotrop ilaç kullanımı, depresyon ve bipolar bozukluk hikâyeleri ile kontrol grubundan anlamlı olarak farklılık gösterdiği bulunmuştur. Aynı çalışmada psikojenik ekskoryasyonun alkolizm hariç diğer psikiyatrik bozukluklar ve ailesel öykü ile bağlantılı olmadığı saptanmıştır (Mutasim ve Adams, 2009).

Kronik kaşıntısı olan hastalarla yaptıkları bir çalışmada Goon ve ark. bu hastaların %55'inde sinirlilik, %35'inde konsantrasyon güçlüğü, %15'inde depresyon, %15'inde anksiyete tespit etmişlerdir (Goon vd., 2007).

Obsesif kompulsif hastalık (OKH) psikojenik pruritusla sıklıkla eşlik eden bir bozukluktur (Yosipovitch ve Samuel, 2008). OKH' de anksiyete ve gerginlik takıntılı ve tekrarlayıcı bir deri kaşıma ve koparma duygusu yaratmaktadır. Hasta dürtüsel bir şekilde derisini ovalar, kaşır ve koparır. Kaşınan deri ya normal bir deri alanı ya da küçük bir akne, ısırık bölgesidir. Böylece deri üzerinde ülserler, skarlar dahi görülebilir. Ancak bu tür bozuklukta kişi deriye zarar verdiğinin farkında bile olsa kaşınma dürtüsünü kontrol edemez. Ruhsal gerginlik kaşıma yoluyla rahatlatılır. Hastaların % 33–98'inde öyküde bir psikososyal stres vardır ve bu duruma depresyon da eşlik edebilir (Gupta, Gupta ve Haberman, 1987).

Çalikuşu ve ark. ise, psikojenik ekskoryasyon tanısı almış hastaları kronik ürtiker hastalığı olan grupla çeşitli psikolojik ölçekleri kullanarak karşılaştırmışlar ve psikojenik ekskoryasyon hastalığı bulunan grubun, obsesyon ve majör depresyon puanlarının diğer gruba göre oldukça yüksek olduğunu görmüşlerdir. (Çalikuşu vd., 2003).

Zachariae ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada ise, kaşıntı şiddeti, psikiyatrik bulgular ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelenmiştir. Çalışmanın sonunda kadınlardaki kaşıntının şiddetinin, depresif ve anksiyöz semptomlar ile somatik bulguların daha fazla olduğu bulunmuştur (Zachariae vd., 2012).

Sheehan-Dare ve ark. generalize prurituslu hastalardaki depresyon sıklığının, kontrol grubuna göre daha yüksek olduğunu saptamışlardır (Sheehan-Dare, Henderson ve Cotterill, 1990).

Dieris-Hirche ve ark. da idyopatik generalize pruritus hastalıkları ile yürüttükleri çalışmanın bulguları literatürle benzer sonuçlara sahiptir. Araştırmacılar bu hastaların depresyon puanlarının kontrol grubuna oranla daha yüksek olduğunu belirtmektedirler (Dieris-Hirche vd., 2009).

Başka bir çalışmada ise, bu hastaların depresyon ve anksiyete puanlarının yanında intihar eğilimlerinin de yüksek olduğu saptanmıştır (King ve Wilson, 1991).

Kaşıntı şikâyeti ile dermatoloji kliniğine başvuran 109 hastanın incelendiği bir araştırmada ise bu hastaların %70'inde 6 farklı psikiyatrik ya da psikosomatik hastalık tespit edilmiş ve bu hastaların %62'sinin psikiyatrik ve ya psikoterapötik tedavi aldığı belirlenmiştir (Schneider vd., 2006).

Depresyon, anksiyete ve OKH dışında psikojenik kaşıntıyla birlikte olabilen diğer psikiyatrik bozukluklar vücut dismorfik bozukluğu, trikotillomani, kleptomani, sınır kişilik bozukluğu ve hatta şizofrenidir (Yosipovitch ve Samuel, 2008).

Delüzyonel parazitoz ya da psikojenik parazitoz, tümüyle psikiyatrik bir problem olsa da psikojenik pruritus başlığı altında incelenen bir tablodur. Hasta derisinin altında gezindiğine inandığı böcek veya mikroorganizmalardan kurtulmak için derisini sürekli kaşır ve koparır. Derideki değişiklikler “monosemptomatik hipokondriyak psikoz” adı verilen anormal psikopatolojiye ikincil olarak gelişir. Hastalar sıklıkla insomniadan yakınırırlar. Psikozun yanı sıra OKH, depresyon ve anksiyete gibi psikopatolojiler de eşlik edebilir.

Özetle psikanalitik ve psikosomatik literatür dışındaki literatür incelendiğinde, hastalığın ortaya çıkmasına neden olan faktörlerden çok, hastalığa eşlik eden psikolojik ve psikiyatrik bozukluklara odaklanıldığı görülmektedir. Hastaların hastalık oluşumundan sonraki duygulanımlarının ele alındığı bu çalışmalar, hastaların yaşadığı ruhsal sıkıntıyı destekler nitelikte olsa da, arka plandaki ruhsal işleyiş dair bir bilgi sunmamaktadır.

2.7. Psikojenik Prurituslu Hastanın Değerlendirilmesi

Psikojenik kaşıntının değerlendirilmesinde kaşıntının kökenin psikiyatrik, organik ya da her iki durumun kombinasyonu ile ortaya çıktığının belirlenmesi önemlidir. Bununla birlikte sistemik, dermatolojik ve nöropatik nedenler

dışlanmalıdır. İster lokal, ister generalize olsun, kaşıntı ile gelen bir hastada psikojenik etiketinin konması üç aşamadan geçer (Yosipovitch ve Samuel, 2008).

Ayrıntılı öykü: Genel sorgulamada alerjiler, kilo kaybı, halsizlik, ateş, meslek, hobiler, vb. gibi bilgiler alınır. Psikojenik pruritus için alınacak temel bilgiler, kaşıntının başlama zamanı, süresi, yoğunlaşma zamanları, kaşıntıyı başlatıcı, arttırıcı ya da yatıştırıcı etkiler, kaşınmanın öncesinde ya da kaşıma süreci esnasında ve sonrasındaki düşünceler, duygulardır. Uyku sorunları, önceki psikiyatrik durumlar ve ilaç kullanımları, intihar düşünceleri, depresyon, sorgulanması bu bölümdeki diğer ayrıntılardır. Kuşkulu durumlarda psikiyatrik değerlendirme ve psikiyatrik testlere ihtiyaç vardır.

Dermatolojik muayene: Ekskoryasyon, krut oluşumları, pigmentasyon değişiklikleri, ülserler, eritem, enfeksiyon bulguları aranır. Kaşıntı yaratabilen skabiyes, ürtiker, ekzema gibi birçok birincil deri hastalığı muayene ve yardımcı deri testleri aracılığıyla bu aşamada elenir. Brakioradial pruritus, notaljiya parestetika, beyin tümörü kaşıntıları ve multipl skleroz gibi sinir kompresyonu ve hasarı ile giden hastalıklara bağlı nöropatik ya da nörojenik kaşıntılar ile başka sistemik hastalıklara bağlı kaşıntıların da bu tanısal evrede kısmen elenmesi mümkündür (Altunay ve Köşlü, 2008) (Yosipovitch ve Samuel, 2008).

Laboratuvar tetkikleri: Özellikle belirtisiz giden ya da ekskoryasyonların az olduğu veya silik olduğu durumlarda altta yatan sistemik nedenlerin dışlanması amacıyla biyokimyasal tetkikler ve görüntüleme yöntemlerine başvurulabilir. Renal, hepatik hastalıklar, polisitemi vera, çeşitli metabolik bozukluklar, Hodgkin hastalığı ya da lösemilerin psikojenik gibi görünen kaşıntılarla karıştırılması mümkündür. Deri biyopsisi, sadece diğer deri hastalıklarını dışlamada yardımcıdır ve başka bir dermatozun varlığında uygulanabilir. Ancak laboratuvar testleri, anamnez ve fizik muayeneye dayandırılmalı ve geniş bir perspektiften uygulanmamalıdır (Altunay ve Köşlü, 2008).

2.8. Psikojenik Pruritusun Tedavisi

2.8.1. Dermatolojik Tedavi

Destekleyici olup, ikincil komplikasyonlardan kaçınmak ve hastaya güven sağlamak için gereklidir. Antihistaminikler ile yapılan standart tedaviler yararlı

olmaz. Ancak sedatif etkili olan birinci kuşak H1 antihistaminiklerden yarar sağlamak mümkün olabilir. İster topikal, ister sistemik olsun steroidler, psikojen kaşıntıda tam bir fayda sağlamaz. Kuruluk kaşıntıyı tetiklediği için deriyi nemlendirmek önemlidir. Krutlar ve eksüda varlığında enfeksiyon olasılığı göz önünde tutularak lokal ve sistemik antibiyotikler seçilmelidir. Aşırı ekskorye eden ve derisiyle oynayan hastalarda, bunu önlemek için kapatıcı örtüler kullanılabilir (Altunay ve Köşlü, 2008) (Yosipovitch ve Samuel, 2008).

2.8.2. Psikiyatrik Tedavi

İlaç tedavisi ve psikoterapi olmak üzere iki bölümde incelenebilir. İlaç tedavisinde antidepresan ve/veya anksiyolitik ajanlar ve antipsikotiklerden oluşan grup kullanılır.

İç görü odaklı psikoterapi ve psikanaliz özellikle yaşam kalitesinin ciddi olarak bozulduğu ve dermatolojik ve psikofarmakolojik tedaviye kolay yanıt vermeyen genç hastalarda yararlı olabilmektedir (Altunay ve Köşlü, 2008).

3. PSİKANALİTİK KURAMA GÖRE DERİ HASTALIKLARI

3.1. Psikanalitik Kuramda Deri

Deri duyumları, insan yavrusunun algı-bilinç sistemini uyandıran ancak hala dağınık olan, bütünsel ve kesintili bir varoluş duygusunun temelini oluşturan, kökensel bir ruhsal uzay olanağı sunan zengin ve karmaşık bir evren sunar (Anzieu, 2008).

Deri tüm diğer duyu organlarından daha ağırdır (yeni doğanda vücut ağırlığının%20'sini; erişkinde %18'ini) ve tüm duyu organlarından daha geniş bir yüzeyi işgal eder (yeni doğanda 2500 cm², erişkinde yaklaşık 18000cm²) (Anzieu, 2008).

Deri; duygusal uyarılara yanıt verme, öfke, korku, utanç ve kızgınlık gibi duyguları ifade etme, kişinin kendilik algısı ve özgüvenini sağlama ile bebeklikten başlayarak yetişkinliğe kadar olan sosyalleşme sürecinde oldukça önemli bir rol üstlenir (Koblenzer, 1983). Solma, beyazlama gibi belirtilerle üzüntü veya hastalıklar

deri aracılığıyla dışa vurulurken, yüz kızarması ile heyecan, utanma veya kızgınlık gibi duygularda deriye yansıyabilmektedir (Aydemir, 2002).

Fernández'e göre, hem yapısal hem de biçimsel özelliği itibarıyla kayıt yeteneğine sahip yaşamsal bir duyu organı olan deri, sosyal hayat içinde birden fazla anlama gebedir. Dolayısıyla görünüm kendilik tasarımına hizmet ederken görünümdeki değişiklikler kendilik tasarımındaki değişikliklerden de sorumludur (Ulnik, 2008).

Bir insanın derisi, dışarıdan bir gözlemciye, yaşa, cinsiyete, etnik kökene, kişisel tarihe, vb. göre değişkenlik gösteren ve tıpkı deriyi örten kimliğin belirlenmesini kolaylaştıran ya da karmaşık hale getiren ayırt edici özellikler sunar (Anzieu, 2008).

Yapısı ve işlevleriyle deri, farklı organların oluşturduğu bir bütündür ve bir organdan fazla bir şeydir. Derinin anatomik, fizyolojik ve kültürel karmaşıklığı, egonun (benin) ruhsal karmaşıklığını organizma düzeyinde önceler (Anzieu, 2008).

Deri, iç ortamımızın dengesini dışsal rahatsızlıklardan korur ama bu rahatsızlıkların damgalarını, biçiminde, dokusunda, renklenmesinde ve yara izlerinde saklar. Deri tarafından korunduğu varsayılan bu içsel durum yine deri tarafından dışa vurulur ve başkalarının gözünde iyi ya da kötü durumdaki organik sağlığımızın bir yansıması ve ruhumuzun aynası olur. Dış dünyadan gelen bilgileri beyne iletir, egonun (benin) bilinci olmaksızın “yoklamak” görevini yerine getirir. Narsisistik olduğu kadar, cinsel libido yatırımlarını da çağırır ve haz verdiği kadar, acı da vericidir (Anzieu, 2008).

3. 2. Deri Hastalıklarına Dair Psikanalitik Görüşler

3.2.1. Freud'un Çalışmalarında Deri ve Deri Hastalıkları

Freud organ hastalıklarını psikanalitik açıdan iki şekilde ele alır: İlk aşamada, narsisistik bir gerileme olarak hastalık somatik olarak ortaya çıkar. Somatik öznelerde nesnel libidinal kateks hasta organlar arasında dönen, düzenli işleyen bir mekanizmadır. İkinci aşamayı ise, Freud 1920'li yıllarda geliştirdiği dürtü kuramına temellendirir. Bu aşamada dürtüler çözülmeye (unbinding of the instinct) başlar ve

özne tekrar bunları toparlamadan yoksundur. Somatik fonksiyonlardaki bozulmaya neden olan bu süreç organik hastalığın ortaya çıkmasıyla sonuçlanır (Smadja, 2005).

Freud tarafından öne sürülen pek çok fikirde bedenin patolojik durumları ve psikopatolojik durumlar arasındaki paradoksal ve gizemli ilişki dikkat çeker. (Smadja, 2005).

Freud'un çalışmalarında deriden açık olarak bahsedilmese de, deriden köken alan dokunma dürtüsü ve bunun sonucunda oluşan kirlenme/bulaşma fantezilerinin üzerinde sıkça durulmuştur. Yine bu çalışmalarda deri ve kimlik arasındaki ilişkiye göndermeler yapılmış, son olarak da egonun sınır, alan, koruma ve algılama fonksiyonlarından bahsedilmiştir. Bu çerçevede Freud'un çalışmalarında deri ve derinin fonksiyonlarının şu başlıklar altında özetlenebilir:

- Erotik bir alan olarak deri
- Bilinçdışı ile bağlantılı deri ve fonksiyonları
- Dokunma dürtüsü ve bu dürtünün kaynağı olarak deri
- Kortikal bir alan olarak deri ve derinin sınır, alan, koruma ve algılama fonksiyonları
- Deri hastalıkları ve deri hastalıklarının psikik faktörlerle eklemlenerek yorumlanması (Ulnik, 2008).

Erotik bir alan olarak deri: “Cinsellik üzerine denemeler” (1905) çalışmasında Freud, deriyi mükemmel bir erotik alan “erotogenic zone par excellence” olarak tanımlar (Freud, 1905).

Histeri hastaları ile yaptığı psikanalitik çalışmalar bu fikre temel oluşturmuş, çocuk cinselliği konusunda yaptığı çalışmaların sonucunda ise deri erotik bir alan ve heyecanların ifade bulduğu yer olarak bir ayrıcalık kazanmıştır. Bu çalışmalarda Freud, derinin farklı dürtülerle uyarılabileceğini ya da bir takım cinsel uyarımların kaynağı olabileceğini keşfetmiştir (Ulnik, 2008).

Bu uyarımlar çocuğun tuvalet temizliği esnasında, mantar ve parazit durumlarında, güreş/boğuşma oyunlarında, bedenin ritmik-mekanik hareketleri sırasında, parmak emme davranışında, bedensel cezalarda ortaya çıkabilmektedir (Freud, 1905).

Freud’a göre (1883–1895) deriye yapılacak olan fiziksel bir temas ya da bu temasın düşüncesi bir travmatik anıyı canlandırır ve ardından histerik semptomlar ortaya çıkar (Freud, 1883-1895). Dokunma ya da bunun düşüncesi özellikle mukoz yapıdaki erotik alanları uyarır ve bu alanlar tıpkı genital organlar gibi davranarak cinsel uyarılma altında yeni heyecanların kaynağı haline gelirler (Ulnik,2008).

Freud’un ünlü vakası Schreber’de de deriye olan göndermelere rastlanır. Kendini kadına özgü olan yumuşak ve pürüzsüz bir deri içinde hisseden Schreber, derisine olan her temasta kadınsı fanteziler canlandırmakta, dolayısıyla deriye olan temas farklı cinsel kimliğe geçişi kolaylaştırmaktaydı (Strachey, 1958).

Bu durum özellikle deri hastalığı olan ve kadınların yaptığı gibi sürekli krem kullanmak zorunda olan erkekler ile deri hastalığını saklamak için kadınsı giysileri giymeyen maskülen bir giyim tarzını seçen kadınların durumunu anlamak için önemlidir. Örneğin psoriasis olan kadınlar lezyonları saklamak için sürekli pantolon, uzun kollu ve renksiz giysileri tercih edebilmektedirler (Ulnik,2008).

Bilinçdışı ile bağlantılı deri ve fonksiyonları: Freud’un derinin bilinçdışı ile ilişkili işlevlerine yaptığı göndermelere “totem ve tabu”, “rüyaların yorumu” ve fetişizmi anlattığı eserlerinde rastlanır (Ulnik,2008).

Freud, deri üzerindeki basit bir gıdıklamanın, çimdiklemenin veya sıcaklık hissinin yanı sıra, birine karşı duyulan yakınlaşma ve ayrılma duygusunun rüyalarda dönüştürülebileceği söyler ve deriye olan en küçük bir temasın bilinçdışında komple bir ayrılığın ya da zalimliğin eşiti olabileceğinden ya da sarılma, elde tutma (holding) ve nüfuz edici bir eylemi temsil edebileceğinden bahseder (Ulnik,2008).

Freud’a (1926) göre, her organın cinsel bir fonksiyonu, olduğu gibi, “egoic” olarak adlandırılan kendini savunma, yüceltme, otonomi ve bağımsızlık kazanma eğilimi taşıyan bir fonksiyonu da vardır. Herhangi bir organın “egoic” fonksiyonu çözülememiş kastrasyon karmaşası sonucunda aşırı cinsel uyarımlar nedeniyle değişime uğrar ve organ cinsel bir fonksiyon kazanarak fetiş nesnesine dönüşür (Ulnik, 2008). Bu durumda deri başlı başına cinsel uyarımların aktarıldığı bir organ ve kastrasyona karşı koruyucu bir rolü üstlenebilir. Sivilce, leke gibi önemsiz lezyonlar fetiş özelliği kazanarak bazen hastalıkla orantısız anksiyete yaratabilir ve

kastrasyon anksiyetesini canlandırabilir. Bu durumda, lezyonlu deri abartılı bir önem kazanabilir ya da bir kaybı temsil edebilir (Ulnik, 2008).

Freud “totem ve tabu”da ise sık sık bilinçdışı dokunma dürtülerinin ve bu dürtülerden kaynaklanan bulaşma/kirlenme fantezilerinin üzerinde durur (Ulnik, 2008).

Dokunma dürtüsü ve bu dürtünün kaynağı olarak deri: Freud’a göre (1894) dokunma ve dokunmaya bağlı dürtüler cinsel amacın pregenital hazırlayıcılarıdır. Cinsel amacın kendisi olduklarında ise nevrozların temelini oluştururlar (Freud, 1905).

Freud’un çalışmalarında dokunma ve bakma dürtüsünün temelinde de derinin olduğu görülür (Ulnik, 2008). “...*Seyretmek ve kendini sergilemekten kaynaklanan hazda, göz bir erojen alana tekabül eder; oysa cinsel dürtünün acı ve zulüm bileşenleri söz konusu olduğunda bu rolü deri üstlenir....*” (Freud, 1905: 135-243)

Freud, dokunmayı, fanteziye, düşünmeye ve hayal etmeye ya da yönetme dürtüsüne giden bir köprü olarak anlatır. Çünkü dokunma herhangi bir nesne ya da kişiyi ele geçirmenin ve yönetmenin ilk adımıdır (Ulnik, 2008).

Freud’a göre ruhsal aygıt enerjiyi belli bir seviyede tutma gibi biyolojik bir eğilime sahiptir. Ancak bunu başardığında kendisini aşırı uyaranlardan kaçarak savunma ya da onların boşalmasını sağlayarak rahatlama görevini başarabilir (Ulnik, 2008). Deri de tıpkı ruhsal aygıt gibi enerjiyi toplama, iletme ve boşaltma gibi görevlere sahiptir. Öncelikle deri uyaranlara karşı koruyucu bir bariyerdir ve aşırı uyaranları önleyici bir işleve sahiptir. İkinci olarak dokunma duyusunu taşır, iletir ve boşalmasını sağlayarak bariyer görevinin yanında uyaranları kabul etme görevini de yârine getirir. Bu paradoksal bir süreçtir çünkü her boşalımdan sonra yeni bir enerji için şarj olur. Deri hem bir kaynak hem de bir dürtü nesnesi haline gelir ki bu durum bastırma öncesinde Freud’un anlattığı dürtülerdeki değişimle ilişkilendirilebilir (Ulnik, 2008).

Obsesif nevrozlarda dokunma, nesneye karşı duyulan hem agresif hem de aşk dürtülerinin ambivalansını içeriyor olabilir ve bu nedenle yasaklanır (Freud, 1926).

Freud’a göre, (1905) tikslenme, utanç gibi duygular ve bazı ahlaki ve moral değerler hızla akan dürtüleri yavaşlatırlar ya da engellerler. Dokunma dürtüsünün en büyük engeli ise tikslenme duygudur (Freud, 1905). Deri hastalıkları, derinin öpülmesine, bakılmasına ve dokunulmasına karşı gelebilecek tehditleri tikslenme duygusu aracılığıyla engelliyor olabilir (Ulnik,2008).

Kortikal bir alan olarak deri ve derinin sınır, alan, koruma ve algılama fonksiyonları: Freud çalışmalarında algılama ve bellek arasındaki ilişki üzerinde durmuş, “Haz İlkesinin Ötesinde”, (1925) ise algısal sistemimizin iki katmanından söz etmiştir. Zararlı dış uyaranlara karşı koruyucu rolü ve uyaranların alındığı ve boşaldığı bir yer olması (Freud, 1925). Bu nokta göz önüne alındığında sembolizasyon ve hatırlama (memory) süreçlerinin gelişmesi sürecinde derinin dokunma ve bağlama işlevinin oynadığı rolün önemi ortaya çıkmaktadır (Ulnik, 2008).

Deri hastalıkları ve deri hastalıklarının ruhsal faktörlerle eklemlenerek yorumlanması: Freud’un çeşitli metinlerinde deri hastalarına olan göndermelere rastlanır. Bilinçdışını anlattığı çalışmasında kastrasyon fikri ile akne, siyah nokta ve bunların patlatılması arasında bir ilişki kurmuş, dokunmanın skrofula hastalığı gibi deri hastalılarındaki iyileştirici gücünden bahsetmiştir (Freud, 1912-1913). Totem ve tabuda ise, dokunma fikrinin kirlenme ve günah ile eşleştirildiğinde deri üzerinde çıkan apseler ve ülserler ile derinin cezalandırılabilceğinden bahsetmiştir (Ulnik, 2008).

3.2.2. Didier Anzieu’nun Çalışmalarında Deri Hastalıkları

Anzieu deri hastalıklarının, varoluşun stresinden, duygusal basınçlardan, narsisistik eksikliklerden ve egonun yapılaşmasındaki yetersizliklerden kaynaklandığına inanır (Anzieu, 2008).

Anzieu, egonun düşünmeyle ilişkili fonksiyonları ile düşünme derinin tüm bedeni kaplama fonksiyonu arasında bir eşitlik kurmuş ve egonun bu fonksiyonlarını yerine getirememesi ya da aksatması durumunun deri yüzeyine hastalık ya da deri dövme gibi uygulamalar aracılığıyla yansyacağı üzerinde durmuştur (Anzieu, 2008).

Anzieu dermatoloji hastaları ile yaptığı çalışmada bu hastaların, hayatlarının ilk yılında annenin aşırı ya da yetersiz uyarımına maruz kaldığını saptadı. Tüm hastalarda dokunmanın yasak olduğu temel bir eksen vardı. Bu hastalar tıpkı narsisistik ve sınır bozukluklarda olduğu gibi bir kendi kimlikleriyle ilgili bir belirsizlik yaşamaktaydı (Ulnik, 2008).

Anzieu çalışmalarında annenin bedeni ve derisiyle temasta eskiden yaşanan eksikliğin sonuçlarını ya da izlerini yineleyen rahatsızlıkların tersine, annelik bakımları aracılığıyla derinin aşırı uyarılmasından erken bir biçimde yararlanmış hem de acı çekmiş hastalara ait tipik deri hastalılarının olup olmadığını merak etmiş ve her iki durumunda birincil dokunma yasağı sonucu ortaya çıktığını öne sürmüştür.

“...Anaç okşamaların ve kucaklamaların eksikliğinin, doğmakta olan ruhsallık tarafından, bilinçdışında, ötekinin bedenine yapışma yasağının aşırı, erken doğmuş ve şiddet içeren bir uygulaması olarak yaşandığı düşünülebilir; anne temasının aşırı uyarıcılığının, çocuğun henüz pek güvenilir olamayan uyarılma engelini aştığı ölçüde fiziksel olarak rahatsız edici, ve ruhsal aygıtın kendine ait bir ruhsal zar oluşturmak için gereksinim duyduğu dokunma yasağını ihlal etmesine ve devre dışı bırakmasına bağlı olarak, bilinçdışı açısından tehlikeli olduğu düşünülebilir.” (Anzieu, 2008: 73).

Anzieu'ya göre, derideki bozulmanın derinliği, ruhsal bozulmayla doğru orantılıdır. Dolayısıyla hastanın egosundaki değişimlerin aşırı ve bozulmanın derin olduğu durumlarda daha ciddi deri problemleri ortaya çıkar (Anzieu, 2008).

3.2.3. Diğer Post-Freudyen Psikanalistlere Göre Deri Hastalıkları

Freud'un metinlerinde deriye olan göndermelerden sonra pek çok psikanalist deri üzerinde durmuş, bu konuda çalışmalar yapmıştır. Post Freudyenler arasında psikosomatik alanında ilgilenen tüm psikanalistler için deri bir “giriş kapısı” olmuş ve ekzema, psoriasis gibi pek çok dermatozu içeren klinik örneklerin sunulmasını sağlamıştır (Ulnik,2008).

Psikosomatik sendromların özellikle deri hastalıklarının psikolojik kökenlerini ayırt etmenin oldukça zor olduğunu belirten Tzanck ve Lambergeon deri hastalıklarında şu sorunların altını çizerler: 1) psikosomatik olarak varsayılan deri hastalılarının gerçekliği 2) organ seçimi ve deri hastalığının yeri (lokalizasyonu) 3)

psikosomatik olarak adlandırılan ve deriyle ilgili bir belirtinin niteliği 4) deri hastalığı bir konversiyon belirtisi mi, bir organ nevrozumu yoksa bir duygulanıma mı denk gelir? (Szwec, 2008).

Bu konuda çalışan pek çok psikanalist deri hastalıklarının temelini oluşturduklarını düşündükleri ilk nesne ile olan ilişkideki yetersizliklere ¹ odaklanmışlar, dokunma ve dokunmanın önemini vurgulamışlardır.

Szwec deri üzerindeki hasarların bilinçdışındaki bastırılmış düşlemler ile ilişkide olan bedenin dili olarak yorumlanabileceğini söyler. Marty'e göre, ekzema, ürtiker ve bazı mukoza iltihapları ruhsal savunma örgütündeki yetersizlikleri doldurmak amacıyla ortaya çıkan savunmalardır ve işlevsel sistemde aniden ortaya çıkan bir durumda ağırlaşabilirler (Szwec, 2008).

Sinirsel terleme ve dermografizm semptomları, derinin emosyonel uyarılara bilinçli ve bilinçdışı yanıtlardır ve bu semptomlar hastanın kronik iç geriliminin ya da akut bir durumda gelişen geçici semptomlar olarak ortaya çıkarlar. Dermatozların psikojenik kökenlerine ilişkin çalışmalar yürüten Barinbaum'a göre bozuk bir libido ekonomisi deri hastalıklarının temelini oluşturur (Fenichel, 1974)).

Marty derinin bütün yüzeylerinin aynı işlevsel değere sahip olmadığını ileri sürer ve libidinalizasyonun deri alanlarına göre farklı düzeylerden doğduğunu savunur. Fain ise, derinin bütünün bir yerinde oluşabilecek yara fikrini içinde maskeleyiği söyler (Szwec, 2005).

Fenichel'e göre (1974) organizma ve dış dünya arasındaki sınırı belirten derinin, organizmanın bir dış örtüsü olarak dört özelliği önemlidir:

1. Deri, örtücü bir tabakadır ve iç ve dış uyarılara karşı koruyucudur. Gelen uyarıları inceler, gerekliyse onları hafifletir hatta önler. Bu eğilim boşalım ihtiyacı içindeki bastırılmış dürtüler için de söz konusudur. Tıpkı kasların bastırılmış dürtülerle uğraşta özgün olmayan biçimde sertleşmeleri gibi derinin vazomotor işlevleri de bir zırh gibi kullanılır. Bu vazomotor değişiklikler dermatozlara yol açar.

2. Deri önemli bir erojen bölgedir ve deriyi uyarıcı ve ona karşıt olan yineleyici eğilimler derideki değişimlerde somatik bir anlam bulabilir. Deriye

¹ Bu konu çalışmanın daha sonraki bölümlerinde ayrıntılı olarak ele alınacaktır.

dokunma olduğu kadar, deri aracılığıyla hissedilen ısı ve ağrı da erojen haz kaynaklarıdır. Isı duyumları çocuk cinselliğinin en önemli haz kaynağını oluştururken, mazoşizmde deri aracılığıyla hissedilen ağrı haz kaynağı şeklini alır ki dermatozların bilinç dışı temelinde de çoğunlukla sadomazoşistik eğilimler bulunur.

3.Deri, organizmanın yüzeyi olarak dışarıdan görünür ve teşhircilik (eksibiyonizm) çatışmalarında yer alır. Bu çatışmalar sadece cinsel dürtü sonucunda oluşan korku ve utanma duygusuyla ilgili değil, aynı zamanda güvenlik duygunun gelişimini sağlayan narsisistik gereksinime de bağlıdır. Dolayısıyla güzelli- çirkinlikle ilgili fobilerde, teşhircilikte ve sosyal fobi vakalarındaki bilinçdışı çatışmalar dermatozlarda da bulunur.

4.Anksiyete belirtileri de deri belirtileri şeklinde ortaya çıkabilirler. Anksiyete deride sempatomimetik uyarılmalara neden olur ve bu uyarılmalar deri üzerinde ortaya çıkan belirtilere dönüşebilirler (Fenichel, 1974).

Foks ve ark. deriyle ilgili spesifik fantezileri keşfetmeye çalışmışlar ve Anzieu'nun ego fonksiyonları ve deri arasında bulduğu ilişkiye benzer bir sonuca ulaşmışlardır. Parmak izinin her bireye özgü olduğu fikrini temel alarak deri ve kimlik arasındaki ilişkiye göndermede bulunmuşlar kişilikteki değişimlerin deriye yansıdığı fikrini öne sürmüşlerdir (Ulnik,2008).

