

Depresif, Anksiyete, Somatoform ve Psikotik Bozukluklarda Aleksitimi: Karşılaştırmalı Bir Çalışma

Alexithymia in Depressive, Anxiety, Somatoform, and Psychotic Disorders: A Comparative Study

Arzu YILDIRIM,¹ Rabia HACIHASANOĞLU AŞILAR,¹ Tuba Hale CAMCIOĞLU,² Ergün SEVİNÇ³

ÖZET

Amaç: Bu araştırma depresif, anksiyete, somatoform ve psikotik bozukluğu olan hastalarda aleksitimi sıklığını karşılaştırmak ve yapı farklılığını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma Erzincan Devlet Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'nde DSM-IV-TR (Amerikan Psikiyatri Birliği 2000) ölçütlerine göre depresif (n=99), anksiyete (n=76), somatoform (n=37) ve psikotik (n=45) bozukluk tanısı alan ve ayaktan izlenen hastalar ile Nisan-Mayıs 2013 tarihleri arasında yürütülmüştür. Veriler iki psikiyatri uzmanı tarafından poliklinik ortamında soru formu ve Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20) kullanılarak yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır.

Bulgular: Depresif hastaların %51.5'inde, anksiyete bozukluğu olanların %43.4'ünde, somatoform bozukluğu olanların %45.9'unda ve psikotik bozukluğu olanların ise %55.6'sında aleksitimik yapı; TAÖ-20 puan ortalamasının psikotik hastalarda önemli düzeyde yüksek; Duyguları Tanımada Zorluk alt boyutu puan ortalamasının ise somatoform bozukluğu olan hastalarda önemli düzeyde düşük olduğu belirlenmiştir (p<0.01). Ayrıca TAÖ-20 puan ortalamasının erkeklerde, genç ve eğitim yılı düşük olanlarda önemli düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur (p<0.001).

Sonuç: Psikotik ve depresif hastalarda aleksitimi sıklığının daha yüksek olduğu görülmekle birlikte bütün hasta gruplarında aleksitimik yapının olduğu belirlenmiştir. Psikiyatri hemşireleri duyguları tanıma, tanımlama, ifade etme, iletişim becerileri ve içgörü geliştirmeyi amaçlayan psikososyal müdahaleler yoluyla hastaların iyileşmesinde önemli katkı sağlayabilirler.

Anahtar sözcükler: Aleksitimi; anksiyete bozukluğu; depresif bozukluk; psikiyatri hemşiresi; psikotik bozukluk; somatoform bozukluk.

SUMMARY

Objectives: This study aimed to compare the prevalence of alexithymia and determine the differences in structure in patients with depressive, anxiety, somatoform, and psychotic disorders.

Methods: The study was performed between April and May 2013 with outpatients who were diagnosed with depressive (n=99), anxiety (n=76), somatoform (n=37), and psychotic (n=45) disorders under the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (American Psychiatric Association 2000) and who were being monitored and treated at the outpatient psychiatry clinic of Erzincan State Hospital. The data were collected by two psychiatrists using the face-to-face interview method, which employed a questionnaire and the 20-item Toronto Alexithymia Scale (TAS-20), in the outpatient clinic environment.

Results: Alexithymic construct was found in 55.6% of the psychotic patients, 45.9% of those with somatoform disorders, 43.4% of those with anxiety, and 51.5% of the depressive patients. The TAS-20 average scores were significantly higher in psychotic patients. The Difficulty Identifying Feelings subscale average scores were found to be significantly lower in patients with somatoform disorders (p<0.01). Additionally, the TAS-20 average scores in men, young, those with low education were significantly higher (p<0.001).

Conclusion: The study demonstrated that all patient groups had alexithymic construct; however, the prevalence of alexithymia was higher in depressive and psychotic patients. Psychiatric nurses can help in improving patients' quality of life through psychosocial interventions aiming at improved recognition, identification and description of feelings, communication skills and insight.

Keywords: Alexithymia; anxiety disorder; depressive disorder; psychiatric nurse; psychotic disorder; somatoform disorder.