Rosenfeld de deri ve kimlik arasındaki ilişki üzerinde durur ve farklı patolojileri bu bağlantı aracılığıyla açıklar. Bu ilişkideki mesafeden ve konfigürasyondaki boşlukların patolojik sonuçlar doğurduğunu söyler ve deri hastalığına sahip hastaların projektif identifikasyon ve kederin/acının patolojik işleme (elaboration) süreçlerinin deri hastalığı üzerindeki rolü vurgular. Projektif identifikasyon temelinde deri hastaları Rosenfeld tarafından şu silsile ile analiz edilir: a) terk edilmişlik, acı çekme, yalnızlık ve ayrılık deneyimleri b) aşırı bir gereksinin, yetersizlik, yıkım, üzgünlük, ıstırap ve melankoli duygusunun gelişmesi c) tüm bunların temelinde diğerleriyle konak- parazit şeklinde simbiyotik bir ilişkinin kurulması d) diğer için ideal olma amaçlı aşırı yardım davranışları e) içe alınan nesneye karşı olan agresyonun kendine, batırma, delme, nüfuz etme, acıtma, kırma ve incitme gibi eylemlerle geri dönmesi. Bunların içteki nesneye dönmesi oldukça agresif olacağı için, özne görünümde nesneye yardım ediyordur ve aslında kendine

olan yıkıcılığı ve kendini aşağılayan davranışları ile içteki nesneye saldırıyordur ve f) çevresel desteğin yetersizliği ile yüzleştğinde kendilik desteklerini arar. Rosenfeld pek çok vakanın persekütif nesneden kurtulmak amacıyla derisinin bir kısmını yırttığını ve bu tahribatla nesnenin kendiliğin içine yansıtıldığını söyler (Ulnik, 2008).

Özellikle allerji hastalarıyla çalışan Conteros'a göre de yeteri düzeyde bireyselliğe ulaşamamış olan kimlik immün sistemdeki hipersensitiviteyi arttırarak aşırı savunmalara neden olur. Alerjik hastalar nesneden gelen özdeşimin kateksin ayrımını yapmada zorluk yaşarlar ve nesneyle konak-parazit temelinde simbiyotik bir ilişki geliştirirler. Nesneye aşırı bağımlılık geliştiren bu hastalar tüm uyum, savunma ve yarışma görevlerini simbiyotik partnerine devrederek dış dünyadaki değişimlerden olağandışı zorluklarla yüzleşmekten kendilerini korurlar (Ulnik, 2008).

Alopesi areata hastaları ile çalışan Sànchez ise bu hastalardaki aleksitimik profile ve engellenmiş agresyonun üzerinde durarak, bu hastaların karakterlerindeki pasifliğe alçakgönüllü yapıya, kurban rolüne agresyondan, cezalandırmaktan olan korkularına ve yetersizlik duygularına dikkat çekmiştir (Ulnik, 2008).

Pichon-Rivi re, 1971'de yazdığı "dermatolojinin psikosomatik yönleri" isimli metninde Menninger'e göre deri hastalığı olan hastaların, diğerlerinin kirlenme/bulaşma fantezilerine harekete geçirdiğini ve onlar için dokunulması yasak bir tabu haline geldiğini söyler. Bu durum hem deri hem de ruhsal problemleri olan bu hastaların ret edilmelerine ve yanlış anlaşılmasına neden olur (Ulnik, 2008).

4. PSİKANALİTİK AÇIDAN KAŞINTI

Derinin beyinle olan ilişkisi embriyonik döneme kadar uzanır; deri ile beyin aynı ektodermin farklılaşmasından oluşur. Pruritus ise, bu iki organ arasındaki karmaşık bağlantıyı gösteren bir semptomdur. Bu noktadan bakıldığında kaşıntı hakkında düşünmek bile kaşıntıya neden olabilmektedir (Tey, Wallengren ve Yosipovitch, 2013).

Pichon- Rivi re'ye göre pruritus, tıpkı ruhsal bozukluklardaki anksiyete, organik görünümlü hastalılardaki ağrı gibi dermatolojik hastalıklarda merkezi bir rol oynar. Pruritus bastırılmış ya da doyumunu zor olan bir dürtünün yer değiştirmesi ya da anal kaşıntısının uzamış bir hali olarak ortaya çıkar. Derinin erotik bir alan, kaşımının da erotik doyum sağlayan bir hareket olduğu varsayılırsa, kaşınma mast ratif bir eylem ve anal doğası gereği genital yaşamın yoğun bir bastırması olarak yorumlanabilir (Ulnik, 2008).

Pruritus zorlanımları, narsisistik eksikliklerden ve egonun yapılaşmasındaki yetersizliklerden kaynaklanan hastalıkları, öznenin artık vazgeçemediği belirtilere dönüştürerek devam ettirir ve ağırlaştırır. Bunlar libidinal gelişmenin çeşitli evrelerine denk düşen organlarda lokalize olduklarında belirtinin  stbenlikten kaynaklanan cezalandırılma gereksiniminin yatıştırılması için gereken fiziksel acı ve ahlaki utancı erotik bir hazla birleştirir (Anzieu, 2008).

Pruritus bilinçdışındaki tehlike ile bağlantılı durumlarda ortaya çıkar ve dermatozlu hastalar bu tehlike duygusu ile çevrili olduklarında günlük hayatlarında pek çok kez bu duruma maruz kalırlar. Dolayısıyla bu hastalar bir tetikte olma durumu geliştirirler ve daima anksiyetelidirler. Kaşınma anksiyeteyeden kurtulmayı ve rahatlamayı sağlar. Ancak kaşıntı anksiyetenin eşiti olduğu kadar düşmanca duygularında temsili olarak ortaya çıkıyor olabilir ki bu hastaların analizinde katmanlaşmış bir agresyona rastlamak mümkündür. Kaşıma ile açığa çıkan agresyon bir dereceye kadar kendini cezalandırmayı temsil etse de daha derinlerde deriye yansımış olan dış bir nesneyi cezalandırmayı temsil etmesi daha olasıdır (Schur, 1955).

Ulnik psikojenik pruritus, akne yolma gibi dermatozların diğerini yönetme ve ele geçirme dürtüsüyle olan ilişkisini vurgular ve sadizm ve zalimlik içerdiğini söyler (Ulnik,2008).

Fenichel ise, pruritusun acı veren semptomlarının uygun kişiliklerde bastırılmış cinselliğin sonucu olarak ortaya çıktığını ileri sürer. Fenichel'e göre, anüs ve perine pruritusu olan erkek hastalarda pruritus, homoseksüalite ile ilişki gösteriyor olabilir ve latent homoseksüalite harekete geçtiğinde semptomlar daha kötüye gidiyor olabilir. Bu durum mastürbasyona cesaret edemeyen ve genital heyecanlarını gizleyen kadınlarda ise pruritus vulva şeklinde ortaya çıkar (Fenichel, 1974).

Alexandr pruritus ani şikayeti olan bir kadın hasta ile yaptığı çalışmada pruritusun kaşıntı ve kaşınma duyularının sevilen nesneyi agresif bir şekilde ele geçirme ve bunun sonucunda oluşan cezalandırılma ve suçluluk duygularının eşiti olarak ortaya çıktığını ileri sürer ve pruritusun mazoşizmle ilişkili olduğunu savunur (Alexander, 1959).

Derinin yüzeyine uygulanan bedensel ceza, deri parçalarının yırtıldığı, delindiği ve koparıldığı zaman mazoşistin aldığı haz doruk noktasına ulaşır ve mazoşist şehvet, özne için darbelerin bedenin yüzeyinde bir iz bıraktığını kendi zihninde temsilini sağlar (Anzieu, 2008).

Pruritus kompulsif ve mastüratif bir eylemdir ve içinde suçluluk ve kendini cezalandırma duyguları taşır. Bunun yanında kendine kaşıyarak tahrip etme nesneyi cezalandırma mekanizması olarak çalışır (Ulnik, 2008).

Alexandr'da kaşımının düşmanca duyguları ifade ettiğini ve ortaya çıkan biçimsizliğin ise utanmayı ve küçük düşmeyi temsil ettiğinin altını çizer (Szwec, 2008).

Kaşıma saldırganlığın bedene dönüşünün arkaik bir biçimdir ve bunun sonucunda oluşan utanç, kaşınmanın gizli denetlenemez bir güç tarafından yönetildiği ve deride gedik açılıyor olduğu hissinden kaynaklanır. Utanç giderek artan biçimde patolojik hale gelen kısır döngüyü uyardıkça, kaşınanın sağladığı erotik uyarılma nedeniyle yok olma eğilimi gösterir (Anzieu, 2008).

Pruritus, otoerotizm ile kendini cezalandırma arasındaki dairesel bir oyunda suçlu kılınan cinsel arzulara bağlı değildir. Aynı zamanda dikkati kendi üzerine çekmenin, özellikle de bebeklik sırasında anne ve aile ortamında yumuşak, sıcak, güçlü, yatıştırıcı ve anlamlı temaslarla karşılaşmamış olan deriye dikkat çekmenin bir biçimidir. Kaşıntının altındaki aşırı istek, sevilen nesne tarafından anlaşılma/kapsanma isteğidir. Yineleme otoerotizmin etkisiyle fiziksel belirti, sergilenen acıları ve geri dönen öfkeleriyle birlikte eski düş kırıklıklarını deri “dil”in birincil biçimi altında yeniden canlandırır. Bu hastaların saplanıp kaldıkları beden-ruh farklılaşmamışlığı nedeniyle üstderinin irritasyonu ile zihinsel irritasyon birbirine karışır ve acının ve nefretin katlanabilir hale gelmesi ve hoşnutsuzluğun hazza çevrilmesi için bedenin yaralı kısmının erotizasyonu sonradan baş gösterir (Anzieu, 2008).

Schur’a göre pruritus agresif dürtülerle olduğu kadar libidinal dürtülerle de bağlantılı olabilir. Analizde olmayan hastalarda bile cinsellik ve kaşınma arasında ilişki kurmak var olan cinsel dürtü ve buna uygun şekilde ortaya çıkan pruritus arasındaki ilişkiyi anlamaktan daha kolaydır. Nitekim Freud da bir organın üzerinde yarattığı aykırı (against) uyarımları nedeniyle bir dış uyarının iç uyarana dönüşmesiyle bu organın sürekli eksitasyonların kaynağı haline geldiğini ve gerilimi arttırarak tıpkı dürtülere benzer bir özellik kazandığını söyler (Schur, 1955).

Püdik olarak anılan eritem, hastanın utanç duyduğu cinsel ve saldırgan arzularını da doğrudan okuma olanağını ötekine sağladığı için değil, aynı zamanda, öteki tarafından fiziksel olarak içine girilmeye ve ruhsal olarak nüfuz edilmeye davet eden kırılmalı bir zar olarak görüldüğü için de kaygı vericidir (Anzieu, 2008).

Schur’a göre, pruritus egonun regresif durumlarında ortaya çıkar ve bu durumlarda deri tıpkı bir nörotransmitter gibi çalışarak düşüncenin ilkel/arkaik (primitive) sembollerini söyleme ve eyleme geçirir. Bu regresyon sürecinde, kendilik ve nesne arasındaki ayrışmalar oldukça belirsiz olabileceği gibi, regresyon oldukça derin, narsisistik olabilir ve teşhircilik eğilimleri baskın gelebilir. Deri kendiliğin bir parçası olduğu kadar dış nesnenin de bir parçası gibi davranır. Herhangi bir dermatoz narsisistik kateksi arttırma eğiliminde olacaktır ve teşhircilik etrafındaki çatışmaları şiddetlendirecektir (Schur, 1955).

Kaşıntı nöbetlerini başlatan durumlarla, lezyonların ortaya çıktığı durumları ayırmak zor olsa da hastalığın başladığı ya da yanıtların açığa çıktığı koşulların spesifik olduğu görülmektedir (Schur, 1955).

Szwec bazı şiddetli kaşıntıların derinin üzerinde hareketli ve algısal-duyusal durumu tekrar eden kendi kendini yatıştırıcı işlemler olduğunu söyler (Szwec, 2008). Tunaboğlu- İkiz ise kendini sakinleştirme yöntemlerinin yineleyici özelliğine dikkat çeker ve ruhsal aygıtın yeterli sakinliği ve huzuru sağlayamaması sonucu devreye giren bu motor etkinlikler aracılığıyla kaygı duygusunun giderilmeye çalışıldığını, ancak bu etkinliklerin hiçbir zaman doyum sağlamadığını belirtir (İkiz, 2005).

Değişen anksiyete durumları ve sürekli tetikte olma halinden yakınan hastalar herhangi bir duruma yeni bir hastalık başlangıcı ile cevap verebilirler ya da belirsiz kaşıntı nöbetleri yaşayabilirler. Bu aşamada, ilk lezyon ortaya çıktığında “organ dili” ya da organın eylemi arasındaki bağ kaybolur. Böylelikle spesifik olmayan herhangi bir değişikliğe rağmen yeni bir hastalığın görüntüsünü belirleyen ekonomik faktör baskın olmaya başlar. Lezyonlar kendilerini ikincil sembolik düzenlemelere ödünç verirler ve sadece oldukça dikkatli bir analizde birincil sembolizm ve ikincil sembolik düzenlemeler arasındaki ayrım yapılabilir. Pruritus analiz sürecinde dirence hizmet ettiğinde ise oldukça tehlikeli bir engel şeklini alır (Schur, 1955).

5. DERİ TEMELİNDE GELİŞEN ERKEN DÖNEM NESNE İLİŞKİLERİ

Anneliğe ilişkin yetersizliklerin ruhsal etkileri üzerine psikanalitik sorgulama analist olamadan önce, aynı anda ya da sonradan çocuk psikiyatrisi ve çocuk doktorları tarafından yapılmıştır (Anzieu, 2008).

Marianne Baudin'e göre, bebek tam olgunlaşmadan doğan çaresizliğinin sonucunda çevrenin bakımına ve buyruklarına dâhil olarak kendisini dış dünyaya ve başkalığa zorlayan bir bağımlılık içinde bulur (Baudin, 2013).

Yaşamın ilk yıllarında anne sadece çocuğun gereksinimlerini karşılayan bir nesne değil onun bedenine annesel bakımı da sunan bir nesnedir. Annenin bu işlevleri yerine getirirken duyduğu haz, bedensel gereksinimlerin karşılandığı hazzına ve bu hazzın nesneyle paylaşımına bağlıdır. Oto-erotik hareketlerin ve bedensel gereksinimlerin karşılanmasının yarattığı doyum somatik bedenden farklı olan bir nesneyle ilk ilişkinin kurulduğu dönemde ortaya çıkan imgesel bir beden algısı oluşturur. İmgesel beden doğumla gelmez ve ötekiyle ilişkide zaman içinde oluşur. İmgesel beden oto-erotik, düşlemlenen ve libidinal bir bedendir. McDougall bu durumu "bedenimizle aramızda ötekinin izi var" cümlesi ile özetler (Parman, 2008).

Deriyle ilgili düşlemler deriyle ilişkide olan ona bakan, ona dokunan, onu okşayan ve ona şiddet uygulayan bir nesneyi gündeme getirmektedir. Dolayısıyla deriye hem narsisistik hem de hem de nesne tarafından yatırım yapılmaktadır. Nesnenin, benliğin ve ilk tasarımların oluşması için deri deriye temasın ve ya dokunmanın önemi bilinmektedir. Bebek ve nesne ilk zamanlarda bir bütündür ve ortak bir kimliğe sahiptir. Deriyle ilgili gelişen olaylar anne ile temas bölümünün sadece bir bölümünü oluşturur, bu deneyimlerin tamamı ise, benliğin ve nesnenin yapılanmasına ve farklılaşmasına katkıda bulunur (Szwec, 2008).

Narsisizmi bir bütün olarak kendi ben'inin libidinal bir yatırımı olarak tanımlayan Freud (1914) bu durumu hayatın ilk yıllarının sonucu olan birincil oto-erotizmin bir uzantısı olarak tanımlar. Bu doğuştan oto-erotizm, ben kendini devindirici ve görsel dürtüsellik kaynaklı olarak oluşukça narsisizm şeklini alır.

Freud (1911) “ruhsal gerçeğin iki ilkesi” metninde haz ilkesi denetimi altında kalan ve dış dünyanın gerçeğini ihmal eden bir organizmanın kısa bir zaman ayakta kalabileceğini söyler ve anne bakımı alan bir bebeğin böyle bir sistemi oluşturmaya çok yakın olduğunu ileri sürer. Buna göre bebeğin bedeni ve annenin bedeni ilk iletişimlerin olduğu tek somut aracı olarak kabul edilir. Yeni doğan öznenin anlamlılığını zenginleştireceği madde yavaş yavaş anneyle beden bedene anne tarafından verilen cevaplarla şekillenir (Penot, 2008).

Fain’e göre, bedenin içi ile dışı arasındaki sınırı oluşturacak olan sadece deriye ve mukozaya ilişkin duyular değil bu duyular ve tasarımların tamamıdır. Derinin yüzeyine yapılan libidinal yatırımın niteliği, deriyle ilgili bir bozukluğun anlam taşıyıp taşımadığı sorusunun önemli bileşenidir. Libidinalizasyon yani çocuğun çevreyle ilk ilişkileri ve annenin dokunarak, okşayarak ve tutarak aktardığı mesajlardan çocuğun ne içselleştirdiği önemlidir yani libidinalizasyonun yapılması bu ilk ilişkilere bağlıdır (Szwec, 2008).

Jean Laplace tarafından geliştirilen yaygın baştan çıkarma kuramına göre, bebek ve bakım veren yetişkinin cinsel bilinçdışları arasında çift yönlü bir iletim söz konusudur ve sürekli olarak kendilerine gelen mesajları yorumlamaya çalışırlar. Laplace’ye göre, bu mesajlar hem mesajı alan hem de mesajı veren için gizlidir ve birinin bilinçdışı başkasının bilinçdışını üretir (Baudin, 2013).

Brezelton da yeni doğmuş bebeklerle yaptığı çalışmanın sonucunda anne ve bebeğin karşılıklı bir kışkırtma içinde olduğu sonucuna ulaşmıştır. Erişkin bebeği ne kadar kışkırtırsa bebek de erişkini o ölçüde kışkırtır ve bu karşılıklı kışkırtma bebeğin çevre üzerinde etkin olmasını, temel canlı cansız ayrımını yapmasını ve erişkinlerin bazı mesajlarını taklit ederek dil öğrenmeye temel hazırlar. Eğer annelik eden çevre bu karşılıklı kışkırtma sürecinde bir yetersizlik yaşarsa ya da sinir sistemindeki bir bozukluk bebeği çevresi karşısında duyusal-motor olarak etkin olmasını ve kendisine gönderilen sinyalleri yanıtlamasını engellerse bebekte geri çekilme ve öfke ortaya çıksa da annelik eden çevre yeterliyse bu tepkiler geçici olur. Ancak annelik eden çevrenin yanıtsızlığı sürerse bu tepkiler kalıcı ve patolojik bir hal alır (Anzieu, 2008).

Anneden aktarılan mesajlar sadece deri üzerinden hareket etmezler, mesajların niteliği de önemlidir ve çocuk için bu mesajların yapılandırıcı olan ve olmayan sonuçları vardır. Bu mesajlar annenin bebeğe olan yatırımı ve diğer yatırımları arasındaki ruhsal paylaşımı ve bir çatışmayı içerir. Anne ve âşık kadın ile bebeğin varlığı ve devam den penis hasedi arasındaki çatışma. Bu mesajlar çocuğun yatırımsızlığa dayanma kapasitesini geliştirerek nesnenin yokluğuna dayanmasını ve onu zihinsel olarak tasarımını sağlar ve böylece biseksüel özdeşimleri olası kılar. Aksi takdirde çocuğun cildinde bir hasar oluşmasa da hiperaktif bebek haline gelebilir (Szwec, 2008).

Anne ile bebeğin beden üzerinden kurdukları ilişkideki ve bedenin bütünlüğünün kurulmasındaki aksaklık yani libidinal uyaranlardaki eksiklik ve yaslanmadaki yetersizlik, erotejenitenin aktarılamaması arzuların gereksinimlere indirgenmesine yol açabilir. Böylece libidinal beden, biyolojik bedene indirgenir ve psikosomatik patolojilere zemin hazırlar (Küey, 2008).

Isabel Usobiaga, “Konuşarak tedavi edilir mi? adlı çalışmasında Marty’nin somatizasyon sürecinin başlamasına dair görüşlerinin üzerinde durur. Buna göre, somatizasyon süreci, öznenin homeostatik durumundaki kırılmayı gidermeye çalışması karşısında zihinsel işleyişteki bir artış ile kendini göstermesi ve heyecanların yoğunlaşmasına ya da bireyin heyecanı boşaltma kapasitesi azalmasına ve ya yetersizliğinde heyecanın travmatik hale gelmesi sonucunda başlar (Usobiage, 2008).

5.1. Bebekte Uyarı-Kalkan Sisteminin Oluşumu

Freud tarafından geliştirilen bir kavram olan uyarı-kalkan sisteminin bebeğin gelişiminin ve hayatının merkezi olarak kabul edilir ve bu sistemin işleyişindeki bir aksaklık fazla uyarılmaya sebep olarak bebekte somatik bir dışavurum olarak ortaya çıkabilir (Belot, 2013).

Yaşamın ilk dönemlerinde, bebeğin uyarım kalkan sistemleri yeterince gelişmediğinden bu işlevi anne görür. İnsan yavrusu yaşamını sürdürmek için çevresine uzun süre bağımlı kalır (Parman, 2005).

Freud, (1909) çocuğun dünyaya geldiği andan itibaren yaşadığı sıkıntının asıl nedenini “çaresizlik” olarak tanımlamıştır. Sadece "nesne" –ki bu genellikle annedir - ve özellikle bebek için aldığı dış biçim (doyumsuzluk sonucu ortaya çıkan uyarımları yatıştırılması veya pekiştirilmesi)bebeği dış dünyadan koruyabilir ve daha önce rahim içinde olduğu gibi bebeğin ihtiyaçlarını doyurabilir. (Belot, 2013).

Göreceli olarak geç gelişen uyarım kalkanları organizmanın korunması için gereklidir. Bu süreçte anne kendi uyarım kalkanlarını bebeğe sunarak onu aşırı uyarımlardan korur (Parman, 2005).

İlk kez, 1920’de yayımladığı “Haz İlkesini Ötesinde” adlı makalesinde uyarı-kalkanı işlevinden bahseden Freud, başlangıçta organizmayı dış dünyadan gelen uyarımlara karşı koruma işlevinin üzerinde durmuş, sonrasında uyarı kalkan sistemini buna destek olan bir aygıt olarak da ifade etmiştir. Bedende belirli bir yeri olmayan bu karamı Freud, benlik kuramı çerçevesinde, içle dış arasında bulunan, kişiyi dışarıdan gelen uyarımlardan koruyan ve pasif olarak dış uyarımları filtreleyen bir bariyer olarak tanımlanmıştır (Belot, 2013).

Winnicott (1956), Bion (1962) ve Anzieu (1985) çalışmalarında, karşısında dış nesnenin uyan-kalkanı işlevini ve çevreye atfedilen işlevi dikkate almışlardır. Winnicott çevrenin veya çocuğun bakımını üstlenen kişinin rollerinin önemini vurgularken, çocuğa dış dünyayı tanıtmayı gereken kişinin anne olduğunu ve bu karşılaşmanın travmatik olmaması için yanlısamayı korumaya özen göstermesi gerektiğini söyler ve bebek için özüksenebilen küçük çapta uyarımların gerekliliğine dikkat çeker. Bion ‘a (1962) göre ise, çocuk tarafından anneye yansıtılan "ham deneyimleri" annenin, dönüştürme kapasitesi sayesinde, işlenmiş ve özüksenebilecek öğelere çevirmesi ve böylece çocuğun "düşünebilme" kapasitesinin uygun şekilde gelişmesine olanak sağlarken, annesel ruhsal aygıt bebeğin uyarımların düzenlenmesi ve işlenmesi gibi önemli bir rol üstlenir. Anzieu ise (1985) uyan-kalkanı işlevinin, bireyselleşme ve dokunsal veya önemli duyuşal izlerin kaydedilmesiyle aynı şekilde çalıştığını söyler (Belot, 2013).

Anne çocuğu dış ve iç uyarılmalara karşı yeterince koruyamadığında aşırı uyarımların boşalımını beden yoluyla gerçekleştirir ve bedensel düzensizlik iki şekilde

ortaya çıkar: a) Aşırı uyarım olduğunda çocuk bunu yatıştırıramaz ve uyarım bedene yönelir. Burada anne olgunlaşmamış uyarı kalkanının yerine geçmelidir. b) Ters durumda, yani annesel bakımın olmaması ve yetersiz olması durumunda bedensel belirtiler çocuğun kendi kendini uyarması sonucu ortaya çıkar. Bununla beraber düşünce süreçlerinin gelişimi de engellenir (Parman, 2005).

Uyarı kalkanı sisteminin annenin önbilinç sisteminin özelliklerine benzediğini söyleyen R. Debray'e göre (1987) bebeğin ruhsal gelişimi annenin ruhsal örgütlenmesine yaslanır. Fain ise, diğer işlevlerin yanında, bebeğin altbenliğinden gelen dürtüleri bağlayarak uyarı-kalkanını dolduran ve önemli işlevlerin libidinalleşmesine izin veren annenin düşlemselliğinin önemine dikkat çeker (Belot, 2013).

Doğduğunda tüm ilişkilerini beden yoluyla kuran, bebeğin ilk ilişkilerinin temelini atması ve psikosomatik olarak bütünleşmesi için uyarı kalkan sisteminin oluşması oldukça önemlidir.

5.2. Winnicott'un Kuramında Psikosomatik Bütünleşme

İngiliz “Nesne İlişkileri Okulu”nun önemli isimlerinden biri olan Winnicott, çocuğun gelişiminde çevrenin rolünü vurgular.

Winnicott kuramının çerçevesini, sadece çocuğun içindeki süreçlerden yola çıkarak değil, ilişkisel/yapısal bir model olarak adlandırılan anne- çocuk ilişkisinin üzerine temellendirmiştir (Tükel, 2011).

Winnicott çocuğun gelişiminde çevreye özellikle de anneye ayrı bir önem vermiş, çocuğun doğuştan getirdiği özelliklerinin ancak yeterli ve uygun zamanlardaki anne bakımı ile gelişebileceğini savunmuştur.

Annenin çocuğun ihtiyaçlarına eş duyumlu yanıtlar vermesi çocuğun tutarlı bir kendilik duygusu geliştirmesinde ve iç dünyasının olgunlaşmasında önemlidir. Winnicott, çocuğun ancak ihtiyaçları karşılandığında kendini her türlü tatminin kaynağı olarak yaşayabileceğini ve her türlü yaratının kendi iç dünyasında olduğunun üzerinde durur (Winnicott, 2007).

Winnicott'a göre, çocuk başlangıçta bütünleşmemiş, zamanda ve mekânda kendiliğin çekirdeğini oluşturacak dağınık deneyimler yaşamaktadır. (Winnicott, 2007).

Winnicott'a göre, kendiliğin zaman ve uzay içinde bütünleşmesi annenin bebeği tutma (holding) biçimine, egonun kişileşmesi ise ona yapılan bakıma (handling) bağlıdır. Kendilik tarafından gereksinimlerin doyumu uygun nesnelerin anne tarafından sunulmasıyla gerçekleşir (Anzieu, 2008). Annenin çocukla ilgili bütünleşmiş tasarımları çocuğun giderek kendi bütünlüğünü kavramasını sağlar (Winnicott, 2007).

Ruhsal benlik bedensel benliğe yaslanarak ama aynı zamanda bedensel benden yola çıkarak farklılaşma ve bölünme yoluyla gelişir. İnsanda bütünleşmeye, “ruh ve beden birliğini, zihin ya da ruh ile ruhsal işleyişin bütünü arasında yaşanan deneyim üzerinde temellenen kimliği gerçekleştirmeye” yönelik bir eğilim vardır. Çevreyle etkileşim bebeğin gelişmesinin başından itibaren bu eğilimi güçlendirir ya da engeller. O zaman ruh, Winnicott 'un kendilik olarak adlandırdığı psikosomatik bir birliğin doyumuyla bedene yerleşir (Anzieu, 2008).

Yaşamın başından itibaren başlayan bütünleşmenin gerçekleşmesi için çocuğun sıcak tutulması, yıkanması, ele alınması gibi çocuk bakım teknikleri gerekirken diğer taraftan bebeğin içsel kimlik duygularını bir araya gelmesi için uygun deneyimler sunan bir anneye gerek vardır (Kayaalp, 2011).

Dürtüsel yaşantılar ve huzurlu beden bakımları aracılığıyla bütünleşme duygusu kadar önemli olan bireyin kişiliğinin bedeninde yer aldığına ilişkin duygu ortaya çıkar (Kayaalp, 2011).

Winnicott, benlik bütünleşmesi olarak özgüleştirdiği bütünleşmenin evreleri ile bebeğe verilen bakım arasında paralellik kurar. Buna göre. Bütünleşme “tutma”ya (holding), kişileşme “ele alma”ya (handling) ve nesne ilişkileri de nesne sunmaya karşılık gelmektedir. Bütünleşmeyi başaramayan bireyler, nesne ilişkisi becerisi kurmayı beceremezler, çevre karşısında kendilerini ya da çevreyi gerçek değilmiş gibi hissedebilirler ve deri sınırlarını kabul etme yetilerini yitirirler (Kayaalp, 2011).

Doğuştan donanım yetersizliği, yeterince iyi olmayan bir çevre, şiddetli ya da üst üste gelen erken travmalar sonucunda özne, yaşamaktan alınan birincil hazzın yitirilmesi pahasına iktidarsızlığın, yıkımın ve düş kırıklığının verdiği acıya karşı savunma olarak bir çözülme oluşturur (Anzieu, 2008).

Winnicott'a göre erişkinde psikosomatik çözülme, ruh ve beden arasındaki erken bölünmenin kalıntılarını kullanan gerilemeci bir görüngüdür. Ruhsal olanla bedensel olanın bölünmesi, bedeni ve zihinsel yaşamı bütünleştiren birleşik bir kişi olma inancının psikosomatik hasta için temsil ettiği toptan yok olma tehlikesine karşı korur. Bölünme bir tarafı korumak için öteki tarafı feda ederek az zararla çok yarar sağlar. Bu bölünmenin ardından inancın boş bıraktığı yere boşluk kaygısı yerleşir (Anzieu, 2008).

5.3. Anzieu'nun Deri-Benlik Kavramı

Anzieu'ya göre, ruhsal aygıt dokunmanın temel olduğu biyolojik doğaya sahip temel fiziksel deneyimlerle gelişir. İçten veya dıştan gelen bu deneyimler genellikle anne olan bir ajanla etkileşim sonucu yeniden anlamlandırılır, sembolik bir anlam kazanır ve fantezi, sembol ve düşüncelerin temsili olarak yeniden damıtılır. Fiziksel bu uyarımlar ruhsal aygıtı oluşturduğu gibi onun temel fonksiyonlarının da temelinı atar (Ulnik, 2008).

Anzieu egonun, bedensel bir ego üzerine kurulu olduğunu ve her şey yolunda gittiğinde süt bebeğinin kimliğinin derinin sınır çeper oluşturduğunda bedenle ve bedensel işlevleriyle bütünleşmeye başladığını söyler (Anzieu, 2008).

Anzieu deri-benliği, gelişiminin erken evrelerinde çocuğun egosunun beden yüzeyi deneyiminden hareketle kendini kendisine “ben” olarak temsil etmek için kullandığı şekillendirme olarak tanımlar (Anzieu, 2008).

Anzieu'nun “deri-benlik” olarak adlandırdığı bu kendilik oluşumu; egonun duyular, kimlikler ve enerji arasındaki bütünleştirmeyi yapabilmek için içeri alma, algılama, koruma, birleştirme ve destekleme gibi temel fonksiyonları yerine getirmesiyle gelişir (Ulnik, 2008).

5.3.1. Deri-benliğin Oluşumu

Deri-benlik dokunma duyusunu çağrıştırdığı gibi aynı zamanda, özneyi kendisinin bir parçası olduğu kadar ötekiyle de temasa geçiren aktif bir hareketi temsil eder. Deri-benliğin bu canlı ve uyarıcı etkisi bedensel bir yaslanmanın sonucu olarak ortaya çıkar ve böylece bedenle ruh arasında karşılıklı bir bağ oluşur. Deri benlik, derinin işlevlerine yaslanma yoluyla ve annenin sağladığı, ortak bir deri yanılması yoluyla oluşur (Anzieu, 2008).

Derinin işlevlerine yaslanma yoluyla; Her ruhsal etkinlik biyolojik bir işleve yaslanır. Deri-benlik desteğini derinin çeşitli işlevlerinde bulur. Derinin ilk işlevi: emzirmenin, bakımların, biriktirdiği iyi ve doluyu içeren ve içeride tutan kese olmasıdır. Derinin ikinci işlevi: dışarıyla sınırı işaret eden ve dışarıyı dışarıda bırakan arayüz, varlık ya da nesne, ötekilerden gelen açgözlülük, hırs ve saldırıların içeriye sızmasından koruyan bariyer olmasıdır. Son olarak üçüncü işlevi; ağızla birlikte en az onun kadar ötekilerle iletişimin, anlamlı ilişkilerin kurulduğu bir yer ve bunun birincil bir aracı; üstelik bu ilişkilerin bıraktığı izlerin kaydedildiği bir yüzey olmasıdır (Anzieu, 2008)

Anne ile ortak deri fantezisi: Dış yüzeyi oluşturan anne ve iç yüzeyi oluşturan bebek arasında çift yönlü bir geri besleme vardır (Ulnik, 2008).

Anzieu'nun deri benlik olarak adlandırdığı annelik yapan çevre, bebeği mesajlardan oluşan bir dış zarla çevreler, iç zar olan ve mesajların yayıldığı bebeğin bedeni için serbest bir aralık bırakarak kendini belirli bir esneklikte ayarlar. Bu aralık uygun düzeyde olduğunda bebek kendine özgü bir oluşturarak bireyselleşmeyi başarır ve kendini biricik hisseder. Eğer dış yaprak bebeğin bedenine fazla yapışırsa çocuğun ego gelişmesi tıkanır ve çevredeki egolar tarafından kuşatılır (Anzieu, 2008). Çocuğun gelişimi boğulur ve çevre tarafından istila edilir (Ulnik, 2008).

Dış yaprağın fazla gevşek olduğu durumlarda ise, egoda tutarsızlıklar meydana gelir ve iç yaprak düz, sürekli ve kapalı bir zarf oluşturma eğiliminde iken, dış yaprak delikli bir ağ yapısına sahip olur (Anzieu, 2008). Çocuktan gelen sinyaller dış yüzey tarafından tutulamaz ve çocuk uyum ve tutarlılık geliştirme konusunda zorlanır (Ulnik, 2008).

Anne ve çocuğa ait ortak deri bir tarafında annenin bir tarafında bebeğin durduğu bir ara yüzün oluşmasıyla sonlanır. Ortak deri onları yaşamın başlarında bir arada tutsa da bunu gelecekteki ayrılığın temelini oluşturarak yapar (Anzieu, 2008).

Oluşan bu arayüz sayesinde ruhsal işleyiş artan biçimde bir açık sisteme dönüşür ve anne ve giderek ayrılmasını sağlasa da bir taraftan karşılıklı olan ortak yaşam bağını korur. Sonraki aşamada ise, bu ortak deri silinir ve anne ve bebeğin kendi derilerini ve egolarını kabul ettikleri bir dönem gelir. Eğer bu süreç örselenmeden aşılabirise, çocuk ikili bir içselleştirme sonucunda kendine ait bir deri-benlik kazanır. Anzieu deri-benliğin kazanıldığı evreleri şu şekilde sıralar:

- Arayüz, ruhsal içerikleri ruhsal zara dönüştürecek şekilde içselleştirilir. Bu devrede ortaya çıkan fantezi derinin yaralanmaz ve ölümsüz olduğudur. Bu fantezilere, özellikle kopartılan deri fantezilerine saplanma durumunda devreye giren savunma mekanizmaları deri hastalıkları ve mazoşizmin ortaya çıkmasında rol oynar.
- Annelik yapan çevrenin, düşüncelerin, imgelerin ve duyguların iç dünyası şeklinde içselleştirilmesi. Bu evrede yokluk, eksiklik gibi ilk düşünceler belirir ve düş kırıklıklarının zarda açtığı çatlaklara katlanılır hale gelir. Bu durum ancak destek nesneyle temas sürekliliğinin güveninin sağlandığı durumda ortaya çıkar. Nesne ilişkisi yapıştırıcı bir özdeşleşmeye dayanırken, henüz egodan çok iyi ayrılmamış olan kendilik, dış uzamdan ayrı bir iç uzamın kuruluşunu sağlayan duyarlı bir yüzey olarak yaşanır.
- Bu evrede anne bedeninin içinin keşfi fantezileri sayesinde iç dünya örgütlenmeye başlar ve düşünme aygıtı oluşur. Ama ortak yaşam varlığını sürdürür.

Bu son evrede ise, ilkel sahnede bir araya gelen, verimli ve yaratıcı olarak fantezilenen ebeveynle içe yansıtılmalı özdeşleşme ruhsal zamanın edinilmesini sağlar. Özne bir iç öyküye sahiptir ve narsistik ilişkiden nesne ilişkisine geçebilmektedir (Anzieu, 2008).

5.3.2. Deri-Benliğin İşlevleri

Tutma: Deri- benlik tıpkı derinin kas ve iskeletleri bir arada tutması gibi ruhsallığı bir arada tutar. Tutmanın biyolojik yönü Winnicott’ un annenin bebeği tutma (holding) kavramına denk gelirken, ruhsal yönü ise annenin “holding”i içselleştirmesine karşılık gelir. Uyanıkken ruhsallığını işler halde tutan içselleştirilmiş bölüm ise deri-benliktir. Annenin bedeninden aldığı dış destek, bebeğin doğrulmayı sağlayan bel kemiğinin olgunlaşmasını sağlar. Egonun öncü çekirdeklerinden biri annenin ya da genel olarak bir ebeveyn fallusunun içselleştirilmesiyle oluşur ve dikeyliğe ve ağırlığa karşı verilen bu mücadele kendine ait ruhsal bir yaşam edinmeye hazırlık yapılmasını sağlar. Ancak bebeğin egosu sadece annenin derisi ve kendi bedeni arasında sıkı ve tutarlı temas bölgeleri olduğundan ve ruhsallığın çevresinde anne ruhsallığının benzer bir kuşatması olduğundan emin olursa bu desteğe tam olarak güvenebilir. Çocuğun sırtı kendi bedeninin dokunamadığı ve göremediği bölümdür. Çocuk sırtını destek nesneye yasladığında arkadan korunduğunu ve kollandığını hissetmektedir. Bedeninin ön tarafının destek nesneye yasladığında ise, bedeninin en değerli ve hassas bölümü olan karnının ötekinin bedeni aracılığıyla kökensel uyarılma engelini arkasında korunduğu duygusunu yaşar. Bu deneyim anne ya da babayla ya da aynı yatağın paylaşıldığı kardeşlerle uzun süre devam eder.

İçerme: Deri-benliğin içerme işlevi derinin bedenin tüm yüzeyini örtmesi ve tüm dış duyu organlarına sahip olması işlevine denk düşer. Winnicott’ un ise “handling” kavramını karşılar. Bebekte kese olarak deri duyumunu sağlayan şey, annenin bebeğin gereksinimlerine uygun olarak verdiği bakımdır. Deri-benlik annenin bedeni ile bebeğin bedeni arasındaki oyunların yanı sıra, annenin bebeğin duyumlarına ve heyecanlarına verdiği yanıtlardan ortaya çıkar. Bunlar diğerinin taklit edildiği jسته ve söze dayalı, bebeğin kendisini yok olmuş duygusunu yaşamadan giderek kendi adına yaşamasını sağlayan dairesel yanıtlardır. Deri-benlikteki bu içerici işlevin eksikliğinde iki kaygı türü ortaya çıkar. Bunlardan ilki yaygın, sürekli, dağınık, sınırları belli olamayan, tanımlanamayan ve yatıştırılamayan dürtüsel uyarılma kaygısıdır. Bu kaygı türünde birey, kabuksuz bir çekirdekten oluşmuş ruhsal bir topografiye sahiptir ve yaşadığı her fiziksel ya da ruhsal açıda ikame bir kabuk arar. İkinci kaygı türünde ise, birey yine acı çekiyordur, bu kez kabuk vardır ama kabuğun sürekliliği deliklerle kesintiye uğramıştır. Burada deri-

benlik kevgir şeklini almıştır ve düşünceler ve anılar zorlukla korunabilmekte, kolaylıkla kaçırılmaktadır.

Uyarılma Engeli: Üstderi organizmayı fiziksel saldırılara ve aşırı uyarılmalara karşı koruyan sinir uçlarının ve dokunma cisimciklerinin bulunduğu derinin en duyarlı bölgesidir. Freud, üstderinin aşırı uyarılmalarına karşı koruma görevine karşılık gelebilecek olan egonun uyarılma engeli işlevini 1895'te "bilimsel bir psikoloji taslağı" adlı çalışmasında öne sürmüştür. Freud, annenin bebeğe ek uyarılma engeli olarak hizmet ettiğini ve bunun bebeğin derisinin aynı işlevi üstlenene kadar devam ettiğini dile getirir. Uyarılma engelinin fazlalığı ve eksiklikleri çeşitli şekillerde ortaya çıkar. Tustin tarafından tanımlanan ahtapot-benlikte deri benliğin işlevlerinden hiçbirisi ne destek, ne içeren ne de uyarılma engeli görevini yerine getirmemektedir. Kabuklu-benlikte ise, olmayan içerinin yerine geçen ve deri benliğin işlevlerinin tetiklenmesini yasaklayan katı bir bağa taşınma söz konusudur. Paranoid durumlarda görülen "düşüncelerimi alıyorlar" ya da "aklıma düşünceler sokuyorlar" gibi cümleler ise uyarılma engelinin varlığını göstermekle birlikte yetersizliğini ortaya koymaktadır. Üstderi olmadığında ise, uyarılma engeli altderiden destek olarak çalışmaya başlayabilir.

Bireyleşme: İnsan derisi rengiyle, dokusuyla ve kokusuyla bireysel farklılık gösterir. Bu özelliklere yapılan narsisistik ve toplumsal yatırımlar yapılabilir ve bu farklılıklar ötekiindeki bağlılık ve aşk nesnelerini ayırt etmeye ve kendini, kendi kişisel derisine sahip bir birey olarak ifade etmeye olanak sağlar. Deri benlik ise, kendiliğe biricik bir varlık olma duygusunu taşıyan bir kendiliğin bireyselleşmesini sağlar.

Duyulararasılık: Derinin dokunma duyusundan başka diğer duyu organlarının da yerleştiği bir yüzey olması gibi, deri benlikte çeşitli doğalara sahip duyuları kendi aralarında birbirine bağlayan ve dokunma zarının oluşturduğu kökensel zemin üzerinde şekiller olarak ortaya koyan ruhsal bir düzeydir. Bu deri benliğin duyulararasılık görevine karşılık gelir ve temel göndermesi her zaman dokunma olan "sağduyu"nın oluşmasıyla sonuçlanır. Bu işlevin eksikliğinde birey bedeninin parçalara ayrıldığı, yani tüm duyu organlarının dağıldığını hissettiği bağımsız, anarşik bir işleyiş kaygısı yaşar.

Cinsel uyarılma desteği: Bebeğin derisi annenin libidinal yatırımının nesnesidir. Hoş bir duygu sağlayan deri deriye temaslara beslenme ve bakım eşlik eder, otoerotizmi hazırlar ve deri hazlarını cinsel hazların zemini olarak yerleştirir. Deri-benlik, normal gelişme durumunda, bu yüzey üzerinde erojen bölgelerin lokalize edilmesi, cinsiyet farklılıklarının tanınması ve cinsiyetlerin karşılıklı tamamlayıcılığının olduğu durumlarda cinsel uyarılma desteği görevini yerine getirebilir. Eğer deriye yapılan yatırım libidinal olmaktan çok, narsisistik bir yatırımsa, uyarılma zarının yerini sahibini yaralanmaz, ölümsüz ve kahramansı kıldığı varsayılan narsisistik bir zar alabilir. Cinsel uyarılma desteği sağlanmazsa, erişkin hale gelen birey, karşılıklı bir genital doyumla sonuçlanabilecek tam bir cinsel ilişkiye girmek için kendini güvende hissetmez. Eğer çıkıntı ve delikler erojen olmaktan çok algojen deneyimlerin yerini oluşturursa, delikli bir deri-benlik şekillenmesi güçlenir, zulüm kaygısı yükselir ve acıyı hazza çevirmeyi hedefleyen cinsel sapkınlıklar artar.

Libidonun yeniden dolması: Dış uyarılmalar yoluyla duyuşal-motor kas gerilimini sürekli uyarar bir yüzey olan derinin bu işlevinin karşılığı ise deri-benliğin iç enerji gerilimini koruması ve ruhsal alt sistemler arasında eşitsiz bir biçimde dağıtarak libidinal olarak yeniden yüklenmesini sağladığı işlevidir. Bu işlevdeki aksaklıklar, aşırı uyarılma yükünün etkisiyle ruhsal aygıtın patlayacağı kaygısı ve gerilimin sifıra inmesini arzulayan Nirvana kaygısını üretir.

Duyusal izlerin kaydı: İçerdiği dokunsak duyular aracılığıyla derinin dış dünyaya ilişkin bilgileri (sıcak-soğuk, acı gibi) üretmesi gibi deri-benlik de dokunsal duyusal izlerin kaydedilmesi görevini yerine getirir. Deri-benliğin bu işlevi, gerçekliğin ilk resminin deriye işlenmesi ile biyolojik, bireyin çizgilerle, makyaj ve saç biçimi gibi özellikleriyle bir gruba ait olduğunu gösteren toplumsal olmak üzere ikili bir destekle gelişir. Bu işlevin aksaklığında ortaya çıkan kaygılardan biri beden ve egonun yüzeyinin üstbenlikten gelen lekeleyici ve silinmez kayıtlarla damgalanmış olduğudur. Kızarıklıklar, ekzema ve simgesel yaralar gibi. Bunun tersi olan kaygı türünde ise, ya çok yazılıp silinmiş olması nedeniyle kayıtların silikleşmesi tehlikesiyle ya da örneğin uykuda izleri sabitleme kapasitesinin kaybı ile ilgilidir (Anzieu, 2008).

5.3.3. Bebekte Temel Güven Duygusunun Oluşumu

Anzieu, Bowlby ve Montagu'yu temel alarak bekteki güven duygusunun anne ile kurulan temas ve ona yapışma yoluyla kurulan bağlanma dürtüleri aracılığıyla kurulduğunu savunur (Ulnik, 2008).

Bebek, annenin emzirme ve bakım amacıyla yaptığı kendisini bedenine yapıştırması, sallaması, kolunda tutması, taşıması, yıkaması, okşaması gibi durumlarla annenin sıcaklığını, kokusunu ve hareketlerini hisseder. Bebek, yüzey olarak deri algısını, kendi bedeniyle annesinin bedeninin temas deneyimleri vesilesiyle ve annesiyle olan güven verici bağıllık ilişkisi ile kazanır. Böylece yalnızca içeri ve dışarı arasındaki sınır kavramını değil bedensel bütünlüğüne olan güveni sayesinde diğer delikleri de kontrol konusundaki güvenini de kazanır (Anzieu, 2008).

Oluşan bu temel güven duygusu Anzieu'ya göre, daha sonra bebeğe dış dünyadaki nesneleri keşfetme ve düzenleme için olanak sağlar ve anneden ayrılmamanın başarılmasına temel hazırlar. Dolayısıyla güven duygusunun kazanılması ve sembolik kapasitenin gelişimi arasında bir ilişki vardır (Ulnik, 2008).

Bebek için kendi ve annesinin bedeninin toplam yüzeyi, duygusal nitelikleri nedeniyle güveni, hazzı, düşünceyi uyardıkları için emme ve dışkılamaya ve ya deliklerin işleyişinin ürünlerini temsil eden iç nesnelerin fantezi düzeyindeki varlığına bağlı deneyimler kadar önemli deneyimlerin nesnesini oluşturur. Banyo, yıkama, ovalama gibi bakımlar üstderide istemsiz uyarılmalara yol açar ve deri hazzının varlığını bilen bebekler okşamalarla ve oyunlarla bu hazları istemli olarak kışkırtırlar.

Anlamlı temaslar bebeğin yalnızca bedensel değil, ruhsal gereksinimlerinin de doğru anlanıp doyurulmasına bağlıdır. Bunun sonucunda rahatlayan bebek zarın öteki tarafında tamamlayıcı, ihtiyaçlarını giderici bir varlığın olduğu yanılması oluşturur ki bu deri-benliğin oluşması için zorunludur. Bebek artık anne ile ortak bir deriye sahip olduğu fantezisini yaratır (Anzieu, 2008).

Dolayısıyla anne ile bebek arasında erken sözel öncesi dönemde bir mesaj alışverişi başlar. Çocuğun gelişmesiyle deri erotize olur ve deri hazları erişkin cinselliğinin ön hazırlığı olarak bütünleşir. Ancak bu kendi derisine kazanılan asgari bir güvenlik duygusu sonucunda ortaya çıkar (Anzieu, 2008).

Güven duygusu olmaksızın objelerin yokluğu tolere edilemez, yokluk kavramı olmaksızın da sembolik kapasitenin gelişimi için gerekli olan malzeme üretilmez. Yokluk kavram izlenim oluşturma kapasitesi ve sevilen nesnelerden ayrılmayı tolere etme kapasitesi ile iç içedir. Simbiyotik ilişkilerde bu ayrılma gerçekleşmez ya da çok travmatik bir hal alır. Ters durumda ise, çocuk sevdiği nesnelere ve kişilere saplanmadan ve onların derilerinden gelen sinyallere ve onaylarına ihtiyacı olmaksızın bu ayrılığı başarabilir (Ulnik, 2008).

İkili Dokunma Yasağı: Çocuk yer değiştirme ve iletişim dünyasına girdiği zaman aile çevresinin ona koyduğu ilk kurallar dokunsal temaslarla ilgilidir. Fiziksel şiddeti ve ya cinsel baştan çıkarmayı engelleyen dokunma yasağı odipal yasaktan önce gelir, onu önceler ve olanaklı kılar (Anzieu, 2008).

Anzieu'ya göre dokunsal olan ancak gerekli zamanlarda yasaklandığında kurucu olabilir. Doğası gereği her yasak çift kutupludur ve bir gerilim yaratır. Bu gerilimler ruhsal aygıtta bazı işleyişleri ketlerken bazılarını değiştirmeye zorlar (Anzieu, 2008).

Dokunmadaki yasaklama hem saldırgan dürtülere hem de seksüel dürtülere uygulanarak iki temel dürtü ile de ilişkilendirilir. Bunun sonucunda dürtülerin basıncı kanalize edilir, bedensel kaynakların sınırları belirlenir ve dürtünün nesnesi ve amacı yeniden düzenlenir. Dokunma yasağı, tanıdık olan korunan ve koruyucu bölgeyi tehlikeli olandan ayırırken bedeninden öteki bedenlerden ayrılmasını sağlar (Anzieu, 2008).

Anzieu dokunma yasağını birincil ve ikincil olarak ikiye ayırır. Birincil dokunma yasağı, varlığa bir birey olmasını dayatır ve anne karnına dönüşü yasaklar. Yasaklama, annenin bebeği memeden çekme, beşiğine koyma gibi fiziksel eylemlerle bebeğe gösterilir. Bu yasak bağlanma ve tutunma dürtüleri ile bir karşıtlık

gösterir. Birincil dokunma yasağına karşılık düşen fiziksel ceza ise, anne ve bebeğin ortak derisinin çıplak bırakan koparıma fantezisi (Anzieu, 2008).

İkincil dokunma yasağı ise, her şeye dokunulmayacağı, sahip olunmayacağı ve her şeyin ele geçirilmeyeceği temalarını içeren el koyma dürtüsü ile ilgilidir. Yasaklama jest ve dille ifade edilir. Çocuk örtük olarak nesnelere alınmadan ya da dokunulmadan önce sorulması gerektiğini, reddedilmeye hazır olmayı ve nesneleri parmağıyla göstererek değil adlarını söyleyerek ifade etmesi gerektiğini öğrenir. Fiziksel ceza tehdidi ise, bu yasağı uymayan elin cezalandırılacağı şeklindedir (Anzieu, 2008).

Anzieu ruhsal aygıtın işleyişinin yapılandırılması ve etkin olarak işlemesi için dokunma yasağına bakıcıların ve ebeveynlerin de uyması gerektiğinin önemi üzerinde durur (Anzieu, 2008).

5.3.4. Anzieu'nun Kuramında Erken Dönem Nesne İlişkilerinin Deri Hastalıklarının Oluşmasındaki Rolü

Anzieu, annenin bedeni ve derisiyle temasta eskiden yaşanmış bir eksiklikten çok annelik bakımları nedeniyle derinin aşırı uyarılmasına özgü deri hastalıklarının olup olmadığını merak eder ve bunların birincil dokunma yasağı etrafında ortaya çıktığını düşünür (Anzieu, 2008).

Anzieu'ya göre anaç temaların eksikliği yeni doğanın ruhsallığı tarafından bilinçdışında annenin bedenine yapışma yasağının aşırı, erken ve şiddet içeren bir uygulama olarak yaşanmasına neden olur (Anzieu, 2008).

Anne temasının aşırı uyarıcılığı ise, uyarılma engelini aştığı ölçüde rahatsız edici olur ve ruhsal aygıt kendine bir zar oluşturmak için dokunma yasağını ihlal eder (Anzieu, 2008). Dokunsal yasağın çiğnenmesi sonucu bir uyarı kalkanı ve kendini koruyan bir zarf geliştiremez (Ulnik, 2008).

Bunun sonucunda deri-benlikteki boşlukların niceliği ve niteliği ile orantılı olarak deri hastalığı ortaya çıkar (Anzieu, 2008).

Anzieu deri üzerinde hasar yaratılarak oluşan deri hastalıkları ve mazoşizm arasında da bir ilişki olduğunu öne sürmüş ve bu hastaların bir acı zarfindan “envelope of suffering” mustarip olduğunu söylemiştir (Ulnik, 2008).

Anzieu’ya göre, bedensel bakımlar sırasında anne bebeğe iki tür mesaj iletir. Bunlardan ilki uyarılmayla ilgiliyken diğeri bebeğe dış dünyadan gelen tehlikeler, canlı-cansız ayrımı gibi bilgileri iletirler. Bu iki tür mesaj başlangıçta farklılaşmamıştır ve anne ya da annelik yapan çevre bu temasları karıştırdığında farklılaşmadan kalırlar (Anzieu, 2008).

Eğer temas yoluyla iletilen bu mesajlar bebeğe uygun zamanda verilmez, yetersiz ve şiddet içerikli olursa bebek, ortak derinin koparıldığı ve yırtıldığı fantezisini canlandırır. Deri üzerindeki yıkıcı davranışlarla özne içsel nesneyi yırtmayı, nesneyle yapışan bir özdeşim kurmayı arzular ve konteynır kendi kendini yıkan bir zarf olarak hissedilir (Ulnik, 2008).

5.4. Spitz’in Çalışmalarında Erken Dönem Nesne İlişkisinin Egzama Oluşumundaki Rolü

Yaşamın ilk yılına ilişkin çalışmalarıyla tanınan Spitz, ayrıntılı ve gözleme dayalı çalışmalarıyla psikanaliz ve psikiyatriye hem kuramsal katkıda bulunmuş hem de çocuk bakımını ilgilendiren tüm alanlarda var olan uygulamalara yeni boyutlar kazandırmıştır.

Spitz, çocuk egzamasının kendine özgü psikolojik özelliklerini incelediği çalışmasında Alexandr ve Chicago Okulu’nun yetişkinlerle yaptığı psikosomatik çalışmaların izinden gitmiş ve bu çocukların anneleriyle kurdukları ilişkileri incelemiştir (Szwec, 2008).

Spitz, hamile olan suçlu annelerin bulunduğu, orada doğum yaptıkları bir ceza evinde bu annelerin çocukları ile bir çalışma yapar. Çalışmanın sonucunda yaşamlarının ilk yılının ikinci yarısında bu çocukların egzama yüzdesinin diğer kurumlarda ve kendi ailesinin yanında büyümüş çocuklara oranla daha yüksek olduğunu bulur. Bu hastalık ve nesne ilişkilerinin gelişimi arasında bir bağ kurar. Egzaması olan ve olmayan çocukları ayırt eden iki önemli faktör belirledi. Bunlardan

ilki doğuştan gelen eğilim iken, ikincisi anne-çocuk ilişkisi ile sınırlı psikolojik etkendi. İlk etken doğuştan mevcut olan ve derinin uyarılabilirliğinden kaynaklanan etkendi. İkinci etken ise, nesne ilişkilerine bağlı 8.ayda ortaya çıkan yabancı endişesinde yaşanan farklılıkla ilgiliydi. Egzaması olan çocukların sadece %15'i yabancı endişesi yaşarken olmayan egzamasız çocukların %85'i bu endişeyi yaşamaktadır (Belot, 2013).

Araştırmanın sonucunda bu çocuklarının annelerinin, çocuklarına dokunmaktan hoşlanmadıklarını ve her zaman kurumdaki bir arkadaşından bebeği kundaklamalarını, yıkamalarını ve beslemelerini istediklerini buldu. Bunun yanında çocuklarının kırılganlığını ve dayanıksızlığını kendilerine dert ediniyorlardı (Ulnik, 2008).

Spitz'e göre, annenin tatmin edemediği ihtiyaç nedeniyle doğuştan gelen bu eğilimleri egzamalı çocukların deri algısına ruhsal yatırım yaparak derilerinin libidanilizasyonunu ortaya çıkarır ve bu durum birincil özdeşim zorlukları ile sonuçlanır (Szwec, 2008).

Çocuğun annenin dokunmasına olan talebi ve annenin bu talebe verdiği olumsuz yanıt egzama biçimindeki bir tepki olarak ortaya çıkabilir ve annenin vermeyi reddettiği bu uyarımlar egzama yoluyla bedensel alanda kendi kendine sağlanarak narsisistik bir yalıtım olabilir (Anzieu, 2008).

5.5. Pierre Marty ve Alerjik Nesne İlişkisi

Marty 1957 yılında Paris Psikanaliz Kurumu'nda yaptığı bir sunumda astım, egzama, alerjik nezle, ürtiker gibi alerjik hastalarda özel bir nesne ilişkisi tanımlamıştır (Parman, 2005).

Alerjik nesne ilişkisinde libidinal sistemde bir durgunluk olduğundan bahseden Marty, bu ilişkideki öteki olmak, onunla karışmak, ondan ayrılmamak ve onunla tamamen çatışmasız bir ilişki sürdürme arzusunun üzerinde durur (Szwec, 2008).

Marty'e göre alerjik nesne ilişkisinde iki evreli bir hareket söz konusudur. Özne önce nesneyi yakalar ve nesneye karşı çok derin bir özdeşleşme sürecine girer.

Bu sınırsız özdeşim bir kaynaşmayı (füzyon) anımsatır. Özdeşleşme yanında öznenin kendini nesneye yansıttığı, kendi özellikleri ile donattığı bir dönem söz konusudur. Sonraki aşamada bu birinci özdeşleşme nesnesi yeniden düzenlenir. Temel işlevi nesneleri düzenlemek olan alerjik benlik oldukça zayıf bir benliktir. Nesne özneyi aşan yeni özelliklere sahip olduğunda ya da özdeşleşilen iki nesne arasında uyumsuzluk olduğunda özne iki özdeşleşme arasında parçalanır. Ortaya çıkan gerilim alerjik kişilerde çok görülen kişiliksizleşmeyi (depersonalizasyon) ortaya çıkarır ve alerjik tepki arkaik bir takılma ile bir savunma çizgisi oluşturur (Parman, 2005).

Alerjik takılmada iki tür gerileme ortaya çıkar. Bunlardan ilki alerjik nesne ilişkisi, ikincisi ise, bu kaçınmayı sürdürmedeki başarısızlık sonucu ortaya çıkan öteki ile karışıklığa yol açan alerjik krizdir. Bu gerilemeler sınırlı olmakla birlikte bir engelin aşılmasına olanak sağlayarak, kişiliğin bütün olarak gerilemesine engel olmaktadır (Szwec, 2008).

Marty'e göre, alerjik öznenin üst benliği iyi yapılanmadığından, üst benlikten gelen düşmanlığa maruz kalması olası değildir ve tüm çatışmaları inkâr etmeye olan eğilimi birincil olmaktan çok doğumdan önce ortaya çıkan bir ilk çatışmadaki hareketle örgütlenir. Bu ilk çatışma fetüs ve annesi arasındaki sıvıya yerleşir dolayısıyla alerjik özne önce anne sonra onun yerini dolduran tüm nesnelerle çatışmayı inkâr ederek ilk çatışmaya duyduğu tepkiyi ortaya koymaktadır (Szwec, 2008).

5.6. Esther Bick ve İkinci Kas Derisi

Klein ve Bion'un öğrencisi olan İngiliz psikanalist Esther Bick, süt bebekleri ile yaptığı sistemlerin sonunda 1968 yılında "ikinci kas derisi" varsayımını öne sürdü (Anzieu, 2008).

İkinci kas derisi kavramı derinin, iç ve dış alanlardaki sınır olma, destekleme, bütünleştirme ve dönüştürme görevlerine gönderme yapar (Ulnik, 2008).

Bick'e göre derinin içinde kişiliğin en ilkel parçalarını bağlayıcı bir güç (binding force) vardır ve bu parçalar derinin sınır olma işlevi aracılığıyla bir arada

tutulur. Kendiliğin bölümlerinin bütünleşmesi ancak dış bir nesnenin içe alınmasıyla gerçekleşir. Kendiliğin bir parçası olan bu içe alım sürecinde iç alanda bir boşluk ortaya çıkar ve nesne içe yansıtılamazsa kimlikte bir konfüzyon ve patolojik yansıtımlı özdeşimler ortaya çıkar (Bick, 1968).