Giriş

Aleksitimi başlangıçta duyguların farkındalığında ve

sözle ifadede yetersizlik olarak tanımlanmış ve duygular- da boşluk, yoksul bir hayal veya fantezi yaşam, kişilerarası iletişimde zorluklar, olumlu duyguların eksikliği ve olumsuz duyguların yüksekliği olarak nitelendirilmiştir.^[1-3] Günümüzde araştırmalar aleksitiminin ortaya çıkması ve sürdürülmesinde genetik ve çevresel etkenlerin rol oynadığını ileri sürmektedir. İkiz çalışmalarında özelliklerin bazı yönlerinin doğası gereği genetik olabileceğini, duyguları tanımlamada zorluk gibi diğer temel özelliklerin ise çevresel koşullardan etkilenebileceği belirtilmiştir.^[4]

Aleksitimik özelliklerin ilk olarak psikosomatik hastalıklarla ilişkili olduğu kabul edilmiş, ancak çalışmalarda aleksitimik iletişim biçiminin yalnızca psikosomatik

¹Erzincan Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, Erzincan

²Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul

³Kocaeli Devlet Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Kocaeli

İletişim (Correspondence): Dr. Arzu YILDIRIM.
e-posta (e-mail): yildirimarzu25@hotmail.com

Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2016;7(2):75-81
Journal of Psychiatric Nursing 2016;7(2):75-81

Doi: 10.5505/phd.2016.30074

Geliş tarihi (Submitted): 13.08.2015 **Kabul tarihi (Accepted):** 31.03.2016

hastalıklara özgü olmadığı, depresyon, somatoform, anksiyete bozuklukları, şizofreni gibi çeşitli ruhsal bozukluklarda^[1,5] ve sağlıklı bireylerde de görüldüğü belirtilmiştir.^[6] Genel nüfusta 2018 Finli ile TAÖ-20 ve BDI (Beck Depresyon Envanteri) kullanılarak yapılan bir çalışmada depresif bireylerde aleksitimi sıklığı %32.1 olarak saptanmıştır.^[7] Finlandiya'da genel nüfusta 5454 kişi ile yapılan diğer bir çalışmada ise aleksitimi sıklığı %9.9 olarak belirlenmiştir.^[8] Ülkemizde büyük çoğunluğu (%77) üniversite öğrencisi ve mezunlarından oluşan 300 sağlıklı bireyle yürütülmüş olan bir çalışmada ise bireylerin %20'sinin aleksitimik belirti gösterdiği rapor edilmiştir.^[9] Aleksitiminin bireyin kendi duygu durumunu tanımlama ve açıklamada zorluk, uyumsuz duygu işleme ve yetersiz düşünce yeteneği nedeniyle duygu düzenlenmesinde önemli rol oynayabileceği belirtilmektedir.^[10] Yapılan bir çalışmada aleksitimik olmayan bireylerle karşılaştırıldığında aleksitimik özellik gösterenlerde önemli düzeyde daha fazla duygu düzenleme zorlukları ve ruhsal sorunlar tespit edilmiştir.^[11] Şizofrenide ise örtük duygu işleme düzeneklerinin özellikle bireylerin öznel değerlendirme, farkındalık ve deneyimleri arasındaki kopukluk ile ilişkili olabileceği bildirilmektedir.^[10] Duygu farkındalığı ve tanımlaması duygu düzenlenmesinde bir gerekliliktir. Başarılı duygu düzenleme yeteneği ise ruhsal, toplumsal ve fiziksel sağlık için önemlidir. Aleksitiminin ruhsal bozukluk gelişiminde önemli bir incinebilirlik faktör olduğu,^[12] kötü fiziksel sağlık sonuçları ile ilişkilendirildiği,^[4] düşük yaşam kalitesi ile ilişkili çeşitli tıbbi ve ruhsal sorunlarda önemli bir risk etkeni olarak düşünülmesi gerektiği^[13] ve bireylerin iletişim ve temas gereksinimlerinin karşılanamaması ile birlikte toplumsal yalıtıma ve sınırlı bir yaşama yol açtığı bildirilmektedir.^[14,15] Bu nedenle eşlik eden ya da gelişecek olan ruhsal, toplumsal ve patolojik süreçler yönünden hemşirelerin aleksitimiye yeterli düzeyde tanımlayabilmeleri ve etkili bakım yollarını izlemeleri önemlidir. Psikiyatri hemşireleri grup çalışmaları ile duygulara yönelik farkındalık ve dayanıklılık kazanma ve duyguları ifade etme becerileri göstermede motivasyonun sağlanması ve sürdürülmesine yönelik girişimleri yapılandırma ve sürdürmede önemli katkı sağlar.^[14]