İçe yansıtılan bu nesne emzirme sırasında bebeğin ağızındaki meme ucu ve bedeninin tutan annenin derisinin sıcaklığı, sesi, tanıdık kokusu tarafından içeren kendi derisi üzerinde eş zamanlı olarak edinilen ikili deneyim aracılığıyla oluşur. İçeren nesne somut bir deri gibi yaşanır. Eğer bu içeren işlev içe yansıtılırsa, bebek bir kendilik kavramı edinir ve her birini kendi derisinde içerdği kendilik ve nesnenin ayrılmasını başarır. Eğer bu işlev anne tarafından yerine getirilmez ya da bebeğin yıkıcı dürtüleri tarafından zarar görürse bebek tarafından içe yansıtılamaz, bebek sürekli olarak bedeninin bölümlerini kısa bir süre de olsa bir arada tutacak olan bir nesne aramayı sürdürür. Birinci derinin kötü işleyişi bebeğin içeren nesneden normal ayrılmasının yerini alan ikame edici, bir kas taklidi olan ikinci derinin almasına yol açar (Anzieu, 2008).

5.7. Deri Hastalıklarının Oluşumunda Erken Dönem Nesne İlişkilerinin Rolüne Dair Diğer Görüşler

Yukarıda bahsedilen psikanalistlerin dışında da Post-Freudyen psikanalistlerden psikosomatik problemlerin içinde yer alan dermatozlarla ilgilenen diğer pek çok araştırmacı ve psikanalist de bu hastalıkların oluşumunda erken dönem nesne ilişkilerinin önemini vurgulamıştır.

Fernández'e göre, derinin koruma ve onay görevi iki annesel görevle paralellik gösterir. Annenin bu işlevleri yerine getirmedeki yetersizliği oldukça zarar verici bir hal alır ve çocuk üzerinde açık bir yara (raw) bırakır. Bununla bağlantılı olarak deri hastalıkları narsisistik koruma fonksiyonlarındaki travmatik kaybın bir sonucu olarak ortaya çıkar. Onaylayan ve koruyan bir annenin yokluğunda özne gerekli simbiyozu engel olur ve ilişki kurmayı veya kaynaşmayı arzulayan kayıtlar (füzyon) ortada kalır. Fernández ürtiker, kusma, kaşınma ve alerji gibi somatizasyonların temelinde koruyucu olmaktan çok tehdit edici bir anne imagosundan kurtulmak olduğunu savunur ve özümselemeyen bu iç nesnenin

kendine olacak olan özdeşimin önünde bir engel oluşturabileceğini ve kişilik bozukluklarının dermatolojik hastalıkların içinde bir mesaj olarak kaldığını öne sürer (Ulnik, 2008).

Szwec ise, egzaması ya da başka deri hastalığı olan bebeklere annelerinin dokunmaktan kaçındığını ya da fazla endişeli dokunduğunu ileri sürer. Handling-holding durumlarıyla bağlantılı olarak deri deriye olan temasların yokluğu sonucunda çocuk, travmatik bir uyarım kaynağı olan nesnenin varlığını ortadan kaldırmaya çalışır. Çocuk annesinin kucağında durmak istemeyebilir ve yaşının ötesinde otonomi davranışları geliştirerek anneyi kendinden uzak tutabilir. Szwec, henüz algıların ve tasarımların farklılaşmadığı bir dönemde olan bebeğin anne nesnesiyle ilgili olan özellikle dokunsal olanları ortadan kaldırarak aslında onunla yaşadığı bazı ilişki tasarımlarını yok etmeye çalıştığını söyler (Szwec, 2008).

Nörodermatitli kadınlarla yaptığı çalışma sonunda Ackerman, bu kadınların ciltlerini mahvederek hem kendilerine hem de başkalarına çirkin göründüklerini böylece babaya olan aşklarını engelleyerek fantezilerindeki suçlu anneye karşı hatırladıkları gerçeğe dönmekten kaçındıklarını ortaya koymuştur (Ulnik, 2008).

Biven ise, “normal ve anormal gelişimde derinin rolü” adlı çalışmasında, yeni doğan bebeğin en iyi tanımayı öğrendiği şeyin anne derisi olduğundan bahseder. Aynı çalışmada bebeğin ağzının beslenmeye olduğu kadar dokunmaya da yaradığını böylece kimlik duygusunun kazanılmasını kolaylaştırdığını ve nesnenin deri yoluyla içe alındığını vurgular. Kendi derisine otoerotik yatırımın annelerinden çok erken ayrılmış bebeklerde daha sık görüldüğünü ve böylece derinin bu hastalara bir fantezi çekirdeği sunduğunu ileri sürer (Anzieu, 2008).

6. ARAŞTIRMANIN AMACI VE HİPOTEZLERİ

Son yıllarda yapılan çalışmalar deri hastalıklarının oluşumunda erken dönemde anne ile kurulan ilişkinin önemini ortaya koymaktadır. Çocuğa verilen annesel bakımın kalitesi ve çocuğun ne hissedip yaşadığı temel olarak çok önemli bir konumdur.

Literatürde bebeklik sırasında anne ile yumuşak, sıcak ve anlamlı temaların kurulamamasının, annenin uyarı kalkan oluşturma kapasitesinin yetersiz kalmasının sonucu pruritusun ortaya çıkabileceğine dair bilgiler bulunmaktadır. Uyarı kalkanlarının da yeterince işlememesi sonucu anne imgesi nüfuz eden ve persekütif olarak algılanabilmektedir. Bu durumda annenin kapsama, koruma ve onay işlevlerini yerine getirme kapasitesinin yetersizliğinden da söz edilebilir ve erken dönemdeki anne güvenilir bir nesne olarak işlenemez.

Bu çalışmanın amacı, psikojenik pruritus tanısı alan hastaların erken dönemde anneyle olan ilişkilerinin niteliğini yukarıda bahsedilen bilgiler doğrultusunda Rorschach Testi ile değerlendirmektir.

Rorschach Testinin kullanılmasındaki temel amaç; psikojenik pruritus tanısı alan hastaların anne imgesi ile olan arkaik yaşantılarına dair ipuçlarına ulaşmak, nasıl bir anne imagosuna sahip olduklarını anlamak, öteki ile olan ilişkilerinde kendilerini nasıl konumlandıklarını ait bilgi edinmek, nasıl bir beden tasarımı verdiklerini, cinsel özdeşimlerini ve düşlemsel olarak gerilediklerinde ne tür tasarımlar ortaya koyduklarını araştırmaktır.

Testin özellikle 1,7 ve 9. kartları anne imagosu olan ilişkiler konusunda bilgi edinmeyi sağlar. 1. Kartın anne ile olan ilişkilere gönderme yapmasının nedeni ilk kart olması ve sembolik olarak da kişinin anne ile yaşama başlamasını temsil ediyor olmasıdır. Bu kartta pregenital anne olumsuz, tehditkâr ve endişe verici algılanabileceği gibi, anne imgesi oldukça güçlü de hissedilebilir. Kart 7 ise, anne imagosuna gönderme yapan en önemli kart olmakla birlikte, yapısından dolayı arkaik döneme ait bilgileri daha kolay sunar. Regresif olarak bu karta oral ve anal temalar içeren yanıtlar da gelebilir. 9.Kart testin en zor kartı olmakla birlikte ilk dönem ilişkilerine ait önemli bilgiler sunar. Persekütif ve agresif nesne ilişkilerine ait yanıtlarda yine kişinin ilk dönem ilişkilerinin anlaşılmasını kolaylaştırır.

Testin 2. ve 3. Kartları ise anne ile olan ilk dönem pregenital temaların yanında sevgi ve nefret ilişkilerini veren öteki nesne ilişkilerine dair bilgiler sunar. Cinsel ve agresif dürtülerin verildiği bu karttaki temalar kişinin öteki ile kurduğu ilişkideki konumunu ortaya koyar (İkiz, 2007).

Bu çalışmada psikojenik pruritus hastalarının pregenital anne imagosuna ve onunla kurduğu ilişkilere ait bilgileri edinmek için öncelikle 1,7 ve 9 kartlara verdikleri yanıtlar ve anne ile olan ilişkilerinde kendilerini nasıl konumlandıklarını anlamak için 2. ve 3. Kartlara verdikleri yanıtların önemli olduğu düşünülmüştür.

Dokunmaya ilişkin estompaj (E) yanıtları ise, genellikle afektif ihtiyaçlarla bağlantılı olup, daha erken dönemdeki sorunlara işaret etmektedir. Dokunma duygusu bebekle annenin ilk temasını kapsamaktadır. Freud’a göre de ego öncelikle beden egosu olup, bebeğin dünyayla ilk teması deri aracılığıyla gerçekleşmektedir. Anzieu tarafından oluşturulan “deri benlik” kavramı da erken dönem ilişkilerindeki derinin duyarlılığının önemini vurgulamaktadır. Deri bedeni kaplamanın yanında duygusal iletinin de yapıldığı en önemli organdır. Bebek kendisini dış dünyanın tehlikelerine karşı korurken yoğun bir kaybetme anksiyetesi yaşar. Bebek kendisini bu saldırılardan ilk etapta deri yoluyla korur. Bariyer işlevi gören deri aynı zamanda içten gelen heyecanların düzenlenmesini de sağlar. Bu erken dönemdeki eksiklikler ve duyarlılıklar Rorschach Testindeki “deri” yanıtları ile ortaya çıkar. Fiziksel temasın önemine dikkat çeken doku yanıtları bağımlılık ve pasifliği de harekete geçirir. Bu yanıtlara “post”, “hayvan derisi” ve “çamur” gibi yanıtlar örnek gösterilebilir (İkiz, 2007).

Bu bilgiler ışığında çalışmanın hipotezleri şunlardır:

- Psikojenik pruritus tanısı alan hastaların erken dönem anne bebek ilişkisinde annesel işlevlerin yerine getirilmesinde yaşanan aksaklıktan dolayı olumsuz bir anne imgesine sahip oldukları ve anneye doyumlu ve güvenilir bir ilişki kuramadıkları düşünülmektedir.
- Psikojenik pruritus tanısı almış hastaların deri benlik yapılarında erken dönemde anne ile kurdukları fiziksel temastaki problemler nedeniyle bozulmalar olabileceği düşünülmektedir.

➤ Psikojenik pruritus tanısı alan hastaların sınır işleyişlerdekine benzer füzyonel ve simbiyotik bir anne bebek ilişkisine sahip oldukları düşünülmektedir.

7. METODOLOJİ

7.1. Çalışmanın Katılımcıları

Bu yüksek lisans tezinde, Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dermatoloji servisine başvurmuş, Psikojenik pruritus tanısı almış, yaşları 22 ile 57 arasında değişen toplam 20 yetişkin gönüllü hasta ile yüz yüze görüşülerek çalışılmıştır. Dermatoloji uzmanı hekim tarafından tanı konulan hastalara yapılacak çalışma hakkında genel bir bilgi verilip onayları alınarak çalışmaya başlanmıştır. Hastalara ait kişisel ve kimliği tanıtıcı bilgiler saklı tutulmuş ve herhangi bir bilgi araştırma amacı dışında kullanılmamıştır.

Araştırmaya 20 hasta ile başlanmış, ancak Rorschach Testinden elde edilen veriler değerlendirildiğinde 3 hastanın testinin geçersiz olduğu görülmüştür. Tezin bulgular ve sonuç bölümleri kalan 17 hastadan elde edilen veriler doğrultusunda yazılmıştır.

Katılımcıların Araştırmaya Alınma Kriterleri

- Kaşıntının en az 6 hafta ya da daha uzun süredir devam ediyor olması
- Kaşıntının altında başka herhangi bir dermatolojik, nörolojik ya da başka bir organik hastalığın olmayışı
- Hastaların 18 yaşından büyük olmaları
- Testi doldurabilecek mental düzeyde olmaları
- Gönüllü olmaları

7.2. Çalışmada Kullanılan Ölçüm Araçları

Çalışmada öncelikle, araştırmacının kendisi tarafından, hastalarla yüz yüze psikanalitik yönelimli, yarı yapılandırılmış, ayrıntılı bir ön görüşme yapılmıştır. Daha sonra gönüllü olan 11 hasta ile görüşmeler haftada 1 kez olmak üzere devam etmiştir.

7.2.1. Sosyodemografik ve Klinik Veri Toplama Formu

Yapılan ilk görüşmede, katılımcıların yaş, eğitim, gelir, meslek, medeni durum ve ailevi özelliklerini, hastalığa ilişkin klinik geçmişlerini ve olası diğer bedensel, ruhsal hastalıklarını ve daha önce aldıkları tedavileri tespit edebilmek amacıyla kısa bir demografik bilgi formu sunulmuştur.

7.2.2. Yarı Yapılandırılmış Psikanalitik Yönelimli Öngörüşme

Psikanalitik yönelimli ön görüşme hastalara Rorschach Test verilmeden önce yapılmıştır. Görüşme aracılığıyla, hastanın kişisel tarihi, hastalık öyküsü, aile, evlilik ve üst kuşakların öyküsü, ebeveynleri ile olan ilişkisi, ruhsal çatışmaları, ruhsal yatırımlarının neler olduğu, rüyaları ve anne ile olan çocukluk anıları hakkında detaylı bilgiler alınarak hastanın ruhsal işleyişi hakkında bilgi sahibi olmak amaçlanmıştır. Psikanalitik ön görüşmeyle alınan bu bilgiler Rorschach Testinin yorumlanmasına yardımcı olmaktadır. Görüşme esnasında hastanın serbest çağrışım yoluyla aklına geleni söylemesine izin verilerek söylem kesintiye uğratılmadan hastalar dinlenmektedir.

7.2.3. Rorschach Testi

Evrensel bir kişilik değerlendirme testi olan Rorschach Testindeki mürekkep lekelerine verilen yanıtlar kişilerin ruhsal miraslarının sonucunda ortaya çıkmaktadır. Test veri toplamının çok boyutluluğunu açıklamanın yanı sıra, kişilerin sadece verdiği yanıtlara değil, neden ve nasıl o yanıtları verdiklerine de ayrı bir önem atfeder.

İsviçreli Psikiyatr Hermann Rorschach tarafından 1917–1921 yılları arasında geliştirilen test, ülkemizde ilk kez, 1940’lı yıllarda Doç. Dr. Yani Anastasiadis’in paranoyak hastalar ile yaptığı bir çalışmada Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi’nde kullanılmıştır.

Test, testörün sunduğu bir alanda kişinin kendi ruhsal dünyasını, içsel yaşantılarını, hayal dünyasını elindeki malzemeden hareketle ortaya koyabilmesini sağlamaktadır. Kişi, hayal kurma gücünü ortaya koyarak ruhsal dünyasını kartlar aracılığı ile dış dünyaya yansıtabilmektedir.

10 adet mürekkep lekesi içeren karttan oluşan test, 7–70 yaş arası konuşabilen herkese süre sınırlaması olmaksızın uygulanabilir. Kartlar hem çok somut olup elle tutulur malzeme içermekte fakat bunun yanı sıra ne olduklarını tam olarak göstermemektedir. Her kart kendi içerisinde şekil, renk, hareket ve gölge içermektedir. 1, 4, 5, 6 ve 7 numaralı kartlar koyu renkli, siyah ve beyaz, 2 ve 3. numaralı kartlar siyah ve kırmızı renklerden oluşmaktadır. 8, 9 ve 10 numaralı kartlar pastel renkler içermektedir. Yoğun olarak adlandırılan bütün, koyu renkli kartlar beden imgesine gönderme yaparken, diğer ayna şeklindeki kartlarda nesne ilişkilerine ve kişilerarası tasarımlara gönderme yapılmaktadır (İkiz, 2007).

Rorschach kartlarının duyumsal özellikleri incelendiğinde ise, 1,4,5 ve 6.kartların gri-siyah renk ve tonlarda, 7.kartın sadece gri, 2. ve 3. kartların ise siyah-beyaz ve kırmızı renklerde oldukları ve 8,9 ve 10.kartların ise pastel renklerde oldukları görülmektedir. Tüm bu renk ve tonlar, hastanın içsel süreçlerinde yaşadığı duyguları rahatlıkla ortaya çıkartıp teste yansıtmasına yardımcı olmaktadır. Koyu renkli gri veya siyah olan kartlara endişe, sıkıntı gibi duygular daha rahat bir şekilde yansıtılırken, baskın renkleri içeren 2. ve 3.kartlara ise, ani, çığ veya şiddetli duyguların verilmesi daha kolay olabilmektedir. Kırmızı renk, sembolik ve kültürel anlamda dürtüleri harekete geçirdiğinden bu kartlara cinsellik ve saldırganlığa dair yanıtlar gelmektedir. 7.kartın kenar ve köşelerinin net olmaması, bu kartın iç ve dış sınırlar hakkında bilgi vermesini olanaklı kılar. Pastel renkleri içeren 8.kart, kendinden önceki kartlardan sonra farklı bir dünyaya geçildiği hissini yaratmaktadır. 9.kart hem simetrik bir yapıyı hem de ayna özelliğini içermekte ve testin son kartı olan 10.kart, dağınık yapısı ve desenlerinin etrafa saçılmasından dolayı yapısal olarak zorluklar taşımaktadır. Kartların içerikleri ise şu şekildedir:

1. Kart: Testin ilk kartı olması sebebiyle; kişinin nesneyle ilk karşılaşması, ilk dönem yaşantıları, annesiyle ilk dönemde kurduğu ilişki, kendisini anne ya da kadın imgesi karşısında nasıl konumlandığına gönderme yapar.

2. Kart: Bu kart genel itibarıyla iki kişiyi anlatması sebebiyle nesne ilişkilerine gönderme yapar. Karttaki kırmızı renklerin; kişinin dürtülerini, afektif dünyasını cinsellikle ilgili yaşantılarını, kartın ortasındaki boşluğun ise kişideki boşluk hissini ve kişinin bununla nasıl başa çıkacağı konusundaki kaygısını harekete geçirmesi beklenir.

3. Kart: 2. kart ile birlikte yorumlanan bu kartta da yine iki kişiyi anlatması sebebiyle kişinin kendisi ile ötekini nasıl tasarladığıyla ilgili nesne ilişkilerine ait bilgiler vermesi beklenir. Aynı zamanda resim içeriğinden yani resimdeki kişilerin hem kadın hem erkek olabilmesinden dolayı biseksüeliteye de gönderme yapar ve eğer ebeveyn imgesi ile özdeşleşme sorunsalı varsa bunun bu karta verilen yanıtlarla kendisini göstermesi beklenir.

4. kart: Bu kart içeriğinden dolayı fallik simge, erkeğe ait simge net olarak verildiği için kişinin otorite figürü (ebeveyn), güç, kontrol, yönetim ile ilgili düşünceleri, üstbenlik yapılanması ile ilgili bilgiler vermesi beklenir. Aynı zamanda

kişinin güç ve otorite karşısındaki yetersizlik duygularını ve bu duygularıyla nasıl baş edeceği konusundaki kaygısını ve kastrasyon korkularını harekete geçirmesi beklenir.

5. Kart: Bu kartın; kişinin kendilik tasarımlarıyla ilgili bilgiler vermesi beklenir. Kart kişinin kimlik kartı olması nedeniyle verilen yanıtlar kişinin kendisini nasıl gördüğünü yansıtmakta olup aynı zamanda kişinin gerçeğe uyumunu göstermektedir.

6. Kart: 4. kart ile birlikte yorumlanan bu kart erkeğe ait öğeler içermesi sebebiyle, kişinin erkek ile ilişkilerine, baba imgesi ve baba ile ilişkilerine gönderme yapar. Kart aynı zamanda kişinin güç, otoriteye karşı duygulanımlarıyla ilgili bilgiler vermekte olup cinsel semboller, kastrasyon karmaşası, aktiflik/pasiflik durumlarını da harekete geçirmesi beklenir.

7. Kart: Kart içerik olarak kadınsı öğeler içermekte olup kişinin kadın ile ilişkilerine, anne imgesi ve kişinin erken dönem anne ilişkilerine gönderme yapar. Kartta içerik olarak sınırlar kesin olarak belli olmayıp muğlak olduğu için, bunun kişideki sınır kaybını harekete geçirmesi beklenir.

8. Kart: Testin ilk renkli kartı olması sebebiyle kişinin uyaranlar karşısındaki konumuna, yaşama, uyaranların artması durumunda ne kadar uyum sağlayabileceğine gönderme yapar. Kişinin dünya ile olan ilişkileri, hem sosyal ilişkileri, hem de iç dünyasıyla olan ilişkileriyle ilgili bilgiler vermesi beklenir.

9. Kart: 7.kart ile birlikte yorumlanan bu kart testin en zor ve en fazla gerileme gerektiren kartıdır. Kart; çok erken dönem anne ilişkilerine, pregenital anne kavramına, hamilelik ve doğum fantezilerine, anne ve kadınlık imgelemelerine gönderme yapar. Aynı zamanda kişinin kendisine karşı ve dünyaya karşı tek başına olması durumunu ve bu durumla nasıl başa çıkacağıyla ilgili kaygısını harekete geçirmesi beklenir.

10.Kart: Testin en son kartı olması sebebiyle kişinin ayrılığa, ayrılık durumuyla nasıl başa çıkacağına, ayrılık endişesine gönderme yapar. Kart içerik olarak çok eleman olması sebebiyle kişinin ayrılırken kendisini ve yanıtlarını toparlayıp, birleştirip gideceği ya da kendisini ve yanıtlarını dağıtma arzusunu harekete geçirmesi beklenir.

Testin kullanım alanlarına bakıldığında ise, hasta grupları ile yapılan çalışmaların yanı sıra, çok çeşitli alanlarda kullanılmaktadır. Alzheimer ile yaşlılık depresyonunu ayırt etmede, adli psikiyatri ve orduda suç davranışında bulunun kişilerin ruhsal yapılarının oluşturan temel özelliklerin ortaya çıkarılması gibi değişik alanlarda kullanıldığı gibi çocuklarla yapılan araştırmalarda da kullanılmaktadır.

Rorschach Testinin uygulama ve değerlendirmesi, dünyada geçerli olan iki farklı okula göre yapılmaktadır. Günümüzde etkin olarak kullanılan bir değerlendirme biçimi olan Amerikan Okulu, John Exner tarafından geliştirilen bütүнleştirici sistemdir ve ampirik bir temele dayanmaktadır. Buradaki hedef problem çözme olup, cevap süresi algısal ve bilişsel terimlerle açıklanmaktadır. Fransız Okulu ise Klopfer, Piotrowski ve Beck'in yorumlamaları üzerine kurulmuştur. 1966 yılında C.Beizmann'ın "form yanıtlarının puanlanması" üzerine yayınladığı kitap ile çalışmalar istatistiksel verilere dayandırılmıştır. Bu okulda testin sadece içeriği değil, nasıl söylendiği de önem kazanmıştır (İkiz, 2007).

Bu çalışmada uygulanan Rorschach Testi Fransız Okuluna göre değerlendirilip yorumlanmıştır. Yanıtların sayısal değerinden çok içerik ve söylem üzerinde durularak, yanıtlar çalışmanın hipotezleri kapsamında değerlendirmeler yapılmıştır.

7.3. Çalışmanın Yöntemi

Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dermatoloji servisine kaşıntı şikâyeti ile başvurarak psikojenik pruritus tanısı alan, çalışma kriterlerini karşılayan 17 hasta ile onayları alınarak çalışılmıştır. Hastalar ile önce demografik bilgi formu doldurulmuş, daha sonra psikanalitik yönelimli ön görüşme yapılarak Rorschach Test uygulaması için randevu verilmiştir. Testin uygulanışından sonra, bir sonraki görüşmede test sonucu hakkında hastalar bilgilendirilmiş ve istekli olan 11 hasta ile görüşmeler devam etmiştir.

7.4. Analiz

Çalışmada katılımcılara verilen Rorschach Testi protokollerinin analizinde, Fransız Okuluna özgü içerik analizi yöntemi uygulanmıştır. Yarı yapılandırılmış ön Görüşmelerden elde edilen bilgiler ise, psikanalitik ve psikosomatik kuram temel alınarak yorumlanmıştır.

8. ÇALIŞMANIN BULGULARI

8.1. Çalışmanın Katılımcılarından Elde Edilen Sosyo-Demografik Bulgular

Çalışmaya katılan 17 hastadan 16'sı kadın 1 tanesi erkektir. Yaşları 22 ile 57 arasında değişen hastaların yaş ortalamaları 38.9 dur. Kaşıntı süreleri 3 ay ile 20 yıl arasında değişen hastaların 9'u ilkokul mezunuyken, 2'si ortaokul, 6'sı ise lise mezunudur. 3 hastanın ise, fibromiyalji, astım ve ürtiker gibi diğer psikosomatik hastalıkları mevcuttur.

8.2. Görüşmelerin Genel Değerlendirilmesi ve Görüşmelerden Elde Edilen Bulgular

Bu çalışmaya katılan psikojenik pruritus tanısı almış 17 hastanın ortak noktaları bedenlerinde hissettikleri kaşıntılardır. Kaşıntı şikâyeti dışında hastaların yaşları, eğitim seviyeleri, medeni durumları, sosyoekonomik düzeyleri, ailevi ilişkileri, yaşamdan beklentileri gibi pek çok alanda farklılık gösteren bu hastaların ruhsal yapılanmalarında aynı değildir. Bununla beraber çalışma esnasında da çalışmaya yönelik tutumları, tepkileri, psikologla ilişki kurma biçimleri gibi alanlarda da farklılık göstermişlerdir.

Psikanalitik yönelimli, yarı yapılandırılmış bir teknikle çalışılsa da hastanın serbest çağrışımları kesintiye uğratılmadan dinlenmiştir. Yapılan görüşmeler sonucunda bu hastaların söylemlerindeki ortak temalar ortaya çıkmış ve bunlar belirli başlıklar altında toplanmıştır. Hastaların kendi anlatımlarından ortaya çıkan ortak bulgular aşağıdaki gibidir.

8.2.1. Hastalığı Ele Alış Biçimleri

Hastalıkla ilgili söylemlerinde hastaların, hastalığın ruhsallıklarındaki yerinin söylemlerinde nasıl ifade edildiği, hastalıkla başa çıkış biçimleri, hastalığın semptomlarını nasıl yaşadıklarına ait bilgiler edinilmiştir.

Kaşıntılar travmatik bir dönemin arkasından başlamıştır ve hastaların hemen hemen hepsi hastalığın başlamadığı önceki dönemlerde depresif duygu durumu, anksiyete, uyku problemleri gibi bir takım psikiyatrik sıkıntılardan bahsetmişlerdir. Kaşıntının başlamasının ardından bu şikâyetleri eş zamanlı olarak büyük oranda ortadan kalkmıştır.

Söylemlerde dikkat çeken diğer bir unsurda kaşıntının şiddetinin gece, uykuya dalmanın hemen öncesinde artmasıdır. Gece uyku öncesinde kaşıntılarının arttığından yakınan hastalar gün içerisinde, bir işle meşgulken ya da başkalarının yanında şikâyetlerinin azaldığını dile getirmişlerdir. Bu durum Winnicott'un "kendi başına kalma kapasitesi" olarak adlandırdığı ötekinin dayanağı olmadan kendine yetme konusunda sıkıntı yaşadıklarını düşündürmektedir. Ayrıca yırtmak, kanatmak gibi eylemlerin kısa süreli de olsa kendilerini rahatlatıldığını söylemişlerdir.

Hastalar görüşme sırasında da sıklıkla kaşıntı atakları geçirmiş, özellikle ataklar esnasında söylemlerinde hastalığın altında mutlaka bir organik neden olduğuna ve doktorların bunu bulmada yetersiz kaldığına ait şikâyetleri artmıştır. Dikkat çeken bir unsurda hastaların hastanede olmaktan, uzun süredir hastaneye gelmekten hatta yatışlarının yapılmasından duyduğu memnuniyettir.

Görüşmeler devam ederken kaşıntıların şiddeti zaman zaman azalmış ancak yaşam olayları, duygularındaki ani değişimler sonucu çok şiddetlendiği de olmuştur.

Olgu 1, 32 yaşında

"3,5 yıldır çekiyorum ben bunu. Zaten cildimle hep bir derdim vardı. Ne bileyim...Memnun olmadığım şeyler. Kaşıntı illeti başlamadan önce kıl batıklarına sinir olurdum. Kol ve bacaklarımdaki batıkları cımbızla çıkarmaya uğraşır dururdum. Şimdi dokunamıyorum. Ne zaman dokunsam oralar deli gibi kaşınmaya başlıyor. Zaten kaşıntı da ilk oralarda başlamıştı. Derimi bozdum mu ne yaptım, enfeksiyon mu kaptı, o gün bu gündür yayılarak devam etti, bıktım artık."

Olgu 2, 44 yaşında

"Kaşıntı 2-3 ay önce başladı. Ellerimden başladı. Ne oldu bilmiyorum. Birden....Aniden...İşte öyle. Geceler tam bir işkence, uyuyana kadar. Uyuyunca rahatlıyorum. Ama uyuyana kadar...."

Olgu 3, 44 yaşında

"6-7 yıldır var bu kaşıntı. Ne kremler ne pomatlar kullandım. Önceleri geceleri dişimi sıkıyordum. Boğazım ağrıyordu, şimdi kaşıntı başlayınca bunu unuttum. Utanıyorum valla, bitli gibi, pireli gibi, uyuz gibi. Uyuz oldun sandım çok

korktum, keşke uyuz olsaymışım, onun tedavisi varmış hiç olmadı. Bunun ne zaman sıkıştıracağı da belli değil. Hele yalnız kalınca, üzülünce....İşte o zaman dayanamıyorum, her yerimde aniden başlıyor. Yırtınca biraz rahatlıyorum.”

Olgu 4, 34 yaşında

“6 yıldır var bu kaşıntı. Doğumdan hemen önce başladı. Hamileliğe bağlı geçer dediler. Sonra iyice arttı. Sinirlenince dayanamayacak kadar çok kaşınıyor, nasıl sinirlenmeyeyim, mümkün mü? Mutsuz da değilim ama niye kaşınıyorum, pis de değilim ama kaşınıyorum işte...”

Olgu 5, 36 yaşında

“Genital bölgede pardon önce anüsümde başladı, ta 15 yıl önce.. Sonra genital bölgede, mantar oldum zannettim. Ama nafile ne kullandıysam geçmedi, şimdi yayıldı. Sırtım alt bölgelerim bacaklarım her yerim kaşınıyor. Gündüz ve gece rahatım. Akşamları çok artıyor. İşten gelip eve girince aniden başlıyor. Artık....eve de gelmek istemiyorum. Aslında kaşıntılar beni çok acıtmıyor biliyor musunuz? Acıtmıyor, sadece rahatsızlık, kaşırken kanattım yine acıtmadı. Kremlere de alıştım, işte böyle...”

Olgu 7, 46 yaşında

“7 yıl önce başladı. Eşimim yüzünden, işsiz kaldı ben hastalandım. Sinir stres derken işte böyle. Ama kaşıntının altında mutlaka başka bir şey var. Mide değil ki bu sinirden ağrısın. Ne olacak hiç bilmiyorum, sizce geçer mi.”

Olgu 8, 22 yaşında

“3 yıldır evet evet tam 3 yıldır var. Vücudumla oynamak hoşuma gidiyor. Zaten hep öyleymişim bebekken de annemin göğsünü iki parmağımın arasına sıkıştırır canını yakarmışım. Çok ateşlenen de bir çocukmuşum. Belki onlar şimdi kaşıntıya dönüştü. Kaşınan yerimi aslında daha çok göğüs kısmım kaşınıyor yolunca çok rahatlıyorum. Annem çok üzülüyor bu duruma. Kimselere söyleyemiyor, utanıyor benim durumumdan.”

Olgu 10, 45 yaşında

“Kontrol dışı geliyor ne sıkıcı değil mi? Tam 20 senedir böyle. İyi de bir insanım herkese yardım etmeye çalışırım ama niye beni buldu bilmem ki? Çok yıllar önce bir fabrikada çalışıyordum, ustabaşıyla kavga ettik, erkekliğime küfretti. Oğün bir başladıysa bir daha iflah olmadı. Doktor doktor gez dur, uyuyana kadar işkence, sinirlenince işkence, sabah yorgun kalk, işte böyle...”

Olgu 11, 43 yaşında

“Sırtta ve kollarımda var bu kaşıntılar. 10 sene önce başladı. Önceleri geceleri de uyandırıyor. Şimdi Allahtan sadece uyuyana kadar. Sinirlendiğimde, üzüldüğümde ya da farkında olmadığımda kanatana kadar kaşıyorum. Baksanıza sırtım ne halde. Zaten duygularımı çok ifade edebilen biri değilim. İçimden üzüldürüm. O zaman daha çok kaşınıyorum. Hele....yalnız kaldıysam.”

Olgu 13, 57 yaşında

“O kadar zor ki, kaşınmak...Konuşmak bile istemiyorum. Konuşunca da kaşınıyorum”

Olgu 14, 27 yaşında

“6 yıl önce kayınpederim ölünce başladı bu kaşıntı. Bir de cesedini gördüm. Ben hep böyleydim. Dayanaksız. Ailem beni hiç üzüntülü ortamlara götürmez yalnız bırakmazdı. Duramazdım. Şimdi de böyle oldu. Kayınpederim sürekli rüyama girdi. Kapımın önüne geldi. Artık kaşınmaktan çok yorgun düştüğümden midir nedir rüyada görmüyorum. İyi ki de görmüyorum. Hep korkardım rüyalarımda. Kaşıntı beni mahvetti. Yırtana kadar kaşıyorum sonra oralar yara oluyor. Oğlum bile yanaşmak istemiyor artık bana bulaşacak diye korkuyor çocuk. Yalnız bırakmıyorlar, yalnız kalınca daha çok kaşınıyorum.”

Olgu 16, 44 yaşında

“17–18 yıl önce başladı kaşıntılar. Önce yüzümde, saçımda sonra her yerim. Doktor doktor gezdim. Tahliller, alerji testleri ama sonuç yok. Çok sinirli,

mükemmeliyetçi bir insanım. Her şey dört dörtlük olsun istiyorum. Bunlar olmayınca kaşıntılarım artıyor, bir de yalnızsam kanatana kadar kaşıyorum.”

8.2.2. Anne ile İlişkinin Niteliğine Dair Bulgular

Hastaların anne ile ilgili söylemlerindeki en temel ortak nokta kendilerine sevgilerini belli etmeyen, uzak, mesafeli bir anneden bahsetmeleridir.

Anne ile ilgili söylemlerde dikkat çeken diğer bir nokta ise, annelerin çok fazla fiziksel temasa izin vermeyişleridir. Bu bilgiler doğrultusunda annelerin kapsama ve heyecanları karşılama kapasitesindeki yetersizlik düşünülmektedir. İlginç olan ise, tüm mesafeye rağmen anne ile sürekli beraber olma, her işi birlikte yapma isteğidir. Bu füzyonel, ayrılmanın gerçekleşmediği bir anne bebek ilişkisini düşündürmekle birlikte annenin güvenilir ve tutarlı bir nesne olarak algılanmadığını göstermektedir. Anne ile doyumlu bir ilişki kuramayan bu hastaların, anne nesnesi ile olan ilişkilerini anlatırken kullandıkları çelişkili ifadeler de dikkat çekicidir.

Hastalar genellikle hayatlarındaki iş arkadaşı, kayınvalide, görümce, komşu gibi diğer kadın figürlerle de çatışma yaşamaktadır. Anne ile en temel ilişkide yaşanan çatışmanın diğer kadınlarla olan ilişkilere de yansıdığı düşünülmektedir. Bu bilgiler Rorschach Testinden elde edilen bulgular ışığında tekrar değerlendirilmiştir.

Olgu 1, 32 yaşında

“Annemle ilişkimiz normal gibiydi. Herkes gibi. O çalışıyordu. Yanımda hep anneannem, babaannem vardı. Hep yorgun gelirdi. Ama düşünürdü bizi. Çalıştı ama yine de tamamen bırakmadı bizi. Sorardı evdekilere o gün ne yaptık, ne yedik falan. Çok merak ederdi bizi ama sarılıp koklamaya vakit bulamazdı.”

Olgu 2, 44 yaşında

“Annem bizden çok iş beklerdi. Ablamla akşama kadar evin işleri ile uğraşırdık. Annem iyi birer ev kadını olmamızı, gittiğimiz yerde onu utandırmamızı söyler hangi iş varsa hepsini öğretmeye çalışırdı. Yorulurdum ama kendimi zorunlu hissederdim. Başımı dizine koyduğumu pek hatırlamıyorum. Sanki öyle şeylerden hoşlanmazdı da gözleriyle anlatmayı severdi. Ablama sedef hastalığı teşhisi koyulduğunda çok üzüldüğünü hatırlıyorum. Ama severdim annemi. Yine de varlığı

kuvvet verirdi. Sanki o olmadan hiçbir işimi halledemez gibi hissederdim kendimi hala da öyle. Şimdi çocuklarım var. Hele kızım, sanki o benim annem ben onun çocuğu gibiyim. O çok güçlü. Doğumsal bir durumdan dolayı bacağında protez olmasına rağmen....Benden daha güçlü.”

Olgu 3, 44 yaşında

“Annemi çok küçük yaşta kaybettim. Babamı da. Üç kardeşlik ayrı ayrı yerlere verdiler, ayrı büyüdük. Annem hala içimde kanayan bir yara.”

Olgu 4, 34 yaşında

“Aynı annem gibi çok çabuk yoruluyorum, oturduğum yerden kalkmak istemiyorum.”

Olgu 5, 36 yaşında

“Annem hep tembihlerdi. Her konuda aman şu şöyle olsun aman bu böyle. Her zaman yanımda olmak isterdi. Okula bile liseye gidene kadar tek başıma gidemedim. Beni çok düşünürdü ama çok da kızardı. Ne hissedeceğimi bilemediğim zamanlar oldu. Annemi severdim ama zaman zaman çok kızardım. Ne bileyim suçlu hissederdim kızınca. Şimdi bile eğer yanımda annem varsa işlerimin düzgün gideceğine inanırım.”

Olgu 6, 34 yaşında

“Annem hep yanımda olmak isterdi. Hala da öyle. Ama eleştirir de. Hatalarımızı söyler. Her gün birbirimizi görmeliyiz. Çocuklarda alıştı şimdi. Annemden korkardım yetişip gelirken, şimdi bile düşünürüm acaba ne der diye. Ama birbirimizi çok severiz.”

Olgu 7, 46 yaşında

“Annem o kadar iyi bir insandı ki anlatamam. Küçük yaşta evin tüm sorumluluğunu aldım. Annem sık sık hastalanırdı. Küçük kızıma hamile kaldığımda annem hastalandı. Annemi kaybettim. Sonra her şey ama her şey ters gitti hayatımda.

Küçük kızımın kalbinde problem çıktı, daha bir sürü şey. Uğurum gitmişti. Şimdi çok sinirli ve tahammülsüz biri oldum.”

Olgu 8, 22 yaşında

“Annem beni hiç yalnız bırakmaz. Annem de babam da otoriter insanlar. Annem hep yanımdadır ama öpme, sarılma gibi şeylerden pek hoşlanmaz. Sanki bunlar olunca rahatsızlık duyar. Babam öyle değil. O otoriter ama sarılır da öper de. Annem beni istememiş, kaza sonucu oldun der. Bebekken çok sık hastalanırmışım, sık sık ateşlenirmişim. Hocaya bile götürmüşler, kurban kesmişler. Annem sonra beni istemediği için suçluluk duymuş. Ben hatırlamıyorum. Şimdi bir erkek arkadaşım var ama annemin tepkisinden çekinirim söyleyemem ona. Bebekken annemin canının çok yakmışım. Göğsünü iki parmağımın ucunun arasına alır sıkıştırırmışım. Emme kesildikten sonra kendime yapmaya başlamışım. Şimdi de kaşınıyorum ta ki yolana kadar.”

Olgu 9, 47 yaşında

“Babamı kaybedince amcam yardım etti, annem büyüttü bizi. Zor büyüttü. Bazen gözlerinde o bezginliği görürdüm.”

Olgu 10, 45 yaşında

“Annem erkek olduğum için ayrı bir severdi beni. Hep yanımda olmak isterdi. Hayatıma karışırdu iyiliğim için. Şimdiki eşimi bile o buldu. Ama niye bilmiyorum sadece elini öptürürdü, yüzünden öptürmezdi. Osmanlı kadınıydı. Her şeyi benim yerime düşünür önlem alırdı. Ama laubalilikten hoşlandığını hiç hatırlamıyorum.”

Olgu 11, 43 yaşında

“Annemle pek mutlu anılarımız yok. Soğuk bir kadındı. Ama çok severdik. Şimdi hasta, felçli yatalak ben bakıyorum.”

Olgu 13, 57 yaşında

“Bizi sarmaya, koklamaya hiç vakti olmadı ki...Yıllarca babamın huysuzluklarına katlandı. Ezildi durdu. Bizi umursayacak halde değildi. Ama varlığı evde ışık gibiydi. Ölünce ev bir tuhaf oldu. Bilmem ki....”

Olgu 14, 27 yaşında

“Annem mi (gülüyor)? Anne işte. Sürekli tedbir alır başımıza bir şey gelmesin diye. O yüzden biraz korkak oldum ben. Döverdi zaman zaman. Ev işi yaptırırdı. Misafir gelince tüm hizmetleri biz yapardık. Şimdi de evliliğimde bir problem bile olsa benden çok telaşlanır. Biraz fazla karışıyor hayatıma sırf olumsuz bir şey olur da el alem konuşur diye. Çocukken geceleri çok korkardım. Tuvalete gidemezdim tek başıma. Annemi uyandırırđım, kızardı ama her defasında da götürürdü. Tuvalet temizliğini de erkenden öğretti bize. Çok dokunmak istemedi özel yerlerimize. Zorlandığımı hatırlıyorum. Ama çok severiz birbirimizi. Bu kaşıntılara en çok o üzüliyor.”

Olgu 16, 44 yaşında

“Annem sürekli babamla tartışırdı. Annemle aramız iyiydi ama evin bakımını da üstlenmiştim. Komşulara hep beni de götürmek isterdi. Gözleri hep üzerimdeydi. Evlendim çocuklarım oldu hala o bakışları hissederim. Başka sıradan ya da ne bileyim hatırlayamadığım şeyler...”

Bu olguda oldukça net bir şekilde ortaya konduğu gibi, psikojenik pruritus tanısı almış bu hastaların nüfuz eden ve persekütif olarak algılanan anne figürü karşısında uyarı kalkanlarının da yeterince işlememesi sonucu kendilerini koruyamadıkları anlaşılmaktadır.

Olgu 17, 32 yaşında

“Annem üzerime titrerdi. Her şeyin en iyisi bizim olsun diye uğraşırdı. Ama çok da kızar bazen döverdi. Erkeklerin yanında nasıl davranmam gerektiğiyle ilgili sık sık uyarırdı. Her şeyi anlatmamı isterdi ama niyeyse çekinirdim. Hiç elini öptürmedi. Bir kere bile. Gelin çıkarken bile. Sık sık görüşürüz. Görüştüğümüzde çok konuşur, karışır, şikâyet eder ama yine de onu görmeden duramam.”

8.2.3. Eşle Olan İlişkinin Niteliğine Ait Bulgular

Psikojenik pruritus tanısı alan hastaların söylemleri değerlendirildiğinde bu hastaların genel olarak eşleri ile de problem yaşadıkları görülmektedir. Çatışmalı ve doyumsuz bir evlilikten bahseden bu hastalar, eşlerine karşı duydukları yoğun bir bıkkınlık duygusunu dile getirmekte ve eşlerini ve değersiz, yetersiz bir kişi olarak anlatmaktadırlar. Anneyle olan çatışma eşle olan ilişkiye de yansımakta ve eşleriyle de ciddi çatışmalar yaşayabilmektedirler. Bu hastaların eşle olan ilişkilerine ait söylemlerindeki dikkat çeken diğer bir nokta ise, tüm problemlere rağmen ayrılmayı hiç düşünmemeleri evliliklerinin devam etmesi gerektiğine olan inançlarıdır. Bu bulgular psikojenik pruritus hastalarının ötekinin dayanağına olan ihtiyaçlarını göstermektedir.

Olgu 1, 32 yaşında

“Eşim ne yaşadığının hiç farkında olmadı. Zaten onun yüzünden çok hastalandım. İstemedim gebe kaldım sonrasında ağır bir lohusalık depresyonu geçirdim. Onun yüzünden oldu. Gebelikte eşime ciddi bir öfke başlamıştı zaten, bir de lohusalık sıkıntılı geçince nefret ettim ondan. Evde olsun ama bana elini sürsün istemiyordum. Hiç beraber olmak istemedim. O dönem adetlerim de kesildi. Kadınlığımı unuttum.....(durdı) Zaten gebeliğim de sorunlu geçti. Adet de olamayınca erkeklik hormonuna sahibim herhalde diye düşündüm. Aylarca ayrı yattım. Sonra kaşıntılar başladı. Şimdi aramız daha iyi eşimle. Artık beraber de olabiliyorum.....O dönem ondan kolumdan tutup ne yapıyorsun demesini bekledim. Ama her zamanki gibi bıraktı, dokunmadı. Hep öyleydi, sessiz, çaresiz...Ama başımda olsun çok korkuyorum bir gün bu kadar şikayet ediyorum diye başına bir şey gelecek diye. Ne de olsa hayatta tek dayanağım, çocuklarımın babası...”

Olgu 2, 44 yaşında

“Eşimle hep beraberiz. Zaten aynı yerde de çalışıyoruz. Aramız iyi ama bazen eve ayrı gelmesini özliyorum. Şimdi iyiyiz de....24 yaşında evlendim. İlk zamanlar alışamadım mı kaldıramadım mı bilmiyorum evliliği. Çok kötü oldum. Kalbim sıkıştı sanki. Yorgun bitkin günler geçirdim, sonra fibromiyalji dendi. Kayınvalidemle yıllarca aynı apartmanda oturduk hala da öyle. Hiç sevmedim onu,

hiç istemedim ama söyleyemedim de. Bazen eşime durup dururken öfkeleniyordum. Herhalde annesi yüzünden. Eşim zayıf gibi. Ama Allah var hep çekti beni.”

Olgu 4, 34 yaşında

“Eşimle severek evlendim. Ama çabuk pişman oldum. Çok ciddi kavgalarımız oldu. Dayak bile yedim. Eşime hiç güvenmedim, hala da güvenmiyorum. Niye bilmiyorum, hiç aldatmadı ama güvenmiyorum. Şimdi zaten kaşıntılar var, onlarla uğraşıyorum, ne yanında yatmaya ne de kavga etmeye halim var. Şimdi o da daha anlayışlı zaten. Her şeye rağmen hiç ayrılmayı düşünmedim, iyi ki de düşünmemişim.”

Olgu 5, 36 yaşında

“Eşimden çok soğudum ben. O geceleri çalışıyor, işime de geliyor hani. Zaten akşamları eve girer girmez gündüz olmayan bu kaşıntılar başlıyor. Gece çalışıyor ya ben de oğlumla yatıyorum. Ne zaman cinsel olarak beraber olsak sanki bir yabancıyla beraber oluyorum. Utanıyorum ama cinselliği bir başkasıyla düşünebiliyorum ama eşimle... O yüzden cinselliği de istemiyorum artık...ama o beni seviyor. Söylemesi zor ama galiba bu durum hoşuma gidiyor, o yüzden boşanmıyorum. Eşim çok iyi bir insanda. Onsuz da yapamam sanırım.”

Olgu 6, 34 yaşında

“Eşim işinden midir nedir, tüm kararları kendi alır. Ayrıcalıklı olmayı sever. Her şeyi kontrol eder. Şimdi bile dışarıda bekliyor. Biraz anneme benzetiyorum onu ilginç değil mi genelde kadınlar kocalarını babalarına benzetirler. Çünkü benim babam rahattı ama annem tıpkı eşim gibi her şeyden haberi olsun isterdi. Çocuklara kızamam eşimin yanında onun yanında hiç anne gibi değilim. Çocuklar onun kontrolünde. Babasını erken kaybetmiş herhalde ondan.”

Olgu 7, 46 yaşında

“Eşim şu anda işsiz kaldı. Her zaman ki gibi bunu da beceremedi. Önceden yine iyiydik de şimdi yaptığı, söylediği her şey sinirime dokunuyor.”

Olgu 9, 47 yaşında

“Eşim felçli şimdi yatalak bana muhtaç. Öncesinde aramız iyi miydi sanki sorsana hiç değildi ama ne yapacan koca. Yatalak olmadan önce en azından yatak hayatımız vardı da karı koca olduğumuzu anlıyordum. Şimdi 10 yıldır o da yok.”

Olgu 12, 39 yaşında

“Mutsuz bir evlilik benim ki. Hiç de mutlu olmadım. Hiç anlaşılamadık ama hep beraberdik eşimle. Öfkeli bir adam, kendini kontrol edemeyen biri. Layığım değildi ama oldu, yazıymış.”

Olgu 13, 67 yaşında

“Eşim bencil, huysuz adamın tekidir. KOAH hastalığı başladı önceleri sonra yatalak oldu elime düştü. Alkoliğin tekiydi. Tüm erkeklerden nefret ettim. Hiç konuşamazdık, aramızda 10 yaş vardı. Sonra...sonra öldü. Ölünce çok rahatlamış hissettim kendimi ama bundan çok utandım. Rüyalarım girirdi. Evden çıkmak istemedim sanki herkes anlayacaktı içimdekileri. Bir süre sonra kaşıntılar başladı zaten.”

Olgu 14, 27 yaşında

“Cinselliğe çok düşkün bir eşim var benim. Hep ister. Aramızda sorun da olsa bu değişmez. Kayınbabam öldü, 1 hafta sonra yine istedi. Olmaz babanın kırkı çıkmadı dedimse de dinletemedim. Şimdi Allah beni bu kaşıntılarla cezalandırıyor.”

Olgu 15, 35 yaşında

“Önceki eşimle çok sorunum oldu. Maddi sıkıntılarımız da vardı. Cinsel problemlerimiz oldu. Beraber olamadık. Ama onu bırakmayı hiç düşünmedim. Sonra o beni bıraktı. İkinci eşimle evlendim. Onunla da aynı şeyleri yaşamaktan çok korktum. Cinsellik rüyalarım girirdi. Eski eşim rahatsız etti. Erkekler tuhaf.”

Olgu 16, 44 yaşında

“Vurdumduymazdır benim eşim. Ben ise her şey dört dörtlük olsun isterim. Son zamanlarda yaptığı her şey sinirime dokunuyor. Ama yine de iyi aramız. Kaşıntılardan beri cinselliği hiç istemiyorum. Karı koca ilişkimiz kalmadı.”

Olgu 17, 32 yaşında

“Eşimi çok severim. Onsuz duramam.”

8.2.4. Travma Yaşantısı

Travma yaşantısına dair görüşmelerden elde edilen bulgular, araştırmacı tarafından yapılan sorgulama sonucunda ya da görüşmenin ilerleyen zamanlarında ortaya çıkmıştır. Hastalar, bu travmalara çok fazla odaklanmak istemedikleri gibi, hastalığın başlangıcı ve travma yaşantısı arasında bağ kurmakta da zorlanıyorlardı. “Yaşanan bir kayıp, göç, doğum, şiddete maruz kalma” gibi hastalığın ortaya çıkmasının hemen öncesinde çeşitli travmatik yaşam olayları aktaran bu hastalar olaylarla ilgili duygularını ifade etmekte zorlanmışlardır.

Görüşmelerde hastalardaki narsisistik kırılganlıklar ortaya çıksa da hastalar tarafından acılarını zihinsel olarak ele almada başarısız olmaktadır.

Olgu 1, 32 yaşında evli

“Ne olduğunu anlamadım. İstmeden gebe kaldım. Sonra olan oldu. Lohusalık depresyonu geçirdim. Onun öncesinde bir sürü gebelik problemi yaşadım. O arada yengem ve babaannemi 1 gün ara ile kaybettim. Donuklaşmışım sanki üzülüm ama o aralar sadece eşime olan öfkemi düşünüyordum. Onun yüzünden gebe kalmışım. Başıma bunlar gelmişti. Zaten hemen sonra kaşıntılar başladı, hepsini unutturdu.”

Olgu 2, 44 yaşında

“Niye başladı bilmiyorum bu kaşıntılar. Öncesini pek hatırlamıyorum. Ama doğum yapınca arttı. Sadece tanımlayamadığım bir sıkıntı hatırlıyorum o kadar.”

Olgu 3, 44 yaşında

“Çok küçük yaşta anne babamı kaybettim. Üç kardeşlik üçümüzde ayrı yerlerde büyüdük. Yıllar sonra onları bulmaya çok uğraştım buldum da. Ama baktım onlar benim kadar istekli değil görüşmeye. Birden bir boşluğa düştüm. O kadar emek vermişim. Üzüldüm mü, hayal kırıklığına mı uğradım bilemiyorum. Sonra niye üzüleyim dedim yıllarca onlarsız yaşamıştım. Ama içimde tarif edemediğim bir şey oldu. Sonra kısa bir süre sonra kaşıntılar başladı.”

Olgu 4, 34 yaşında

“Alıştığım, sevdiğim bir çevrem vardı. Konum komşum, arkadaşlarım vardı. Eşim gelip pat diye ev aldık taşınıyoruz dedi. 2 ay içinde taşındık. Geldiğimiz yere pek alışamadım. Kaşıntılar da taşınınca başladı zaten.”

Olgu 5, 36 yaşında

“Ne oldu da başladı bilemiyorum. 15 yıldır hep bir yerlerim kaşıntı. Maddi sıkıntılarımız oldu. Zorluklar yaşadık. Şimdi de cinsel problemlerimiz var. İstemiyorum eşimi. Kaşıntı da başlayınca o da gelmez oldu.”

Olgu 7, 46 yaşında

“Kızıma hamile kaldım, küçük kızıma. Hamileyken çok sevdiğim annemi kaybettim. Sonra 3 yıl sonra babamı. O dönemde küçük kızımın kalbinde de problem çıktı. Bunalıma girdim. Bir gece kaşıntıdan uyuyamadım sonra, uyuz oldum sandım. Hala da devam ediyor. Sinirlenince üzülünce iyice artıyor.”

Olgu 9, 47 yaşında

“3 yıl önce aniden başladı. Ne oldu bilmiyorum. Ama hep sıkıntılarım vardı. 36 yaşında menopoza girdim. Eşimin sağ tarafına felç geldi. Ama hangisinden sonra başladı bilmiyorum.”

Olgu 10, 45 yaşında

“20 sene önce fabrikada çalışırken başladı. Ustabaşı ile kavga ettik. Erkekliğime küfretti. Öfkemi tam gösteremedim. Zaten haksızlığa gelemem. O gece başladı. Şimdi de azıcık strese girsem dayanamayacak kadar çok artıyor.”

Olgu 13, 57 yaşında

“Bencil, huysuz bir eşim vardı. Yatalak oldu, bakımını üstlendim. Ölünce rahatladım diye düşündüm ama sonra bundan çok utandım. O dönem kaşıntılar başladı.”

Olgu 14, 27 yaşında

“5–6 yıl önce kayınpederimi kaybettim. Cesedin yüzünü gösterdiler. Çok korktum, günlerce kâbus gördüm. Sonra kayınvalidem bize taşındı. Eşimle kavgalar başladı. Kayınbabamın ölümüne hiç ağlayamadım. Sonra eşim ölünün üzerinden 1 hafta geçince benimle birlikte olmak istedi. Olmaz dedimse de dinlemedi. Allah cezalandırdı, kaşıntılar başladı.”

Olgu 15, 35 yaşında

“İlk eşimle çok problem yaşadık. Sonra beni boşadı. Kaşıntılar da o zaman başladı.”

Olgu 17, 32 yaşında

“Eşimin benle evlenmeden önce 2 ay çıktığı bir bayan varmış. Ama sonra o başkasıyla benimki de benimle evlenince ailece görüşmeye devam ettik. Ben önceleri öyle ilişkileri olduğunu bilmiyordum. Görümcem çok sonra söyledi. Eşim de bitti gitti dedi. Kadınla arkadaş olarak görüştük. Bir gün iş çıkışı bana geldi. Bana bir şey söyleyeceğini söyleyip beni yatak odasına çağırdı. Birden dudaklarımdan öpmeye başladı. Şoka girdim. Ne yapıyorsun diye itekledim. Sonra eşimi sıkıştırdım sana da bir şey yaptı mı diye. Aniden kolum uyuştı. 3 ay hiç kullanamadım, doktorlarda altında bir şey bulamadı. Sonra yavaş yavaş düzeldi. Ama kaşıntılar başladı. Kanatana kadar kaşıdım.”

8.2.5. Duygulanımları İfade Etmede Yetersizlik

Hastalar yaşadıkları duygunun farkında olsalar da bunu ifade etmekte ne yaşadıklarını tarif etmek de zorlanmaktadırlar. Hastalarda genellikle depresif bir duygulanım vardır. Ancak hastalar depresyonlarını, suçluluk, değersizlik gibi semptomlarla anlatmaktan çok iç sıkıntısı, öylesine yaşamak gibi kavramlarla ifade etmiştir.

Pierre Marty tarafından önceleri “temel depresyon” sonra ise “nesnesiz depresyon” olarak adlandırılan bu durumda hastalar duygulanımdan uzak, herhangi bir arzu anlatmadan sıklıkla yorgunluk ve bıkkınlıktan yakınırılar (Marty, 2012).

Olgu 1, 32 yaşında

“Günü kurtarmaya çalışıyorum. Çok mu uğraşıyorum bilmiyorum ama günün sonunda çok halsiz oluyorum. Önceleri ağlayabiliyordum, şimdi o da yok.”

Olgu 2, 44 yaşında

“Doğumla beraber sıkıntılarım arttı. İçimde tanımlayamadığım, anlamadığım bir sıkıntı var. Önceleri çok öfkeliydim şimdi o da azaldı. İyi ki büyük kızım var. O benim annem, ben onun çocuğu.”

Olgu 3, 44 yaşında

“Çok küçük yaşta anne babamı kaybettim. Üç kardeşlik üçümüzde ayrı yerlerde büyüdük. Yıllar sonra onları bulmaya çok uğraştım buldum da. Ama baktım onlar benim kadar istekli değil görüşmeye. Birden bir boşluğa düştüm. O kadar emek vermiştim. Üzüldüm mü, hayal kırıklığına mı uğradım bilemiyorum. Sonra niye üzüleyim dedim yıllarca onlarsız yaşamıştım. Ama içimde tarif edemediğim bir şey oldu.”

Olgu 4, 34 yaşında

“İlk evlendiğim yıllarda aile apartmanında oturduk. Eşimden o yıllarda 2 yıl şiddet gördüm. Önceleri çok ağlıyordum. Şimdi artık ağlayamıyorum da. Hatta artık hiç ağlayamıyorum. Sürekli bir iç sıkıntısı, boğazımda bir yumruk var. Çok çabuk yoruluyorum, çok halsizim. Ama işlerimi yapabiliyorum.”

Olgu 5, 36 yaşımda

“Kendimi patlamaya hazır bir bomba gibi hissediyorum. İçim daralıyor sanki. Ama dışarıya hiç belli etmem. Kendi içimde yaşıyorum. Anlatınca niye, ne oldu gibi sorular soruyorlar. Ben de bilmiyorum. Sıkılıyorum bir süre sonra.”

Olgu 6, 34 yaşımda

“Eşim bağırır çağırır, eleştirir. Çok sinirlenirim cevap veriyim derim ama dilim dolaşır. Sonra küsemem de. Bırakıp gider diye korkuyorum. Tek bildiğim bıktım artık bu durumdan. Üzülüyorum çok üzülüyorum bu duruma ama kimse anlamıyor.”

Olgu 7, 46 yaşımda

“Kimseyi kırmak istemem. Kırılınca da çok üzülüyorum ama üzüntümü de söyleyemiyorum.”

Olgu 8, 22 yaşımda

“Hiç çok mutlu olduğumu hatırlamıyorum. Ama sebebini de söyleyemem. Öyle belirgin bir şey yok. Çok korkuyorum düzenim bozulur diye. O yüzden içime atarım. Bazen bu yaşta bu kadar niye yorgun hissediyorum diye düşünüyorum.”

Olgu 10, 45 yaşımda

“Kafam bir şeye takılınca kurtulamıyorum. Çok duyarlı bir insanım. Etrafımdaki insanların davranışlarını çok takıyorum. Sonra içime atıyorum. Daralıyorum. İçimin daraltısı hiç geçmiyor.”

Olgu 11, 43 yaşımda

“Üzüntümü de sevincimi de belli edemem. Öfkemi de...İki sene önce çok sevdiğim erkek arkadaşımдан ayrıldım. O zaman bile ağlayamadım. İçim pır pır ediyor ama ağlayamıyorum.”

Olgu 12, 39 yaş

“Hiç konuşmak istemiyorum. Hastalık beni mahvetti. Tüm yeteneğimi kaybettim. Olaylar arasında bağ kuramıyorum. Sanki ruhum da kaşınıyor, bir türlü rahat değil. Ama anlatamıyorum.”

Olgu 15, 35 yaşında

“Her şeyi herkesi düşünmekten yoruldum. Kafamın içi kazan gibi. Niye ben diye düşünüyorum. Niye ben de kahkahalar atamıyorum. Ama üzüntümü dışarıya yansıtamam. Hemen başıma üşüşürler ne oldu diye. Annem, eşim...sonra ben üzülünce üzüliyorlar, gözümün içine bakıyorlar. İçimde fırtınalar kopsa da onlara karşı hep sevecenim.”

Olgu 16, 44 yaşında

“Son zamanlarda ne hissettiğimi bilmiyorum. Sadece çok sinirliyim, hiçbir şeye tahammülüm yok, çok yorgunum.”

8.2.6. Deriye Zarar Verme Sonrasında Ortaya Çıkan Rahatlama Duygusu

Hastaların söylemlerinde dikkat çeken başka bir duygu ise, kaşıntının verdiği azaba karşı, deriyi yırtmanın ve kanatmanın getirdiği rahatlama duygusudur.

Samadja oldukça ıstırap verici ruhsal gerilimi azaltmak için egonun kendine göre önlemler aldığını belirtir. Bu önlemler ruhsal aygıt içinde anlık bir sakinlik dönemi yaratır ve hastayı rahatlatır (Smadja, 2005).

Olgu 1, 32 yaşında

“Kaşıntı gelince delirecek gibi oluyorum. Elim nereyi kaşısın şaşırtıyorum. Ne zaman ki derim yolunuyor, oyuluyor o zaman rahatlıyorum.”

Olgu 2, 44 yaşında

“Kaşıntı başlayınca yırtana kadar kaşıyorum. Ancak o zaman şiddeti azalıyor, ben de uyuyorum.”

Olgu 3, 44 yaşında

“Bu hastalık sırtımı mahvetti. Delik deşik. Mayo da giyemiyorum. Utanıyorum.”

Olgu 5, 36 yaşında

“Kaşıntılar acı vermiyor aslında. Ama sürekli kaşınmaktan yorgun düşünüyorum. Ne zaman kanarsa kaşınan yer o zaman geçiyor.”

Olgu 7, 46 yaşında

“Bacalarım, kollarım hep kaşıntının izi. İnsanı yırtmadan, kanatmadan bırakmıyor. Bazen öyle ki diş fırçasıyla kaşıyorum.”

Olgu 8, 22 yaşında

“Vücudumla oynamak hoşuma gidiyor ama, göğsümdeki izlere çok üzüliyorum. Elimde değil, gece yatağa girince kaşıntı başlıyor fark etmeden elim gidiyor. Kaşıntı geçsin diye koparıyorum. Sonra uyuyabiliyorum.”

Olgu 9, 47 yaşında

“Sırtım, bacaklarım, kalçalarım her yerim kaşınıyor. Kaşıyınca da yara oldu.”

Olgu 11, 43 yaşında

“Sırtımın ve kollarımın kaşıntısından duramıyorum. Yillardır böyle. Kaşidikça yırtıldı, yara oldu, kanadı. Şimdi askılı bluz giysem herkes dönüp bakıyor. Kanamadan kaşıntı geçmiyordu ki.”

Olgu 12, 39 yaş

“Kaşıntıdan çok izlerine üzüliyorum zaten. Kaşıntı gelince kendimi kaybediyor deli gibi kaşınıyorum. O zaman ne olduğu pek aklıma gelmiyor. Sadece geçsin istiyorum. Sonra bakmışım her yerim turnak izi.”

Olgu 14, 27 yaşında

“Bu genç yaşta derim hastalıklı gibi oldu. İzleri görenler kaşıntıdan olduğuna inanmıyorlar. Ama bu onların bildiği kaşıntıdan değil. İnsanın ciğerinden geliyor. Kaşınan yeri parçalamak istiyorsun, ancak öyle rahatlıyorsun çünkü.”

Olgu 16, 44 yaşında

Benim kaşıntılarım yüzümde başladı. Sonra saçım sonra her yerim. Kaşımamak için direndim ama nafile. Duramıyorsun. Kendini kaybediyorsun. Rahatlamak için yüzümü bile düşünemedim. Şimdi yüzümde cildiyecilerin skar dediği bunlar oluştu.”

Olgu 17, 32 yaşında

“Artık aynaya bile bakmak istemiyorum. Bacaklarım sırtım yara bere içinde. Her yeri oyuldu. Ama olmadan olmuyor. Dokunmasan sabaha kadar uyuyamazsın. Ne zaman tırnaklıyorsun o zaman geçiyor.”

8.3. Psikanalitik Yönelimli Görüşmelerden Elde Edilen Bulguların

Rorschach Testi Verileri ile Birlikte Değerlendirilmesi

Psikojenik pruritus tanısı alan 17 hastanın yarı yapılandırılmış görüşmelerinin içerik analizlerinin sonuçlarının Rorschach Testinden elde edilen hastaların bilinçdışı işleyişlerine yönelik elde edilen verilerle paralellik gösterdiği dikkat çekmiştir. Bu bilgiler ışığında araştırmanın hipotezine yönelik bulgular gruplandırılarak, Rorschach Testindeki yanıt örnekleriyle birlikte Rorschach Testinin yanıt örnekleri Fransız Okulu’na göre değerlendirilerek psikanalitik olarak yorumlanmıştır.

8.3.1. Erken Dönem Anne Bebek İlişkisinin Niteliğini Ortaya Koyan Yanıtların Psikanalitik İncelemesi

Literatürde 0–1 yaşın deri hastalıkları için oldukça önemli bir dönem olduğundan sık sık bahsedilmektedir. Bu bağlamda anne ile kurulan ilişkinin kalitesi ve niteliğinin önemi ortaya çıkmaktadır. Hastaların anne ile söylemlerinde dikkati çeken anneye karşı olan ambivalan duygular, tüm yaşanan problemlere ve aralarındaki mesafeye rağmen anneden ayrılamamadır. Yine söylemlerde anneye

karşı olan ancak bunu yaşamaktan suçluluk duydukları öfkenin varlığı dikkati çekmektedir.

Hastaların bilinç düzeyinde dile getirdikleri bu söylemlerin, bilinçdışında nasıl tasarmlandığını ve bu ilişkinin dayanaklarını anlayabilmek için Rorschach Testinin 1, 7 ve 9. Kartlarına verdikleri yanıt örnekleri değerlendirilmiştir. Bunun yanında hastaların nesne ilişkilerindeki nesne konumu hakkında bilgi edinebilmek için 2. ve 3. Kartlara verdikleri yanıt örnekleri de dikkate alınmıştır.

Teste başlama kartı olan Kart 1, klinisyenle de ilk karşılaşma kartı olup, kartla kurulacak ilişki kişinin arkaik dönemde annesi ile kurduğu ilk ilişkiye de gönderme yapmaktadır. Kart 1, kişinin annesi ile pregenital dönemde kurduğu olumlu ve olumsuz bilgileri vermesi yanında bilinçdışındaki anne ya da kadın imgelemine karşı kendisini nasıl konumlandığına dair bilgiler de verir (İkiz, 2005).

Olgu 1, 32 yaşında

“İki tane el, eller kalkmış, iki kadın vücudu birleşmiş. İki kuş uça uça kanatlarını açmış uçuyor. Kuşun biri çok yırtıcı. < şunlar iki kadın, kadın obje el”

“(Anket) Şöyle bakınca kanatları açılmış süzüle süzüle çan kuş. Sanki yükseğe çıkmak isterken önündeki engeller, nasıl diyeyim bu bensem, burası ferahlıksa uçurum değilse (beyazlar) elimle itmeliyim engeller. Bunlar da müzik notaları. Şöyle bakınca iki aynı profil birbirine başka şeyler çıkmış”

Olgu 2, 44 yaşında

“Bir kadın var. Bir çizgide durmuş. Bir yeri seyrediyor gibi (kartın ortası) Tuhaf bir kadın. Pek anlamadım.”

Olgu 3, 44 yaşında

“İlk bakışta yarasa görünümü verdi. Devam edeyim mi. Başka bir şeye benzetemedim”

Olgu 4, 34 yaşında

“Hiçbir şeye benzetemedim. Hiçbir şeye benzetemiyorum. Karanlık bir şey.”

Olgu 5, 36 yaşımda

“İki şeye benzettim. Bir kelebeğe çok benziyor, şeytanı anımsattıyor. Kanatlarından bana sıkıntı verdi.”

Olgu 6, 34 yaşımda

“Çok düşünmem lazım Kelebeğin zarar görmüş hali. Kelebeğe benzettim. Uçarken kanatlarını çırpmış gibi.”

Olgu 7, 46 yaşımda

“Burada ne diyeyim. Bir kartala benziyor sanki kartal. Şu da ellerini açmış vaziyette kartal var. Şuralara yorum yapamadım. Böyle boşluklar. Şu kısım beyaz kısmı gibi tuhaf. Bu kadar.”

Olgu 8, 22 yaşımda

“Buradakiler kaburga kemiği gibi. Bir de sanki burada iki kişi var gibi. Sanki iki kişiden oluşan bir heykele benziyor. Başka bir şey yok.”

Olgu 9, 47 yaşımda

“Yarasa kuş yırtıcı. Bir insanın elleri havaya kalıkmış kabarmış. Yukarıda ellerin izi var. Eller havada birleşmiş.”

Olgu 10, 45 yaşımda

“Bir yarasayı andırıyor gibi. Yan tarafta bir şeyle var kuleler, insanlar gibi. (Anket) Tabii ki haliyle yarasa dendiğinde akla kan gelir. Kan emici, yarasanın görevi bu”

Zihinselleştirme süreçlerindeki zayıflık ya da eksiklikler ötekini düşünmeye ket vurmakla birlikte, kişi duygusal ve algısal farkları kabul etmekte zorlanır. Erken bebeklik döneminde çocuğun bir birey olma sürecinde kazanılan bu özellik gelişemediği zaman yoğun saldırganlık ve öfke ortaya çıkabilir (İkiz, 2005). Bu hastanın yanıtında çok belirgin olmakla birlikte diğer hastaların 1.kart yanıtlarında da saldırgan dürtüler şeklinde yansıtılan örnekler bulunmaktadır.

Olgu 11, 43 yaşında

“Ortadaki resim kadına benziyor. Kafası yok gibi. Devam edeyim mi? Bu kadar.”

Olgu 12, 39 yaşında

“Yarasa gibi bir şey. Yarasaya benziyor. Başka bir şeye benzetemiyorum”

Olgu 13, 57 yaşında

“Kartal. Daha mı görmem lazım”

Olgu 14, 27 yaşında

“Kartal yok baykuşa benziyor. Baykuş. Havada gezen baykuş. Uçan bir hayvan”

Olgu 15, 35 yaşında

“Bu ne resmi? Uçağa benziyor sanki Bi de hayvana benzettim. Sanki hayvanlar uçuyor ya. (V) Şurada ayakları var gibi. (Üst çıkıntılar)”

Olgu 16, 44 yaşında

“Kuş görüyorum. Tepede kuşlar var. Kuşun kanatları var”

Olgu 17, 32 yaşında

“Yarasaya benziyor”

1. Karta verilen yanıtlara bakıldığında annesel imgeye ve nesneye ilk karşılaşmaya gönderme yapan bu karta verilen yanıtlar genellikle olumsuz tasarımlar içermektedir. Bazı hastalar ilk nesneyi tasarımlamada oldukça zorluk çekerken, genellikle nesnenin korkutucu ve tehditkâr tasarımlanması dikkat çekicidir. Zaman zaman ise tasarımlama zorluğu *“bir kelebeğe çok benziyor, şeytanı anımsatıyor”* yanıtında olduğu gibi ambivalan yanıtlar şeklinde kendini göstermektedir.

Bilinçdışındaki anne imgesi karşısında hastaların konumlarını belirlemede yaşadığı zorluğun yanında füzyonel, anneden ayrılmanın gerçekleşemediği yanıt örnekleri de görülmektedir.

7.Kart verildiğinde kişinin savunma düzeneklerinin iyice zayıflamış, bilinçdışı malzemeye ulaşmak daha kolay hale gelmiştir. Bu kart kişinin geçmiş dönem ilişkilerine dair önemli bilgiler sunmanın yanında 9. Kart ile birlikte değerlendirildiğinde kadına ve anne imgesine ait pek çok bilgi verebilir. 9. Kart testin en zor kartı olmakla birlikte Melanie Klein'in depresif pozisyon olarak tanımladığı döneme ilişkin göndermelerin sıklıkla yaşanmasına ve regresif dünyadaki ilişkilerin ve fantezilerin sunulmasına izin verir. Depresif pozisyonda annenin varlığı bir bütün olarak algılanır ve iyi ve kötü kısımlar henüz ayırım edilememiş olup aynı özellikler tek bir kişide toplanır. Dolayısıyla saldırgan ve libidinal dürtüler de bir aradadır. Ancak bu pozisyonu aşan kişi iyi nesneyi içinde tutarak diğerini dışarıya atabilir. 7. Kart ve 9. Kartın birlikte değerlendirilmesi sonucu bu çok erken dönemde anne ile kurulan ilişki hakkında bilgiler alınabilmektedir (İkiz, 2005).

Olgu 1, 32 yaşında

7.Kart *“İki kız çocuğu, saçları yukarıdan bağlanmış. Çocuklar birbirlerine bakarken, anne baba birbirlerine arkasını dönmüş. Çocuklar onların konuşmalarını hiss ediyor. Anne bir yere baba farklı bir yer götürüyor.*

(Anket): Şunlar asabi hain bakan anne baba, kurt kafası gibi. Şurası da ev gibi. Şurası onu ikiye ayırıyordu. Ortak olan şeyi aile kavramını ikiye ayırıyor. Çocuk çaresiz bir anneci bir babacı gibi”

9.Kart *“İyi kötüyi karıştırmak kötüyle iyiyi ayırmak gerekiyor. Burada karışmış. Onlar karışırsa kötü sonuç çıkar. Bulanık gibi”*

Olgu 2, 44 yaşında

7.Kart *“İki tane köpek karşılıklı oturuyor gibi. Küçük süs, fino köpek gibi. Kötü bir şey ama birden bakınca köpek. Kirpi gibi küçük köpekler.”*

9.Kart *“<∨Sanki akciğer filmi Bozuk bir akciğer filmi Sağlıklı olunca. Bir şey ifade etmiyor gibi. Bozuk kalp, akciğer. Göğüs kafesi”*

Olgu 3, 44 yaşında

7.Kart “*Burası bir kadının rahmi gibi. (Alt siyahlık) Onun üstü de? Ne ki bu $\vee \wedge \vee$ Ne diyeyim? Şunlar da köpeği kafasını andırıyor. Kurt olabilir. Üzerindekiler de sincap*”

9.Kart “*(V) Yani bu bir insan vücudunu andırıyor. Şu şekilde insan bedeni (ortadaki yeşillik) Hala testin ilginçliğini düşünüyorum. Bu arada $<$ İnsan vücudu diyorum ama ana rahmindeki insan yüzü gibi, belirginleşmemiş genelde televizyonda filan görürüz. $\vee < \wedge$ şöyle bakınca insan bedeni, kendi bedenimi düşünüyorum. Şunlar da organlarımız $<$ Şöyle bakınca da hayvanı andırıyor. (turuncular) $\wedge <$ Genelde iki taraftaki resimler aynı. Birini söyleyince diğerine gerek yok*”

Olgu 4, 34 yaşında

7.Kart “ *$\vee \wedge$ Hiçbir şeye benzetemiyorum. Çok parça parça*”

9.Kart “*(şok) $\wedge \vee \wedge$ daha çok insan vücuduna benzettim. Bunlar insan organları ciğerleri.*”

Olgu 6, 34 yaşında

7.Kart “*Yüzler kız çocuğu gibi. Ama alt tarafı iğrenç bir şey. Bunlar da çok çirkin bir şey. Burun yapısı domuz gibi ama yüz insan gibi. Şurada dişler, mişler çirkin bir şey gibi. Şuralar hep ana rahmi gibi hep ona benzetiyorum ama bilemiyorum. Saçları gibi $\wedge$ İçinin baş hali de mantarı anımsatıyor. Mantar baskısı gibi.*”

9.Kart “*Bunlar anne karnındaki bebek gibi. Suyun içinde yeni yeni büyüyen bebek kordonu gibi. $\wedge \vee$ (düz) $<$ yeşil... Sanki bir arabanın üstünde gibi bir hayvan gibi ben niye hep hayvan görüyorum herkes hayvan mı görüyor $<$ Şurada ayak çime bot pantolonun düğmeleri gibi. (turuncu) Burada şu an timsah var (yan yeşil) İnsana da benzettim fil gibi (turuncu) küçük minik bir fil.*”

Olgu 8, 22 yaşında

7.Kart “*İki çocuk var. Karşılıklı duruyor. İki taşın üzerine çıkmışlar. Ayrıca burada vücutlar da var. İki kafa. Şunlar da boynuz ya da saç.*”

9.Kart “Burada bir çeşit hayvan değişik bir şey duruyor karşılıklı. Ayrı tarafa bakan iki surat var. Bir de balıklara benzeyen hayvan.”

Olgu 9, 47 yaşında

7.Kart “Alt tarafı kelebek, üst tarafı sincap. Kelebek elini açmış, sincap tutunmuş. İki sincabı birleştirmişler. Başka bir şey yok.”

9.Kart “Hep hayvanlardan gittim. Aşağıda kabarık bir hayvan onun kuyrukları. Bir şeye aşağıdan yukarıya kuvvet vermişler birleşmişler. Alttakiler kuvvet vermiş insanlar köprü kurup birleşmişler.”

Olgu 10, 45 yaşında

7. Kart “Bunun sadece yaptığı çağrışım komediyi andırır, koca kafalar komedisini algıladı. Koca kafalardaki gibi kafa büyük, üstü insan yapısı altı hayvan desem, demesem. Üst yapı koca kafa altı şekil verilmiş gibi. Burada hayvan var gibi. Fil mi domuz mu bir şey diyemeyeceğim. (kartın ortası) Şu arada örümcek, kelebek gibi.”

9. Kart “Hiçbir şeye benzemiyor. (Çok uzun süre kartı elinde tuttu) erkeğin idrar yolu olabilir mi? Şu nokta öyle. Erkeğin üreme organının şeyi. Şunlar ne acaba? Köprü mü? Değil. Resim gibi, doğa resmi yapar, köprüden bakar gibi geliyor. İki taraflı bir şey yapıp ufuğa bakıyor gibi. Burası bayanın göğüs kısmını yansıtıyor. Öyle gibi. Olabilir bilemem. Görüntü bir yere çekebilir. Yoruma bağlı”

Olgu 12, 39 yaşında

Kart 7 “İki kişi karşılıklı durup konuşuyor. Bir şeyin üstündeler. Yedi cüceler gibi. İki çocuk karşılıklı tiyatro yapıyor. Başlarında şapkaları var”

9.Kart “Değişik değişik boya dökülen şeylere benziyor. Fırça darbesi gibi. Sadece boyaya benzetim. Ayrı ayrı boyalar olur ya resim yapmak için. Başka bir şeye benzemiyor.”

Olgu 13, 57 yaşında

7. Kart “Bundan hiçbir şey çıkartamadım. Sanki şunlar dala konmuş güvercin gibi. (kartın üst kısmı) alttaki kelebek gibi. (kartın en altı)”

9.Kart *“Alttakiler elma gibi. (Yeşiller) Şunlar da yaprakları. Üsttekine çiçek mi desem. Çiçeğe benziyor. Ay ne kadar zormuş bu, ben çok mu geriylim. Yaşlıyım artık yeter.”*

Olgu 14, 27 yaşında

7. Kart *“İki insan birbirine bakıyor. Saçları yukarı kalkmış. At kuyruğu iki insan birbirine bakıyor. Bu testten sonucu bana anlatacak mısınız?”*

9.Kart *“Karmakarışık. Yorum yapamam (yeşiller) kedi gibi. Buna yorum yapamayacağım. Çok karmakarışık çünkü. Bu da insan vücudu gibi bir şey.”*

Olgu 16, 44 yaşında

7. Kart *“Bunlar da etrafı ortası açık parçalı bulut. Ortasındaki ben olsam apaçık beynim. Bazen tahammülüm olmuyor. Tepesinde insanlar var gibi uçlarda. Şurada bir şey çıkıp gidecek gibi. (alt sivri) bazen de beni ağlama tutar, bazen de kendimi ifade edemem.”*

9.Kart *“Dünyanın etrafı kirli, hiç temiz değil. Başka bir şey yok. Dumanlar pis hava. Dünyayı pis hava sarmış”*

Bu karta verilen yanıtların ortak özelliği hastaların genellikle izolasyon savunma düzeneğinin kullanması ve nesneyi tasarımlamada yaşadıkları güçlüklerdir. Yanıtlarda ötekine olan dayanak ihtiyacı da dikkat çekmektedir. 1.Kartla bağlantılı olarak 7. Ve 9. Kartlara verilen yanıtlara bakıldığında pregenital anne bu kartlarda da korkutucu, persekütif ve endişe verici olarak tanımlanmış, tasarımlar kesintiye uğramış tam olarak verilememiştir. 7. Kartta hastalar annesel bir imge verememiş ve 7. ve 9. kartları reddetme eğilimine gitmişlerdir. Yaşanan kayıp duygusuyla uğraşmak istemeyen hastalar, bu kaybın ruhsal olarak işlemlemede ve eklemlerede zorlanmaktadır. 9.kartta, biçimin ve sınırların olmadığı anne karnının içini tasvir eden arkaik regresif semboller annesel nesnenin kapsayıcılığına vurgu yapılan yanıtlar olmakla birlikte, kapsayıcı nesneye yönelik talebin yanı sıra tutunmaya ve dayanağa yönelik arzu ise sıklıkla tekrarlanmaktadır.

Testin 2. ve 3. Kartları ise anne ile olan ilk dönem pregenital temaların yanında sevgi ve nefret ilişkilerini veren öteki nesne ilişkilerine dair bilgiler sunar.

Cinsel ve agresif dürtülerin verildiği bu karttaki temalar kişinin öteki ile kurduğu ilişkideki konumunu ortaya koyar (İkiz, 2007).

Olgu 1, 32 yaşında

2.Kart“(şok) Yine aynı şekilde siyahlar aynı, şu kan görüntüleri beni kötü yaptı. Bir tane kadın iki sıkıntının arasında kafası yok. İki küçük fil yavrusunun hortumları birbirine dayanmış.”

“(Anket): Şu bağlantı. Bunu hayat açısından da yorucam. İnsanın hayatındaki sıkıntılar kanla kendini iyileştirmemeli. Kadın vücudu iki sıkıntının arasında patlamış, kan sıçramış. Ölümü olmuş.”

3.Kart“İki insan iki birey karşılıklı birbirini seviyor. Ruhsal, beyinlerindeki sorunlarından dolayı kalplerini ters döndürmüşler. Şurada akciğer, solunum gibi. Soluk almada zorlanmış. İki insan birbirini seviyor. Ama dışarıdan gelenler yani... Şunlar kan gibi. Şunlar akciğer. Nefes almaya yarıyor.”

Olgu 2, 44 yaşında

2.Kart“Alttaki kırmızı. Kelebek ya da kalp. Burada iki panda yavrusu ağızlarında bir şey var.”

3.Kart “Nasıl desem. Sanki iki kadın karşılıklı bir şey tutuyor ya da bir şeyi çekmeye çalışıyorlar. Ortadaki ifadesi. Papyon gibi.”

Olgu 3, 44 yaşında

2.Kart “İki tane yüze benzeyen, iki kişinin yüzü var. Değişik bir yüz. Ayakları var. Alt tarafı da sanki bir hayvanı andırıyor. Ellerini birbirine çarpmış. Alttaki kırmızıyı algılayamadım, ne olabilir? Baştan tartışıp ondan sonra birbirleriyle dost olmuşlar. Bu kadar.”

3.Kart “Kahve falı bakanlar iyi yorumlar bunları. Güvercinin yeni doğmuş yavrusu, bizim evin bahçesine gelir, ben izlerim onları. Yavrularını besleyen güvercinler. Şu da annesinin ayakları, yumurtadan çıkmışlar. Kırmızı renkler kanı simgeliyor olabilir mi? Benzetemiyorum da aklıma o geldi.”

Olgu 4, 34 yaşında

2.Kart *“Hiçbir şeye benzetemiyorum. Bir organa benzetebiliyorum”*

3.Kart *“Bunu da benzetemiyorum. ^v^ Hayır benzetemiyorum. Birazcık iskelete benziyor.”*

Olgu 5, 36 yaşında

2.Kart. *“Burada da iki insan. Anlaşmış, mutlu gibi. Başka bir şey yok.”*

3.Kart *“Bu bana huzursuzluk verdi. Çok karışık bir şeye benzetemedim. Bu bakışları rahatsız insan ama iki hayvan gibi de.”*

Olgu 6, 34 yaşında

2.Kart *“(v^) Ayy falan diyeceğim. Çok zor bir test. Şey anlamadım bunu Bir şeye benzetemedim. Ayak gibi (üst kırmızılar ters tutunca) Şöyle bakınca kalp Başka bir şey yok. Bacak gibi (tüm siyah + kırmızı kısım)” (Anket): “Bacak ayrık bir şekilde, ana rahmi gibi Buradaki çıkıntılar da zarar görüp etkilenmiş gibi.”*

3.Kart *“İki insanın birbirine sevgiyle el ele, şunlar sperm gibi, çocuk gibi döllenmiş (üst kırmızılar) Kalp. Şunu anlayamadım. Burada bir şey çekiştiriyorlar. Baktıkça farklı şeyler görüyorum. Şimdi kuş olarak görüyorum. Gagaları bir şeyi yakalamış parçalamak ister gibi çekiştiriyor. Bacak gibi gördüğümü şimdi balığa benzettim. Bu kartlar çok ilginç (Ters) Şöyle bakınca da yengece benziyor. Başka var mı?”*

Olgu 7, 46 yaşında

2.Kart *“Buna ne diyeyim ben şimdi. Sanki vücudumuzu anlatıyor. Off midelerimiz falan o vaziyette.”*

3.Kart *“Sanki bunlar da iskelete benziyor. Burası karın boşluğu. (orta kırmızı) duruşu sincaba da benziyor.”*

Olgu 8, 22 yaşında

2.Kart *“Burada iki kişi var. Karşılıklı duruyor. Ortada bir tuhaf heykel şekli çıkmış.”*

3.Kart *“Burada iki hayvan şekli gibi. Başka bir şey yok.”*

Olgu 9, 47 yaşında

2.Kart *“Yukarıdakiler kuşa benziyor. Genelde suda yaşayan uzun ağızlı, ağzına bir şey sıkıştırılmış hayvan. Bu da normal, kuşlar konmuş gibi.”*

3.Kart *“Şunlar tavşan ,ben hep hayvanlardan gittim. Bunlar insan biçiminde hayvan gibiler. Soyulmuş tavuklar olur ya, biz çuluk deriz. Hindiler soyulur ya ona da benziyor.”*

Olgu 10, 45 yaşında

2.Kart *“Görüntü, çizim itibariyle iki koca oğlanın mücadelesi. Tepeden bakınca iki koca oğlan mücadelesi. İki kırmızı şey fok su samuru gibi. Belgesellerde çıkar. Alttaki kırmızıları algılayamadım.”*

3.Kart *“Valla ne diyeyim. İnsan mı? İki tane bayanın şeyi gibi. Nasıl anlatayım. Bunlar ayakları. İki tane bayanın şeyi. Karşılıklı anlayabilmiş değilim. Neye benziyor. Sanki bir şey düşüyor. Fare mi? Buna yorum yapamayacağım, bilemiyorum. Bunlar neyi ifade ediyor (ortadaki kırmızı) bu hiçbir figürü andırmıyor.”*

Olgu 11, 43 yaşında

2.Kart *“Şurası akciğer gibi. Şurada iki kişi gülüyor, sevinçli.”*

3.Kart *“Şurada iki kişi bir şey tutuyor gibi. Şurada hayvan resmi olabilir.”*

Olgu 12, 39 yaşında

2. Kart *“İki tane küçük ayıcık karşılıklı oynuyor. Şurası kelebek. (alt kırmızı) Bu kadar.”*

3.Kart *“İnsana da benziyor. Maymun goriller var ya onlara benziyor. İki kişi eğilmiş bir şey alıyor. Spor yapar gibi. Kafaları goril gibi. Kırmızılar da ağaçta sarkan yavrular olsun. Burası insanların kalça kısmına, böbreklerine iskelete benziyor.”*

Olgu 13, 57 yaşında

2.Kart *“Ne diyeyim ben buna. Sanki iki fil desem, şey uzun değil, aslan gibi aslan da değil. İki fare. Fareden de çok korkarım.(Anket): Yukarı doğru bakışları file*

benziyor. Ayakları fare gibi. Kuyruğu yok ama. Kuyruğu olsa fare olur. (Kastratif endişe)”

3.Kart “İki insan. Konuşuyorlar gibi. Yarışıyorlar gibi. İnsanlar oturur gibi. Göremiyorum başka bir şey.”

Olgu 16, 44 yaşında

2.Kart “İkisi de hayvan. Ağız ağıza vermiş hayvan (öyle midir ?) şu da kelebek (alt kırmızı) üsttekiler böcek, sümüklü böcek gibi. Ayakları var. Hep hayvana benzettim bilmiyorum doğru mu?”

3.Kart “Hiç bir şeye benzetemiyorum. Şunlara kuş diyeceğim. Bir şey göremiyorum. Şunları da benzetemedim (üst kırmızılıklar) şu anda aklıma bir şey gelmiyor. Bilemedim.”

Olgu 17, 32 yaşında

2.Kart “Bu ne? Burada bir şey var ama. Ben bu testlerden kalırım. Bunu bir şeye benzetemedim. Çok garip (V) yok benzetemedim.”

3.Kart “Burada iki tane oturan sanki....öyle. karşılıklı oturuyorlar gibi ama. Bunlar kalbe benziyor.”

Psikojenik pruritus almış bu hastaların nesne ilişkilerinin dürtüsel boyutunu anlamak amacıyla 2. ve 3. Kart yanıtlarına bakıldığında öteki ile kurulan ilişkideki agresif dürtüleri dikkat çekmektedir. Tüm test boyunca çok nadir alınan kinestezi yanıtları genellikle 3. Karta verilmiştir. Bu kinestizilerin içeriği ise yarışma ya da çekişme şeklinde tasarımlanmış ve saldırgan dürtüleri ortaya koymuştur.

Dikkat çeken diğer bir nokta ise, hastaların 2. ve 3. Karttaki rengi görmemeleridir. Bu kartlardaki kırmızı rengin hastalardaki saldırgan dürtüleri harekete geçirdiğini, bununla baş edemediklerinden dolayı bu rengi görmezden geldikleri ve yanıtlamama eğiliminde olmalarının yanında kırmızı rengin görülmemesinin psikosomatik hastalarda görülen dürtüsel dünyadaki fakirleşmenin ve sembolizasyon kapasitesindeki yetersizlik sonucu ortaya çıktığı düşünülmektedir. Yine bu kartlarda hastaların kastrasyon endişesini yansıtan yanıt örnekleri

verilmiştir. Ancak yanıtların içeriğine bakıldığında bunun daha çok nesne kaybına ilişkin bir endişe olduğu dikkat çekmektedir.

8.3.2. Deri-Benlik Yapılanmasına ve Sınırlara Özgü Hassasiyeti Ortaya Koyan Yanıtlar

Anzieu çocuğun erken dönemdeki ilişkilerinde benliği beden yüzeyinden elde edilen deneyimler aracılığıyla tanımlar. Deri bedeni kapsayan bir zarf şeklindedir ve dış dünyadan çocuğu korumanın yanında, kendisi dışındaki her nesne ve uyarının ilk karşılayıcısıdır. Burada anne yeterli desteği oluşturamazsa çeşitli eksiklikler ortaya çıkar. Rorschach Testinde ise bu yanıtlar, “elbise”, “üniforma”, “kıyafet”, “tül”, “manto” gibi giysi yanıtları ile ortaya çıkabildiği gibi “yengeç”, “kaplumbağa”, “istiridye” gibi üstbenliğin koruyucu kılıfına gönderme yapan yanıtlarla da ortaya çıkabilir (İkiz, 2005).

Olgu 2, 44 yaşında

4.Kart “*Bu da çürük bir ağaç ifadesi. Çürümüş dalları ayırık ağaç. Ürkütücü heykel gibi.*”

5.Kart “*Kelebek kozasından çıkmış gibi. Maskeli baloya giden bir insan kanatlarını yapmış baya kanatlı*”

7.Kart “*.....Kirpi gibi küçük köpekler*”

Olgu 3, 44 yaşında

10. Kart “*...Fare mi dedik derisi yüzülmüş gibi. Griler onlara benziyor*”

Olgu 5, 36 yaşında

8.Kart“*.... İki hayvan. Kabukları kalın ama sanki birbirlerinin kabuklarını parçalamışlar. Ama hangi hayvanlar olduğunu bilmiyorum...*”

Olgu 6, 34 yaşında

3.Kart”*.....Şöyle bakınca da yengece benziyor.....*

6.Kart “*İlginç bu. Şurası hayvanın postu gibi. Yüzler yüzler kanatlı yılan olur mu?*”

10.Kart “...kot pantolonun düğmeleri gibi. (turuncu yerler) Burada şu an timsah var.”

Olgu 8, 22 yaşında

1.Kart “....Sanki iki kişiden oluşan bir heykele benziyor.”

2.Kart “...heykel şekli çıkmış.”

Olgu 9, 47 yaşında

3.Kart “...Soyulmuş tavuklar olur ya, biz çuluk deriz. Hindiler soyulur ya ona da benziyor”

10.Kart “...Bunlar akrep. Kancasını atmış.”

Olgu 10, 45 yaşında

2.Kart “(Anket) ... Ahtapot olabilir kolları yok ama bilemiyorum.”

4. Kart “...Solucan gibi sümüklü böcek izlenimi.”

6.Kart “...Algıladığım görüntüyü ifade etmeye çalışıyorum. Kaplumbağa kafayı çıkarmış. (✓) Buradan post gibi. Hayvanların derisini yüzmüşler gibi. Yünlü taraf gibi”

10.Kart “....Bunlar kırkayak, bunlar akrep. Yengeci de andırıyor.”

Olgu 12, 39 yaşında

5.Kart “...Böyle böcek gibi de ama kanatları cildi kanamış, bir acayip.”

Olgu 13, 57 yaşında

4.Kart “...Üstünde pardösü gibi bir şey var.”

Olgu 14, 27 yaşında

6.Kart “...Bu da sakallı, makallı, kıllı millı. Sanki yılanı, kobrayı andırıyor...”

10.Kart “Bu da insan vücuduna dalan ahtapotlar gibi.”

Olgu 17, 32 yaşında

6. Kart “...birazcık yılana benziyor. Şurdan da akrep gibi çok değişik.”

8.4. Rorschach Testinden Elde Edilen Bulguların Genel Değerlendirmesi

Psikojenik pruritus tanısı almış hastaların Rorschach Testine verdikleri yanıtlardan elde edilen sonuçlar genel olarak şu şekilde sıralanabilir:

1. Testin tamamındaki yanıtlarda ilk dikkati çeken hastaların sembolizasyon kapasitesindeki yetersizliktir. Hastalar genellikle kartları eline alır almaz yanıtlayarak ne gördüyse onu söyleme eğiliminde olmuşlar ve çok nadir kendilerinden bir şey katmışlardır. Kartlar içselleştirilmeden, anlık algısal yanıtlar verilmiş, kişisel yaşantıların kartlara yansıtılmasında yetersizlik yaşanmıştır. Genellikle kartları tanımlama çabası ruhsal yaşantı olmadan ön planda olmuş, biçimin ön planda olduğu rasyonel yanıtlara tutunma çabası dikkati çekmiştir. Bu durum işlemsel düşüncenin göstergesi olup, bu hastalarda dürtüsel yaşantının kısırlaştığını göstermektedir.

“Kartal daha mı görmem lazım.”

“Bu da hayvan.”

“ Bu da yarasa gibi uçuyor, hep hayvanlardan gittik.”

“Sanki bir kelebek. Sadece bir kelebek başka bir şey düşünmüyorum.”

“İlk bakışta yarasa görünümü verdi. Devam edeyim mi. Başka bir şeye benzetemedi.”

“Bu da uçan bir hayvan. Yarasa mı desem. Yarasaya benzettim. Şekli öyle.”

2. Hastaların testte kinestezi yanıtlarını ya hiç vermemişlerdir ya da oldukça sınırlı sayıda vermişlerdir. Saldırgan ya da libidinal dürtüler kartlara yeterince yansıtılamamış, kısıtlı olan tasarımlar dürtüden, hareketten uzak şekilde verilmiştir. Verilen kinestezi yanıtları ise genellikle saldırgan dürtülerin karta yansıması şeklindedir. Testte sıklıkla net olmayan tasarım yanıtlarına da rastlanmaktadır.

“Nasıl desem, sanki iki kadın karşılıklı bir şey tutuyor ya da bir şeyi çekmeye çalışıyorlar.”

“Ne diyeyim ben buna, sanki iki fil desem, şey uzun değil, aslan gibi aslan da değil. İki fare, fareden çok korkarım.”

3. Hastaların 1. 7. ve 9. Kartlara verdikleri yanıtlara bakıldığında, ilk nesnenin bu hastalar tarafından genellikle tehditkâr, endişe verici ve persekütif algılanmıştır. Prenatal anne imgesi yetersiz ve korkutucu yanıtlarla karta

yansıtılmıştır. 7. ve 9. Kartlara verilen yanıtlara bakıldığında özellikle bu kartlarda, tasarımlar kesintiye uğramış tam olarak verilememiştir. 7. Kartta hastalar annesel bir imge verememiş ve kartı reddetme eğilimine gitmişlerdir. Hiçbir protokolda kinestezi yanıtı alınamamıştır. Bu da bize anneyle olan ilişkinin tasarımlanamadığı ya da saldırgan dürtüler nedeni ile yanıtlanamadığını düşündürmüştür. 9.Kart yanıtlarında hastaların iç-dış ayırımına ilişkin hassasiyetler de ortaya çıkmıştır. İçtekine ve dıştakine kolay nüfuz edilebileceğini gösteren yanıtların gelmesi bu hastaların uyarı kalkanlarının tam olarak gelişmediği bilgisiyle örtüşmektedir.

4. 3. Kartta kadına ait tasarımları vermekte zorlanan hastalar yanıtlarda daha çok iki çocuk, iki insan gibi cinsel kimliğin belli olmadığı tasarımları kullanmayı tercih etmişlerdir. Bu sonuçtan sonra hastaların 5. Karta verdiği yanıtlara da bakılmıştır. Bu karttaki yanıtlarda da hastaların kendilik tasarımlarının oldukça kırılgan ya da net olmadığı görülmüştür.

“Yırtıcı bir kuş gibi ama adını bilmiyorum”

“Kozasından yeni çıkmış kelebek çok narın”

“Bu da uçan bir hayvan. Yarasa mı desem. Yarasaya benzettim. Şekli öyle.”

“İlk bakışta yarasa. Kelebek <v<v”

“Bu da uçan yarasalara benziyor. Böyle böcek gibi de ama kanatları cildi kanamış bir acayip. Kuş da olabilir ama kuşun kanatları yok. Yere konmak isteyen kuşlar gibi.”

“Bu da yırtıcı, uçan kuşlar gibi. İsmin tam olarak bilmiyorum.”

“Bu da hayvanı andırıyor. Uzun bir şey”

5. Karta gelen bu tür yanıt örnekleri 3. Karttaki yanıtlar yanıtlarla beraber düşünüldüğünde hastaların kendilik tasarımlarına bağlı olarak doygun bir cinsel kimlik tasarımılamada zorlandığı görülmüştür.

6. 4. ve 6.kartların bu araştırmada çalışılması planlanmasa da hastaların bu kartlara verdikleri yanıtlar dikkat çekmiştir. Otorite karşısında yaşanan yetersizlik duyguları bu kartlarda ortaya çıkmış, hastalar çoğunlukla şok yanıtları vermişlerdir. Anzieu bu kartlardaki üstbenliğin sadece babasal değil, annesel bir özellik de

taşıdığını belirtmektedir. Protokoller bir bütün olarak değerlendirildiğinde annesel bir üstbenliğin bu hastalar için oldukça yıkıcı ve tehdit edici olduğu görülmektedir.

“Bu da çürük ağaç ifadesi. Çürümüş dalları ayırık ağaç. Ürkütücü heykel gibi.”

“Bundan ne göreceğim. Bu da insan gibi. Bacaklarını açmış. Üstünde pardösü gibi bir şey.” Ankette ise “bacaklarını açmış üstüme geliyor gibi.”

7. Protokollerde herhangi bir kartta mutlaka fobik bir yanıt rastlanmaktaydı. Bu da bu hastalar tarafından yaşanan endişenin işlemlenemediğini göstermektedir.

“Ayy, korkunç kara buluttan başka bir şey yok, bu da benim karabulutum. İçi kararmış insan. Kadına benziyor.”

“Bu da hayvan. Buradakiler fare gibi. ödüm patlar.”

“Ay bu ne iğrenç bir şey. Boğa gibi. Büyük ayaklı hayvan.”

“Şurası yılan kafası gibi. (üst çıkıntı) şöyle bakınca. Şuraya kadar yine korkuyorum.” (baş kısmı) İnsan gibi de.

8. Bazı hastalar kartlardaki beyaz kısımları tasarımılandırılmada zorlanmış, tam bir tasarım ortaya koyamamıştır.

“....burası ferahlıksa uçurum değilse (beyazlar) ne bileyim.”

“Hiçbir şey söyleyemiyorum. Sanki şurada bir kopukluk var. Beyaz karttaki boşluk koparmış orayı.(kartın ortasındaki beyaz alan)”

“Yüzeysel bakmak istiyorum. Ne gördüysem o. Hem beynim hem ruhum çok yorgun. Karttaki beyazlar gözümü yordu.”

“Şuralara yorum yapamadım. Böyle boşluklar. Şu kısım beyaz kısmı gibi tuhaf. Bu kadar.”

“Şu kısım ciğerlerimiz şu kısım karın boşluğu, şu kısım beyaz olanlar hani, ne gibi resme ait ama ayrı gibi de bir türlü birleştiremedim.”

SONUÇ VE TARTIŞMA

Psikojenik pruritus tanısı almış 17 hasta ile yapılan bu çalışmada, bu hastaların erken dönemlerinde deri temelinde ilk nesneyle (anne) kurdukları ilişkileri, ruhsal yapılanmaları ve bilinçdışı süreçleri incelenmiştir.

Çalışmaya katılan hastaların demografik özellikleri ve ruhsal yapılanmalarında farklılıklar olsa da görüşmelerindeki ve Rorschach Test yanıtlarındaki ortak temalar dikkat çekicidir. Psikojenik pruritus tıp literatüründe son yıllarda çalışılmaya başlanmış bir hastalık olmakla beraber çalışmalar hastalığın etyolojik faktörlerinden çok komorbiditeleri ve hastaların yaşamına etkileri üzerinde yoğunlaşmıştır. Psikanalitik ve psikosomatik literatürde ise, erken dönem nesne ilişkilerinin çeşitli deri hastalıklarının oluşumundaki önemini ortaya koyan çalışmalar olsa da spesifik olarak psikojenik pruritusun incelendiği bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bununla birlikte, çok az sayıda olsa da diğer deri hastalıklarından kaynaklanan kaşıntı ile yapılmış çalışmalar bulunmaktadır.

Psikojenik pruritusun psikojenik faktörlerle tetiklenen ya da şiddeti artan ve sürengelik kazanan etyolojik olarak altında hiçbir sebebin bulunmadığı somatoform kaşıntı türü olması ve literatürde 0–1 yaşın deri hastalıklarının oluşumundaki rolüne vurgu yapılması bu hastaların erken dönemde anneleri ile kurdukları ilk ilişkileri akla getirmiştir (Altunay ve Köşlü, 2008).

Alexander, kaşıntı şikâyeti bulunan hastaların deri uyarımları biçiminde okşama, ovma gibi bedensel sevgi yaklaşımlarının ve gereksinimlerinin reddedici ve itici anneler tarafından karşılanmadığını, bu hastaların bebeklik dönemlerinde anne ile ilişki anlamına gelen deri temasından eksik ya da yoksun olduklarını belirtir. Kaşıntının altında sevilen nesne tarafından anlaşılma/kapsanma isteği yattığını öne sürer (Anzieu, 2008). Anzieu da benlik gelişiminde erken dönemdeki deri temasları ve dokunma duyumlarının önemini vurgular ve annenin bebeğin derisine temaslarındaki aşırılığın ya da yetersizliğin ego işlevlerinde bozulmaya ve çeşitli deri hastalıklarına neden olabileceğini savunur (Mutz, 2010).

Winnicott'a göre annenin yetersizliği müdahalelere fazla tepki üretir ve bu tepkiler bebeğin varoluş sürekliliğinde kesintiye neden olurlar. Bu aşırı tepkiler engellenmeden çok ortadan kaldırma tehdidi oluştururlar. Bu açıdan annenin bir

engelleme simgesi olarak değil de bir kişi olarak görülmesi olumlu sonuçlara yol açar. Annelik eksiklikleri annelik eksikliği olarak hissedilmekten çok kendiliğin varoluşuna bir tehdit olarak ortaya çıkarlar (Winnicott, 2006).

Kötü bakım, ret ve kayıtsızlık gereksinimlerinin karşılanması için zorunlu olan anneye bağımlılığı daha katlanılmaz hale getirir. Bu şiddetli bağımlılık doğmakta olan ruhsal benlikteki ürkütücü fantezileri kışkırtır, başarılı gelişimi frenleyecek, durduracak ya da yıkacak bilinçdışı savunma mekanizmalarının ortaya çıkmasına neden olan zulmedici anne imagosunu gündeme getirir (Anzieu, 2008).

Psikojenik pruritus tanısı almış bu hastaların 1. 7. ve 9. kartlara verdikleri yanıtlar pregenital anne imgesinin bu hastalar tarafından oldukça tehditkâr, endişe verici ve persekütif olarak tasarmlandığı ortaya koymaktadır. Persekütif anne imgesine gönderme yapan yanıtların yanında bu kartlara füzyonel, anneden ayrılmanın gerçekleşmediği yanıt örnekleri de verilmiştir. Rorschach Testinde özellikle 1. kart yanıtlarında göze çarpan ilk nesneyi tasarlama zorluğu hastaların söylemlerin de anneye karşı duyulan ambivalan duygular aracılığıyla da ortaya konmuştur. Anneler genellikle uzak, mesafeli ancak kontrolcü anneler olarak tarif edilmelerine rağmen hastaların anne ile olan ilişkilerine sınır koymakta zorlandıkları görülmüştür. Annelerin duygusal ihtiyaçları ve heyecanları karşılama kapasiteleri yetersiz gibi görünmekte ve yeterince doyum sağlayıcı olmayan bu ilişkide annelerin, kapsama, koruma ve tutma işlevlerini yerine getirmede zorluk yaşadıkları anlaşılmaktadır. Nitekim yanıtlarda annesel nesnenin kapsayıcılığına vurgu yapılan yanıtlar olmakla birlikte, kapsayıcı nesneye yönelik talebin yanı sıra tutunmaya ve dayanağa yönelik arzu ise sıklıkla tekrarlanmaktadır.

Derinin kaşıma ve diğer yollarla tahrişi ruhsal tahrişten farklılaşmamıştır ve hasta bu fiziksel belirtilerle engelenmişliğini, öfkesini ve acısını açığa vurur. Sevilen ya da ihtiyaç duyulan birine karşı hissedilen nefret ya da tam tersi sevgisine ulaşılması imkânsız kişiye karşı duyulan nefret kaşınıtı ataklarını provoke ediyor olabilir (Ulnik, 2008). Pruritusun hasta için azap verici semptomları, literatürde bastırılmış bilinç dışı agresyon ve cinsel dürtülerin bedene yansıtılması olarak da yorumlanmaktadır. Ortak olan görüşlere göre bu hastalar agresyon ile ilgili nörotik çatışmalarını, sevgi gereksinimi, kızgınlık ve gücenme duygularını doğrudan ifade

edememektedir. Kaşıntının ortadan kalkabilmesi için bilinç dışında yer alan nörotik çatışmanın içerdiği öfke, kızgınlık, agresyon gibi duyguların dile dökülmesi ve bunları kabul edememenin verdiği suçluluk ve kendini cezalandırma duygularının azaltılması gerekir. Bu sayede kişinin kendini yolarak duygularını ifade etmesi ya da kendini cezalandırması önlenmiş olur (Anzieu, 2008).

Anneyle kurulan erken dönem ilişkilerin dürtüsel boyutunu anlamak için hastaların 2. ve 3. kartlara verdikleri yanıtlara bakıldığında nesne ile kurulan ilişkideki saldırgan dürtüler dikkat çekmiştir. Hastalar tarafından verilen nadir kinestezi yanıtları bu kartlara gelmekle birlikte kinestezilerin içeriği genelde yarışma ve çekişme olarak tasarımlandırılmakta ve saldırgan dürtüler sadistlik ve çiğ bir şekilde ortaya konmaktadır. Kırmızı rengin bu hastalar tarafından görülmemesi hastaların saldırgan dürtülerini işlemlemede yaşadıkları zorluğu da düşündürmektedir. İkiz (2005) erken bebeklik döneminde birey olma sürecinde kazanılan duyuşal ve algısal farkları kabul etme yetisinin zihinselleştirme süreçlerindeki zayıflık ya da eksiklikler nedeniyle gelişemediğini ve bunun sonucunda bireyde yoğun bir saldırganlık ve öfke ortaya çıkabileceğini söyler (İkiz, 2005). Kartlara gelen yanıtlardaki nesne kaybına bağılı yaşanan endişe de dikkat çekicidir. Bu bilgiler literatürle uyumlu olarak bu hastaların kaşıntı aracılığıyla öfkelerini ve acılarını bedenlerine yansıttıkları bilgisini doğrulamakta ve araştırmanın ilk hipotezi olan bu hastaların erken dönemde anne ile doyumsuz ve güvenli ilişkiler geliştirmekte sıkıntı yaşadıkları hipotezini de desteklemektedir.

Psikojenik pruritus hastalarının “nüfuz etme” ve iç-dış ayırımına ilişkin hassasiyetlerine ait yanıtları, bu hastaların uyarı kalkanlarının tam olarak gelişmediği bilgisiyle örtüşmekle birlikte, bu hastaların içsel olanla dışsal olanı farklılaştırmada sıkıntı yaşadıklarını göstermektedir. Güvenli bir nesne ilişkisi kuramayan bu hastalar buna bağılı olarak benlik sınırlarını da çizmekte zorlanıyor gibi görünmektedirler. Özellikle sınırların çok belirgin olmadığı 9.karta verilen yanıtlarda hastaların iç-dış ayırımına ilişkin hassasiyetleri daha net bir şekilde ortaya çıkmaktadır.

Psikanalitik literatürde sık sık derinin içe alım sürecindeki, ego gelişimindeki ve beden sınırlarının oluşumundaki temel rolü üzerinde durulmuştur. Erken dönemdeki deri duyumları yetişkin fantezilerinin oluşumunu belli bir silsile yoluyla

sağlarken, bu dönemdeki derinin koruma, güvenlik gibi görevlerini yerine getirmesinde yaşanan yoksunluklar yetişkin dönemdeki fantezilerde merkezi bir rol oynamanın yanında ego gelişiminde de engelleyici bir rol oynar (Biven, 1982).

Anzieu'ya göre iç ve dış kavramları erken çocukluk dönemindeki dokunsal ve fiziksel deneyimler aracılığıyla gelişir. Ciltteki bozulmalar beden ve egonun sınırlarını korumanın yanında bütün ve yapışık ilişkinin de devam ettiğinin hissedilmesini sağlar. Dokunmayla ilgili olarak içsel ve dışsal oluşumlar eş zamanlıdır. Temas durumunda kişi kendi ve diğerinin egosu anlık hisseder ancak bu konfüzyon büyürse, kişi kendi egosunu kaybetmemek için sürekli temaslara ihtiyaç duyar. Bir çocuk için dokunulmamak ve okşanmamak fark edilmemek kadar korkunç olabilir. Her iki durumda da çocuk varlığını hissedemez ve ego ve beden imajında bozulmalara neden olur ve yaşamı boyunca özne ve nesne, iç ve dış, benliğe ait ve benliğe ait olmayanların ayrımını yapmada zorlanır. Kaşıma sonunda ortaya çıkan lezyonlar aracılığıyla hasta dikkatleri üzerine çeker ve ben buradayım mesajı verir. (Ulnik, 2008).

Anzieu çocuğun erken dönemdeki ilişkilerindeki benliğinin dokunsal deneyimler ile oluştuğunu ve bedeni kapsayan bir zarf şeklinde olan derinin çocuğu korumanın yanında her uyarıyı karşılayıcı bir rolü olduğunu belirtir. Bu aşamada annesel destek oldukça önemli bir rol üstlenir (İkiz, 2005).

Protokollerinin neredeyse tamamında testte yayılmış olan deri benliğe ilişkin yanıtlar bulunmaktaydı. Bu yanıtlar dokunsal bir yan içermekle birlikte deri egosundaki koruyucu rolün yetersizliğe de gönderme yapmakta ve dokunsal temalar agresif dürtülerle açığa çıkarken narsisistik eksikliği de ortaya koymaktadır. İkiz (2001) dokunsal yanıtların duygusal ihtiyaçlarla bağlantılı olduğunu ve ilk dönem ilişkilerdeki sorunlar, eksiklikler veya duyarlılıklara gönderme yaptığını belirtir. Fiziksel temasın önemine de dikkat çeken bu yanıtlar bağımlılık ve pasifliği de harekete geçirmektedir (İkiz, 2005).

Derinin zarar görmüş ya da çabuk nüfuz edilebilir temalarla anlatılması bu hastaların dış dünyadan gelen heyecanlara karşı kendilerini korumada yetersiz olduğunu düşündürmektedir. Psikojenik pruritus tanısı almış bu hastalar kartlardaki boşlukları da tasarımılamada zorluk yaşamaları da ilkel annesel zarfın yetersizliğini

düşündürmektedir. Pascal Roman'a göre simgeleştirme süreci bebeğin ve annenin bedenlerinin ilk defa karşılaştığı birincil deneyimlerle gelişir ve bu deneyimler annesel zarf olarak adlandırılır. Rorschach'da kartların beyaz kısımlarıyla karşılaşma ve bu beyaz kısımları yorumlama biçiminin ilkel annesel zarfa gönderme yapmaktadır. Dolayısıyla erken dönemde anneyle yaşanan ilişkinin kalitesidir. Bu erken dönemdeki ilişkide, güven, koruma ve kapsamayla ilgili işlevler önem kazanır ve aynı zamanda anne ve bebeğin füzyon içindeki bedenlerinin onarılmaz bir şekilde ayrılması temelinde ortaya çıkan duyguların eklemlenmesi beklenir (Yavuz, 2009). Hastalar tarafından yaşanan beyazı tasarımlama zorluğu aynı zamanda annenin kapsama işlevindeki yetersizliği gündeme getirmektedir. Ayrıca gelen boşluk ve delik yanıtları geçirgen bir deri-benliğe gönderme yapmaktadır.

Fischer ve Cleveland'a göre zar yanıtları Rorschach testlerinde şu şekillerde ortaya çıkar: Giysiler, derileri değişik olan hayvanlar (penguen, zebra, aslan, kaplan, leopar vb.), yüzeyin doku, tüylü, benekli ya da çizgili yapısına olağan dışı bir vurgu yapılan her tür hayvan derisi, dünyadaki kapanmış yerlerin açılışları (vadi, maden girişi, dağ geçidi, kuyu, kanal vb.), olağan dışı hayvan kapları (kesesi olması sebebiyle kanguru, şişmiş kedi, hayvan memesi, hamile kadın gibi), koruyucu veya çıkıntılı yüzeyler (şemsiye, kubbe, güneşlik, kalkan vb.), zırhlı olan ya da koruma için kendi kapsayıcı duvarlarına bağımlı olan şeyler (tank, uzay roketi, savaş gemisi, zırhlı araba, zırhlı insan vb.), kaplanmış, çevrelenmiş ya da saklanmış şeyler (battaniyeye sarılmış adam, duman sarmış ev, bir şeyin arkasına saklanmış insan, yosun tutmuş tomruk) ve olağan dışı kapsayıcı tarzda şekilleri ya da özellikleri olan şeyler (gayda, sandalye) zar yanıtlarına gönderme yapar (Fisher ve Cleveland, 1967).

Kişinin kendi bedeninin dışının koruyuculuğunun az olduğuna ve bedeninin kolaylıkla nüfuz edilebileceğine dair duyguları ise Rorschach Testine şu şekillerde yansır. Bedenin dış yüzeylerinin yıpranması, (ezilmiş böcek, yırtılmış hayvan derisi), bedenine içine doğru giren kanal veya şekillere ya da içerden dışarıya doğru geçişler (vajina, anüs, açık ağız, giriş, antre), kolaylıkla geçirgen ya da kırılabilir olan yüzey yanıtları (pamuk şeker, çamur, bulut vb.). Ayrıca ağzın açıldığı, içe alım ve akış için kullanıldığı yanıtlar, bir nesnenin dışından doğru nüfuz eden, yanından geçen ve

içine ulaşan yanıtlar (x-ray resmi, açılmış vücut, röntgen perdesinden görünen vücut, vücudun içi, bir organ kesiti, otopsi) ve vücut duvarının kırıldığı, çatladığı, yaralandığı ve hasar gördüğü tüm yanıtlar da (bıçaklanmış adam, yaralı adam, kanayan insan, derisi yüzülmüş adam) bu kategoride kodlanır (Fisher ve Cleveland, 1967).

Psikojenik pruritus hastalarının protokollerinde rastlanan “*derisini yüzmüşler*”, “*soyulmuş tavuklar*”, “*çürük bir ağaç*” ve “*cildi kanamış*” zarar görmüş bir deriye gönderme yapan nüfuz etme yanıtlarının yanında iç organlara ait çiğ ve eklemlememiş yanıtlar da bulunmaktadır. Ancak bu yanıtlar psikotik yanıtlarındaki parçalanma duygusunu taşımaktan çok sembolize etme kapasitesindeki yetersizliği düşündürmektedir.

Bebeklik döneminde anksiyeteyi kabul edici ve tamponlayıcı bir anne yerine bebek, anksiyetesine kendi anksiyetesiyle cevap veren bir anne ile karşılaşır annenin kapsama işlevi sekteye uğrar. Bu durumda ruhsal dünya için gerekli bedensel ve duygusal dokunsal temasların üretilemez ve öznenin tüm stoklarını eriten dayanılmaz bir acı ortaya çıkar. Bunun sonucunda çocuk için dış uyaranların kabulü iç uyaranların kabulüne göre ayrıcalıklı bir hal alır ve diğerlerini ve kendini iki boyutlu görme ortaya çıkar bu da dış görünümünün en önemli olduğu fikrini oluşturur. Böylece normal gelişim sürecinde olması gereken özdeşim kurma, ayrılık ve yas çalışmaları ile bir yokluk kavramı oluşturma işlevlerini taklitçi ya da yüzeysel yollar kullanmanın dışında başka bir şekilde geliştirilemez. Diğerinden ayrılmak hasta için katlanılmaz bir kayıp duygusu oluşturur ve bu yokluk duygusundan kurtulmak için hastalığının da içinde bulunduğu bir yolla diğerine yapışır. Bu yolla diğerinin daima yanında olduğuna dair bir illüzyon oluşturur. Hasta diğerini zihninde imgeleştirmek yerine diğerinin özelliklerini cildine taşıma teşebbüsünde bulunur (Ulnik, 2008).

Bu çalışmada da hastalar, bir cinse ait tasarımları verememişler, yanıtlarda daha çok “iki çocuk”, “iki insan” gibi cinsel kimliğin belli olmadığı tasarımları kullanmayı tercih etmişlerdir. Kendilik tasarımları da oldukça kırılğan ve net olmayan bu hastalar özdeşim sürecinde de sıkıntı yaşamaktadırlar. Bu tema test sonuçlarına eşdeğer olarak hastaların söylemlerinde de ortaya çıkmaktadır. Kadın

hastaların çoğunun kaşınması gebelik ve doğum gibi kadınlığı açık bir şekilde ortaya koyan süreçlerden sonra başlamış ve bu durum anne ile özdeşim sürecinde yaşanan problematiğin derinliğini açığa çıkarmıştır. Hastalar tarafından genellikle 7. ve 9. kartların reddedilmesi ise bu hastaların yaşanan kayıp duygusunu eklemlenmekte ve bununla baş etmekte yaşadığı sıkıntıyı göstermektedir. Görüşmelerde bu hastalar sık sık anneleri ile olan ilişkide yaşadıkları sıkıntıları dile getirir de hastaların bu füzyonel ilişkiyi sürdürme eğiliminde olduğu anlaşılmaktadır. İkiz (2002) anne-bebek ilişkisinin, nesnelerle kurulan ilişkilerin düzenlenmesinde öncü bir yaşantı olduğundan bahseder (İkiz, 2002). Bu hastaların ötekinin dayanağına olan ihtiyaçları evlilik yaşamlarına ait söylemlerinde de ortaya çıkmakta anne ile yaşanan çatışmalı ve füzyonel ilişki eşleri ile olan ilişkilerine de yansımaktadır. Doğum sağlayıcı olmaktan çok eşleri ile simbiyotik bir ilişki tarif eden hastalar mutsuz anlatımlarına rağmen eşten ayrılma konusunda büyük bir kaygı yaşamaktadırlar.

Anzieu bu hastalarda ötekilerle alışverişin heyecan ve imgelem yoksunu iletişimlerden ibaret olduğuna inanır. Bu vakalarda sık sık, depresyona bağlı olan ya da olmayan baba ya da evlilik sorunlarından veya başka bir nedenden kaynaklanan, Green'in "ölü anne" olarak adlandırdığı kayıtsızlığı ile öne çıkan bir anneyle kökensel bir ilişkiye rastlanır (Anzieu, 2008).

Samadja'ya göre, psikosomatik hastalar eksitasyonlarını kontrol etmek için ise özel yollar oluşturma çabasındadırlar. Bu önlemler ruhsal aygıt da geçici bir rahatlama sağlar ve "kendini sakinleştirme yöntemleri olarak" adlandırılır (Smadja, 2005). İkiz (2005) kendini sakinleştirme yöntemlerinin sürekli yinelenme özelliği olduğunu belirtir ve kaygı duygusu ile baş edemeyen, içsel ve öteki ile ilişkilerini düzenleyemeyen psikosomatik hastalarda ruhsal aygıtın yeterli sakinliği ve huzuru sağlayamaması sonucu motor etkinliklerin devreye girdiğini vurgular (İkiz, 2005). Smadja, kendini sakinleştirme yöntemlerinin psikosomatik hastalar için bir var olma ve rahatlama yolu olduğunu söylese de ruhsal aygıtın içinde düzensiz olarak yer alan bu mekanizmaların temel uyarım- kontrol fonksiyonlarını bozduğunun da altını çizerek (Smadja, 2005). Ulnik, derisine kaşıma gibi yollarla zarar veren hastaların travmatik bir ayrılma süreci geçirdiğini ve bu hastaların derin bir duygusal yokluk içinde bulunduğunu belirtir. Kendilerini deriyi kaşıyarak, onun üzerinde yüzeysel

irritasyonlar ve enflamasyonlar yaratarak sakinleştirmeye çalışan bu hastalar aynı zamanda bu yakın ilişkiye olan bağlılığı durdurmak için derin bir ihtiyaç hissederler (Ulnik, 2008). Kendini sakinleştirme yöntemlerini kullanan kişilerin anne ile olan ilişkilerine bakıldığında bu annelerin doyum verici değil sakinleştirici anneler olduğu görülür (İkiz, 2005).

Psikojenik pruritus hastalarının klinik muayenelerinde görülen deri üzerinde oluşan hasarlar hasta tarafından algılanan kaşınma duygusunun yoğunluğunu ve şiddetini göstermektedir. Söylemlerde oldukça belirgin olarak ortaya çıkan bu temada kaşıntı, kaygı yaratan duyguların yoğunluğu ile doğrusal bir seyir izlemektedir. Kaşıntı ataklarının ardından gelen yoğun bir kanatma ve yolma duygusunu tarif eden hastalar ancak bunu gerçekleştirdiklerinde rahatladıklarını söylemektedirler.

Çalışmaya katılan hastaların görüşmelerdeki söylemlerinde dikkat çeken önemli bir bulgu kaşıntı başlamasından hemen önce, hastaların anksiyete, depresif duygu durumu, uyku bozuklukları gibi psikolojik sıkıntılardan bahsetmeleri ve kaşıntının başlamasının hemen ardından bunların ortadan kalkmasıdır. Bu durum yaşanan sıkıntıların bu hastalar tarafından ruhsal olarak işlenemediğini düşündürmektedir. Ayrıca bu hastalar başta öfke olmak üzere diğer duygulanımlarını ifade etmekte de yetersiz kalmaktadırlar.

Pierre Marty, kişinin karşısına çıkan az ya da çok önemli olayların ve durumların duygulanımlarla ilgili olduğunu ve dışarıya akacak ya da boşalacak uyarılmaları harekete geçirdiğinin altını çizer. Dışarıya akıtma ya da boşalma hissedilen uyarılmaların zihinsel bir çalışma içinde eklemlenmesine denk gelirken, uyarılmalar boşalmadığında ya da dışarıya akmadığında, er ya da geç patolojik biçimdeki bedensel yollara gider (Marty, 2012). Marty'e göre, öznenin homeostatik durumundaki kırılmayı gidermeye çalışması karşısında zihinsel işleyişteki bir artış meydana gelir ve heyecanların yoğunlaşması ya da bireyin heyecanı boşaltma kapasitesinin azalması ve ya yetersiz hale gelmesi sonucu heyecan travmatik bir şekil alır ve somatizasyon süreci başlar (Usobiage, 2008).

Dikkat çeken bulgulardan biri de hastaların kaşıntının başlama tarihiyle paralellik gösteren “göç”, “kayıp”, “doğum” ve “şiddete maruz kalma” gibi

travmatik olaylardan bahsetmelerdir. Burada şunun altını çizmek önem kazanacaktır. Travmatik olaylara ilişkin bilgi hastalardan sorgulama ya da ilerleyen görüşmelerde alınabilmiştir. Bu travmalara çok fazla odaklanamayan hastalar, hastalığın başlangıcı ve travma yaşantısı arasında bağ kurmakta ve bu olaylara ilişkin yaşadıkları duygularını da ifade etmekte de zorlanıyorlardı. Psikosomatik hastalara özgü olan bu ruhsal işleyiş psikojenik pruritus hastalarının travma yaşantılarına ilişkin söylemlerinde ortaya net bir şekilde çıkmıştır.

Pierre Marty psikosomatik hastalığın oluşumunda fiksasyonların yanında travmatik olayların önemini vurgularken, Smadja oluşan travmatik durumun egonun organizasyon yeteneğinde bozulmalara yol açtığını savunur (Smadja, 2005). Anzieu da dermatoloji hastaları ile yaptığı çalışmalarda hastalığın öncesindeki travmatik olaylara dikkat çeker (Anzieu, 2008).

Bu araştırmada çalışılması planlanmasa da hastaların 4. ve 6. kartlara verdikleri yanıtlar dikkat çekicidir. Otorite karşısında yaşanan yetersizlik duyguları bu kartlarda ortaya çıkmış, hastalar çoğunlukla şok yanıtları vermişlerdir. Anzieu bu kartlardaki üstbenliğin sadece babasal değil, annesel bir özellik de taşıdığını belirtmektedir (İkiz, 2007). Protokoller bir bütün olarak değerlendirildiğinde annesel bir üstbenliğin bu hastalar için oldukça yıkıcı ve tehdit edici olduğu görülmektedir. Bu bulgu pregenital annenin tehdit edici ve endişe verici olarak algılandığı bulgusuyla da örtüşmektedir.

Psikojenik pruritus hastaları ile yapılan bu çalışmada Rorschach testlerinden ve görüşmelerden elde edilen bulgular bu hastaların sınır işleyişe özgü bazı özellikler taşıdığını düşündürmektedir. Catherine Chabert (2008) sınır işleyişlerdeki nesne ve özne arasındaki iç ve dış sınırların genellikle daha az sağlam, daha gözenekli ya da hiç olmadığının altını çizer. Bu kişilerin nesne yitimini anlamlandırmakta yaşadıkları zorluğu vurgulayan Chabert, kaybın acısının bir tasarıma bağlanamadığını ve bunun özümsemesini sağlayacak bir düşlemsel yapılanmanın oluşmadığını söyler. Nefret dolu dürtüsel hareketler öteki tarafından istila edilmeyi engellediği gibi, ona olan bağımlılığı ve yakınlığı da çağrıştırmaktadır. Ötekine karşı olan düşmanlık ona olan aşktan çok onu yitirme korkusunu maskeleymektedir (Chabert, 2008).

Bu bilgilerle bağlantılı olarak, bu çalışmada genellikle pregenital anne ile ilişkiye gönderme yapan kartların hastalar tarafından reddedilmesi kayıp duygusu ile baş etmede yaşanan sıkıntıyı ortaya koymaktadır. Hastalar kayba ilişkin duygularını bir tasarıma bağlayamamışlar, kaybı ruhsal olarak eklemleyememişlerdir. Kinestezi yanıtlarında ortaya çıkan saldırgan dürtüler öteki ile kurdukları ilişkideki nefret ve agresyonu açığa vurmuştur. Ancak söylemlerinde de net bir şekilde ortaya çıktığı gibi kartlara verilen yanıtlarda ötekinin dayanağına olan ihtiyaç bu hastalar için yadsınamaz bir gerçektir ve bu gereksinim nesneyle çatışmalı fakat simbiyotik ilişkinin sürmesini sağlıyor gibi görünmektedir. Yine daha önce sözü edilen nüfuz etme ve iç- dış hassasiyetine ait yanıtlar ise sınırların oluşmasında yaşanan problematiği ortaya koyar niteliktedir. Kernberg, sınır kişiliklerde kendine yönelmiş olan yıkıcı faaliyetlerden söz eder ve bu mazoşistik davranışların altında odipal dönem öncesi çatışmaların bulunduğunu ve saldırgan ve libidinal dürtülerin ilkel bir birleşmesinin ya da ayrılmasının varlığını öne sürer. Bu hastaların diğer mazoşistik hastalara göre daha depresif olduklarını da belirtir (Kernberg, 1999). Chabert de (2008) sınır hastalarda eyleme konmuş, mazoşist durumların yineleyici şekilde ortaya çıktığından söz eder (Chabert, 2008). Psikojenik pruritus da kaşıntının ataklar halinde ve yineleyici şekilde ortaya çıkması ve bu hastaların deriyi kanatarak ya da yırtarak rahatladıklarını söylemesi kaşınmanın mazoşistik boyutunu yansıtıyor gibi görünmektedir.

Çalışmanın bulguları genel olarak değerlendirildiğinde psikojenik pruritus tanısı almış bu hastaların erken dönemde anne ile kurulan ilişkide annenin kapsama, koruma ve uyarı kalkını oluşturma işlevlerini yerine getirme kapasitesindeki yetersizlik nedeniyle doyurucu ve güvenli bir nesne ilişkisi kuramadıkları anlaşılmaktadır. Annesel işlevlerin yerine getirilememesi bu hastalarda deri-benlik yapısında da bozulmalara neden olmuş gibi görünmekle birlikte ve bu durum hastaların içsel olanla dışsal olanın sınırlarını çizmede de sıkıntı yaşamasına yol açıyor olabilir. Bu durum yaşanan heyecanları karşılayacak zarfın oluşmadığını ve heyecanların tasarımlara bağlanmasını ve eklemlemesini olumsuz etkilediğini düşündürmektedir. Söylemlerde ortaya çıkan duygulanımları ifade etmedeki ve test yanıtlarında açığa çıkan sembolizasyon kapasitesindeki yetersizlik yine erken dönem

ilişkilerindeki problematiği düşündürmektedir. Bu temel bulgular çalışmanın hipotezlerini destekliyor niteliktedir.

İleri çalışmalarda, bu hastaların cinsel kimliklerine ve özdeşim süreçlerinin ele alınması bu hastaların ruhsal işleyişlerinin daha iyi anlaşılmasını sağlayacaktır. Bu araştırmada çalışılması planlanmasa da protokollerden bu konuyla bağlantılı elde edilen yanıtlar dikkat çekicidir.

Literatürde bu konuyla ilgili yapılmış olan çalışmaların az sayıda olması söylemlerine ait yapılandırılmış ölçeklerin bulunmaması, bu temaların spontan olarak belirlenmesine neden olmuştur. Tüm hastalarla terapötik sürecin aynı sürede devam ettirilemeyişi ve çalışmanın niteliksel bir çalışma olması nedeni ile dâhil edilen hasta sayısının az olması ise çalışmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır.

KAYNAKÇA

ALEXANDER, R. (1959). "Understanding of Pruritus Ani", **Psychosomatic Medicine**, vol. 21 no. 3 p.182-192.

ALTUNAY, İK., KÖŞLÜ, A., (2008). "Psikojenik pruritus", **Turkish Journal of Dermatology**, 2:116-120

ANZIEU, D. (2008). **Deri-Ben**, Çev. Nesrin Tura Demiryontan. Metis Yayınları. (1.Basım İstanbul)

ARICAN, Ö. (2005). "Kaşıntının patofizyolojisi, kliniği ve tedavisi", **Türkderm**, 88-97.

ARICAN, Ö. (2004). "Sistemik hastalıklarda gözlenen kaşıntının gelişme mekanizmaları ve tedavi seçenekleri", **Türkiye Klinikleri J Med Sci**, 2004;24:664-71.

ATIŞ, G. (2013). "Psikojenik pruritus hastaları ile fibromiyalji hastalarının yaşam kalitelerinin karşılaştırılması", **Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi**. İstanbul.

AYDEMİR, E. H. (2002). "İletişim Organı Olarak Derinin Önemi ve Psikokutan Hastalıkların Etiği", **Türkiye Klinikleri Tıp Etiği- Hukuku-Tarihi Dergisi**, 10, 77-80.

BAUDIN, M. (2013). "Görevler ve iletimler: bedenin bazı gizlerinin kaynakları", Çev: Bahar Kolbay **Beden ve ailenin acıları**, İstanbul, Bağlam Yayıncılık, s.15-24

BELOT, R. (2013). "Ebeveynin uyarı-kalkanı sistemi ve bebeğin somatik dışavurumu arasındaki bağlara teorik-klinik katkılar", Gizem Kural- Neslihan Zabcı. İstanbul, Bağlam Yayıncılık, s. 15-36.

BENDER, B. (2002). "Psychological dysfunction associated with dermatitis" **Immunol Allergy Clin North Am**, 2002;22:43-53.

BERNHARD, JD. (2004). "Itch:a symptom of occult disease", **Aust Fam Physician**, 33:495-499.

BICK, E. (1968). "The experience of the skin in early object relations", **International Journal of Psychoanalysis**, 49:558-566.

BIVEN, B.M. (1982). "The Role of Skin in Normal and Abnormal Development with a Note on the Poet Sylvia Plath." *Int. R. Psycho-Anal.*9:205-229.

CHABERT, C. (2008). "Psikanaliz ve sınırlar", Çev. Zeren Okçuğolu, Talat Parman. **Psikanaliz yazıları** 16, Bağlam yayınları, İstanbul, s.13-35.

ÇALIKUŞU, C., YÜCEL, B., POLAT, A., et al. (2003). "The relation of psychogenic excoriation with psychiatric disorders: a comparative study", **Comprehensive Psychiatry**, Vol. 44, No. 3, pp 256-261.

DESAI NS, POINDEXTER GB, MONTHROPE YM et al. (2008). "A pilot quality-of-life instrument for pruritus", **J Am Acad Dermatol**, 59:234-44.

DIERIS-HIRCHE, J., GIELER, U., KUPFER, JP., et al. (2009). "Suicidal ideation, anxiety and depression in adult patients with atopic dermatitis", **Hautarzt**, 60:641-6.

EKİNCİ, N., KÖSE E., ÇAY M. (2011). "Kaşıntının anatomisi", **Türkiye Klinikleri J Dermatol-Special Topics**, 3:3-6.

ELLER, JJ. (1974). "Skin disorders and the psyche", **Cutis**, 13:395-416.

FENICHEL, O. (1974). "Nevrozların psikoanalitik teorisi", Çev. Tuncer S, Ege Ün matbaası, Bornova, İzmir, s.234-236.

FERM, I., STERNER, M., WALLENGREN, J. (2010). “Somatic and psychiatric comorbidity in patients with chronic pruritus”, **Acta Derm Venereol**, 90:395-400.

FISHER, S., CLEVELAND, S. (1967). “Body Image and Personality”, (Second Edition). New York: Dover.

FREUD, S. (1893-1895). “Histeri Üzerine Çalışmalar”, Çev. Emre Kapkın. Payel Yayınları, 2001, İstanbul.

FREUD,S.(1894b). “On the grounds for detaching a particular syndrome from neurasthenia under the description “anxiety neurosis”, **The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud**, Volume III.

FREUD,S. (1905). “Three Essays on the Theory of Sexuality”, **The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud**, vol. VII, The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis, p.135-243.

FREUD,S. (1912-1913). “Totem ve Tabu, Dinin Kökenleri” , Çev. Ayşen Tekşen Kapkın, Freud Kitaplığı-14, Payel Yayınları, İstanbul.

FREUD,S. (1925). “A note upon the 'Mystic Writing-Pad”, **The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud**, Volume XIX.

FREUD,S. (1926). “Inhibition, Symptoms and Anxiety”, **The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud**, vol.XX, pp: 170-172.

FRUENSGAARD, K. (1984). “Neurotic excoriations: A controlled psychiatric examination”, **Acta Psych Scand**, 69 (Suppl 312):3-52.

GIELER, U. “Pruritus and other somatoform disorders” (Çevrimiçi) <http://www.psychodermatologie.cz/symposium.3> Haziran 2013.

GRUNDMAN, S., STANDER, S. (2011). "Chronic pruritus: Clinics and treatment", **Ann Dermatol**, 23:1-11.

GOON, ATJ., YOSIPOVITCH, G., CHAN, YH., et al. (2007). "Clinical characteristics of jeneralized idiopathic pruritus in patients from a tertiary referral center in Singapore", **Int J Dermatol**, 46:1023-1026.

GUPTA, MA., GUPTA, AK. (2003). "**Psychocutenous Medicine**", Ed. Koo JYM, Lee CS. Marcel Dekker AG, NY,: p.233-249.

GUPTA, MA., GUPTA, AK., HABERMAN, HF. (1987). "The self-inflicted dermatoses: a critical review", **Gen Hosp Psychiatry**, 9:45-52.

HARTH, W., HERMES B, NIEMIER V et al. (2006). "Clinical pictures and classification of somatoform disorders in dematology", **EJD**, 16:607-614.

HUBER, M., KIRCHLER, E., KARNER, M., et al. (2007). "Delusional parasitosis and the dopamine transporter. A new insight of etiology?", **Med Hypotheses**, 68:1351-1358.

İKİZ, T. (2002). "Sigmund Freud ve Klasik Psikanalitik Görüşte Dürtülerin Akıbeti", **Psikanaliz Yazıları**, 4, s.11-17.

İKİZ, T. (2005). "Anne-çocuk ilişkisinde kendini sakinleştirme yöntemleri", **Psikanaliz yazıları** 11, İstanbul, Bağlam Yayınları, s.77-88.

İKİZ, T. (2007). "Rorschach Testinin PsikanalitikYorumu-I", Bağlam Yayınları, 3. Basım, İstanbul.

İKİZ, T. (2005). "Rorschach Testinin PsikanalitikYorumu-II", Bağlam Yayınları, 2.Basım, İstanbul.

KARACA, Ş., ERKAN, F., TERZİLİ, M. (2011). “Nöropsikiyatrik hastalıklardaki kaşıntının mekanizması”, **Türkiye Klinikleri J Dermatol-Special Topics**, 4:51-56.

KARAKUŞ, G. (2010). “Delüzyonel parazitoz: klinik özellikleri. Tanı ve Tedavi”, **Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry**, 2(3):384-400.

KAYAALP, L. (2011). “Bütünleşme/bütünleşmemişlik/bütünlüğün yitirilmesi”, **Psikanaliz Yazıları** (23), İstanbul, Bağlam Yayıncılık, s.57-65.

KERNBERG, O. (1999). “Sınır Durumlar ve Patolojik Narsisizm”, Çev. Mustafa Atakay, Metis Yayınları, İstanbul.

KING, RM., WILSON, GV. (1991). “Use of a diary technique to investigate psychosomatic relations in atopic dermatitis”, **J Psychosom Res**, 35:697-706.

KOBLER, CS. (1983). “Psychosomatic concepts in dermatology”, **Arch Dermatol**, 119:501-512.

KOBLER CS. (1988). “Stress and the skin: significance of emotional factors in dermatology”, **Stress Medicine**, 4:21-26.

KÜEY, A. (2008). “Anoreksiya nevroza:haz mı acı mı?”, **Psikanaliz Buluşmaları** (3), İstanbul, Bağlam Yayıncılık, s.113-117.

LAPSEKİLİ, N., SÜTÇİGİL, L., AK, M., et al. (2010). “Jenarilize pruritus olgularında ayırıcı tanıda psikiyatrik değerlendirme: olgu sunumu”, **Anadolu Psikiyatri Dergisi**, 11:371-373.

LEPPING, P., FREUDENMANN, RW. (2008). “Delusional parasitosis:a new pathway for diagnosis and treatment”, **Clin Exp Dermatol**, 33:113-117.

MARTY, P. (2012). “Zihinselleştirme ve Psikosomatik”, Çev. A.Elif Yavuz-Sever. Bağlam Yayınları. (1.basım) İstanbul.

MERCAN, S., ÖĞÜTCEN, Ö., ALTUNAY, İK., et al. (2005). “Folie a famille ve delüzyonal parazitoz: olgu sunumu ve literatürün gözden geçirilmesi”, **Klinik Psikofarmakoloji Bülteni**, 15:71-78.

MISERY, L., ALEXANDRE, S., DUTRAY S. (2007). “Functional itch disorder or psychogenic pruritus: suggested diagnosis criteria from the French psychodermatology group”, **Acta Derm Venereol**, 87:341-344.

MISERY, L. (2008). “Functional itch disorder or psychogenic pruritus”, **Dermatol**, 3(1), 49-53.

MOSES, S. (2003). “Pruritus”, **Am Fam Physician**, 68:1135-1142.

MOTZ, A. (2010). “Self-harm as a sign of hope. Psychoanal”, **Psychother**, 24:81-92.

MUTASIM, F D., ADAMS B. B. (2009). “The psychiatric profile of patients with psychogenic excoriation”, **J Am Acad Dermatol**, 61:611-3.

NORMAN, RA. (2003). “Xerosis and pruritus in the elderly: Recognition and management”, **Dermatol Ther**, 16:254-9.

ÖNDER, M., TÜZÜN, Y., GÜRER, MA., et al. (2008). **Dermatoloji’de Pruritus**, 3.Baskı İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri; s.161-182.

ÖZGÖZTAŞI, O., KAYIRAN, N. (2011). “Sistemik hastalıklarda kaşıntının mekanizması”, **Türkiye Klinikleri J Dermatol-Special Topics**, 4:46-50.

PARMAN, T. (2008). “Histeriden psikosomatiğe dora’nın öyküsü”, **Psikanaliz Buluşmaları** (3), İstanbul, Bağlam Yayıncılık, s.129-138.

PARMAN, T. (2005). “Psikosomatik tarihi ve çocuk psikosomatiği”, **Psikanaliz Yazıları** (11), İstanbul, Bağlam Yayıncılık s.13-31.

PENOT, B. (2008). “Bedeni özneleştirme”, Çev: Mine Karagözoğlu. **Psikanaliz Buluşmaları** (3).(s.49-54) İstanbul: Bağlam Yayıncılık.

POPESCU, MA., DIACONU, DJ., VICU, R., et al. (2011). “Pathomimesis: psychiatric and medico-legal interference in dermatology. **Romanian Society of Legal Medicine**, (19) 277-282.

SCHNEIDER, G., DRIESCH, G., HEUFT, G., et al. (2006). “Psychosomatic factors and psychiatric comorbidity in patients with chronic itch”, **ClinExpDermatol**, 31:762-7.

SCHNEIDER, G. (2010). “Psychosomatic aspects and psychiatric conditions”, In: Misery L, Stander S, editors. **Pruritus**. London: Springer-Verlag. p. 211-5.

SCHUR, M. (1955). “Comments on the Metapsychology of Somatization”, **Psychoanal. St. Child**, 10:119-164.

SHEEHAN-DARE, RA., HENDERSON MJ., COTTERILL JA. (1990). “Anxiety and depression in patients with chronic urticaria and jeneralized pruritus”, **Br J Dermatol**, 123:769-774.

SMADJA, C. (2005). “Psychosomatic Paradox”, Fr. Çev. Angele Brewer. Free Associations Books. London.

STANDER, S., WEISSHAAR, E., METTANG, T., et al. (2007). “Clinical classification of itch”, **Acta Derm Venereol**, 87:291-294.

STRACHEY, J. (1958). "The Case of Schreber, Papers on Technique and Other Works", **The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud**, Volume XII (1911-1913),

SZWEC, G. (2008). "Bazı psikosomatik modellere göre deri hastalıkları", Çev. Neslihan Zabcı, **Psikanaliz buluşmaları 3**, İstanbul, Bağlam Yayınları, s.29-47.

ŞENOL, M. (2011). "Kaşıntı nedir?", **Türkiye Klinikleri J Dermatol-Special Topics**, 4:1-2.

TEY HL., WALLENGREN J., YOSIPOVITCH G. (2013). "Psychosomatic factors in pruritus", *Clin Dermatol*, 31(1):31-40.

TÜKEL, R. (2011). "Bebek ve anne arasındaki mekanda öznenin yaratılması: Winnicott'un çalışmalarına bir bakış", **Psikanaliz Yazıları** (23), İstanbul, Bağlam Yayıncılık, s.15-35.

TÜRKÖZ, Y. (2011). "Kaşıntının biyokimyası", **Türkiye Klinikleri J Dermatol-Special Topics**, 4:7-11.

TWYCROSS, R., GREAVES, MW., HANDWERKER, H., et al. (2003). "Itch: scratching more than the surface", **Q J Med**, 96:7-26.

ULNIK, J. (2008). "Skin in psychoanalysis", Karnac Books.(First edition) London.

USOBIAGE, I. (2008). "Konuşarak tedavi edilebilir mi?", Çev: Özge Türk. **Psikanaliz Buluşmaları** (3), İstanbul, Bağlam Yayıncılık, s.55-65.

WALLING, HW., SWICK, BL. (2007). "Psychocutaneous syndromes:a call for revised nomenclature", **Clin Exp Dermatol**, 32:317-31

WINNICOTT, D.W. (2007). “Oyun ve Gerçeklik”, Çev. Tuncay Birkan. Metis Yayınları. (2.basım). İstanbul.

WINNICOTT, D.W. (2006). “Birincil annelik tasası”, Çev:Ayşegül Salgın. **Psikanaliz Yazıları** 4. Bağlam Yayıncılık, İstanbul, s.101-109.

WOLFF, L. A. et al. (2008). **Fitzpatrick’s Dermatology in General Medicine**, 7th Edition, Mc Graw Hill Medical, 103: 912-921.

VERHOEVEN, L., KRAAÏMAAT, F., DULLER, P., et al. (2006). “Cognitive, behavioral and physiological reactivity to itching: analogies to chronic pain”, **Int J Behav Med**, 13:237-43.

YAVUZ, E. (2009). “Fibromiyalji sendromunda negatif kavramı ve ölüm dürtüsünün izleri: projektif yöntemler ile değerlendirme”. Doktora Tezi. İstanbul.

YILDIZ, S. (2011). “Kaşıntının fizyolojisi”, **Türkiye Klinikleri J Dermatol-Special Topics**, 4:18-22.

YOSIPOVITCH, G., SAMUEL, LS. (2008). “Neuropathic and psychogenic itch” **Dermatol Ther**, 21:32-41.

ZACHARIAE, R., LEI, U., HAEDERSDAL, M., et al. (2012). “Itch severity and quality of life in patients with pruritus: Preliminary validity of a Danish adaptation of the itch severity scale”, **Acta Derm Venereol**, 201292(5):518-514.

EKLER

EK 1. DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

ADI SOYADI:

TARİH:

YAŞ:

EĞİTİM:

MESLEK:

MEDENİ DURUM::

PSİKOJENİK PRURİTUSA DAİR HASTANIN KLİNİK GEÇMİŞİ

SÜRE

ALINAN TEDAVİLER

DİĞER HASTALIKLARA İLİŞKİN KLİNİK GEÇMİŞ

ORGANİK

PSİKİYATRİK (VARSA ALINAN TEDAVİLER)

.....

EK 2. RORSCHACH TESTİ ÖRNEĞİ

Olgu 6, 34 yaşında

Testin Başlangıcı: 11:05 Testin Bitişi: 11:35

RORSCHACH TESTİ

YANITLAR	ANKET	KODLAMA
KART-1 Çok düşünmem lazım. 1. Kelebeğin zarar görmüş hali. Kelebeğe benzettim Uçarken kanatlarını çırpmış gibi.	(?) Kanatları zedelenmiş gibi Hem sağ hem sol kanadı	G F+ A
KART-2 V^(düz) Ayy falan diyeceğim. Çok zor bir test Şey anlamadım bunu Bir şeye benzetemedim. 2. Bacak gibi şurası 3. Şöyle bakınca kalp 4. Ayak gibi. Başka bir şey yok.	Bacak ayrı bir şekilde, ana rahmi gibi Buradaki çıkıntılar da zarar görüp etkilenmiş gibi	G F- Hd D F+ Anatomi D F- Hd
KART-3 5. İki insanın birbirine sevgiyle el ele, 6. Şunlar sperm gibi, 7. Çocuk gibi döllenmiş (üst kırmızılar) 8. Kalp (ortası) 9. Şunu anlayamadım. Burada bir şey çekiştiriyorlar. Baktıkça farklı şeyler görüyorum. Şimdi kuş olarak görüyorum. Gagaları bir şeyi yakalamış parçalamak ister gibi çekiştiriyor. V (ters) 10. Bacak gibi gördüğümü şimdi balığa benzettim. Bu kartlar çok ilginç. 11. Şöyle bakınca da yengece benziyor. Başka var mı?		G F+ H (BAN) D F- sex D F+ H D F+ Anatomi D kan A/Ad D F+ A/Hd D F+ A
KART-4 ^V (düz) 12. Çok ilginç bir şey Şunlar sağ ve sol kedi gibi	Kedinin yüz, gözleri burnu. Şöyle de kuğu.	D F- A

13.Orada bir yüz varmış gibi. 14.Canavarlar. 15. Kaburga gibi. 16.Şöyle bakınca köpekler	Her yerde hayvan. Şöyle şirin bir köpek. Ama şöyle kedi. Şirin bir kedi değil. Yatmış uyumuş gibi.	Dd F+ Hd D F+ (H) G F- Anatomi Dd F+ A
KART-5 18.İlk bakışta yarasa. Kelebek gibi de. Kelebek <V<V Şimdi aklıma geldi. Doğan Cüceloğlu seminerinin dinlemiştim. Çok dikkat çekiciydi. Konuları tam hatırlamıyorum ama...	Yarasanın kanatları da böyle olur. Perdeli perdeli .	G F+ A
KART-6 <^V(düz) İlginç bu 19.Şurası hayvanın postu gibi. 20.Yüzler yüzler 21.Kanatlı yılan olur mu? 22.Kartlarda hep makat dölleme var ama kafam çok karıştı. Bu çok ilginç ama	Yılana da benziyor bilmiyorum. Şu kısım popo gibi	G FE A Dd F- Hd D F+ A Dd F- sex
KART-7 23.Yüzler kız çocuğu gibi. 24.Ama alt tarafı iğrenç bir şey. Bunlar da çok çirkin bir şey. Burun yapısı domuz gibi ama yüz insan gibi. Şurada dişler mişler çirkin bir şey gibi. 25.Şuralar hep ana rahmi gibi hep ona benzetiyorum ama bilemiyorum. 26.Saçları gibi ^ 27.İçinin baş hali de mantarı anımsatıyor. Mantar baskısı gibi		G F+ H/Hd D F- Ad/Hd D F- Anatomi D F+ Hd Dbl F+ bitki
KART-8 28.< Buradaki de hayvan ama hangi hayvana benziyor. Tırmanmaya çalışan bir yırtıcı hayvan v Aslan gibi de değil. Yırtıcı bir hayvan veya neydi o ? Bir şeye tırmanan bir	Şurası kelebek çiçek gibi	G F+ A D CF bitki

hayvan var ama 29.Alt tarafta da renginden dolayı çiçek 30.Kelebek var 31.Ama hayvan karanlığa tırmanıyor. 32.Çok yırtıcı. Birileri eliyle onu tutuyor. Hayvanı da bir şeye benzetemiyorum. Yırtıcı bir şey verdi bana. Beş parmaklı parmakları var ikisini tutmuş üçü ortada	(?) Şuralar, nasıl diyeyim üçgen yeşil yerler karanlık gibi.	D F+ A D C' soyutlama D F+ A/Hd
KART-9 33.Bunlar anne karnındaki bebek gibi. Suyun içinde yeni yeni büyüyen bebek kordonu gibi. 34.$\wedge \vee$(düz) < yeşil... Sanki bir arabanın üstünde duran bir hayvan gibi ben niye hep hayvan görüyorum herkes hayvan mı görüyor 35.< Şurada ayak çimde. 36.Kot pantolonun düğmeleri gibi. (turuncu) 37.Burada şu an timsah var 38.İnsana da benzettim 39.Fil gibi (turuncu) küçük minik bir fil		D F+ H D F+ A/nesne D F- Hd/bitki Ddbl F- giysi D F- A D F+ H D F- A
KART-10 $\wedge$ (ters) $\vee$ (düz) Şok(25" bekleme) Bu daha bir ilginç $\wedge$ (ters) $\wedge \vee \wedge$ (düz) 40.Örümcek gibi. Bir şeyi paylaşamıyorlar itekliyor gibi hoş değil 41.Tepesinde şeyleri var. Çekirge değil de ne olabilir. O da bir şeyin üzerine konmuş. 42. Burada bir fok pardon denizatına benzetim. 43. Balıklar 44.İnsan gibi şu. 45. Sağında ve solunda denizatı. Kollarını birleştirmiş ama yüz ifadesi yok. 46.Pembe bir şey bulmak istiyorum, sarılar ördekler bu kadar		D kan A Dd F- A D F+ A D F- A D F+ H D F+ A Dd F- A

Beğendiği kartlar: 10. ve 3.kartlar. Şekilleri benzetmek kolaydı ne bileyim sanki daha az zorlandım. Bir de bu kartta (3.kart) sevgi vardı. Bu kadar.

Beğenmediği kartlar: 6. ve 7 kartlar. İğrenç korkutucu şeyler vardı bu kartlarda. Hiç hoşlanmadım.