Çeşitli ruhsal bozukluklar arasında doğrudan karşılaştırmaların yetersiz olması nedeniyle aleksitimik özellik farklılıkları yeterince bilinmemektedir. Leweke ve arkadaşları (2012), Subic-Wrana ve arkadaşları (2005) tarafından yapılan çalışmalarda depresif, anksiyete, uyum, somatoform, obsesif kompulsif ve yeme bozukluklarında aleksitimi ilişkisi araştırılmıştır.^[3,12] Bankier ve arkadaşları (2001) ise aleksitimik yapının çok boyutluluğunu dikkate alarak somatoform, panik, obsesif-kompulsif ve depresif bozukluğu olan hastalarda aleksitiminin doğrudan karşılaştırmalı değerlendirmesini yapmıştır.^[5]

Ülkemizde aleksitimi farklı örneklerde^[16-18]

çalışılmasına rağmen çeşitli ruhsal bozukluk tanı grupları arasında karşılaştırmalı herhangi bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu araştırmanın amacı depresif, anksiyete, somatoform ve psikotik bozukluğu olan hastalarda aleksitimi sıklığını karşılaştırmak ve yapı farklılığını belirlemektir. Araştırmada yanıt aranan temel sorular:

1. Tanı grupları arasında aleksitimi sıklığı ve yapı farklılığı var mı?
2. Hastaların tanımlayıcı ve hastalığa ilişkin özellikleri aleksitimiye etkiler mi?

Gereç ve Yöntem

Örneklem

Karşılaştırmalı tanımlayıcı özellikte olan bu araştırma Erzincan Devlet Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'nde DSM-IV-TR (Amerikan Psikiyatri Birliği 2000)^[19] ölçütlerine göre depresif (major depresif s=79, distimi s=7, başka türlü adlandırılmayan s=13); anksiyete (panik s=18, yaygın anksiyete s=26, obsesif kompulsif s=17, başka türlü adlandırılmayan s=17); somatoform (konversiyon s=14, hipokondriyazis s=3, başka türlü adlandırılmayan s=16, farklılaşmamış s=4) ve psikotik (şizofreni s=35, şizoaffektif s=7, sanrısız bozukluk s=3) bozukluk tanısı alan ve ayaktan izlenen toplam 257 hasta ile Nisan-Mayıs 2013 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmada herhangi bir örnekleme yöntemi kullanılmamış olup, belirtilen tarihlerde araştırmaya alma ve dışlama ölçütlerini karşılayan hastalar araştırma kapsamına alınmıştır.

Araştırmaya Alma ve Dışlama Ölçütleri

DSM-IV-TR^[19] ölçütlerine göre depresif, anksiyete, somatoform ve psikotik bozukluk tanısı alma ve ayaktan izlenen hasta olma, 18-65 yaş arasında ve çalışmaya katılmaya gönüllü olma alma ölçütü; formların uygulanmasını etkileyecek düzeyde herhangi bir fiziksel (işitme, konuşma bozukluğu), nörolojik bozukluk, zihinsel engellilik ve ek bir psikiyatrik tanı alma ise dışlama ölçütü olarak kabul edilmiştir.

İşlem

Çalışmanın verileri iki psikiyatri uzmanı tarafından poliklinik ortamında soru formu, hastalık tanılarının doğrulanması amacıyla DSM-IV Eksen-I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu (SCID-I) ve Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20) kullanılarak yüz-yüze görüşme yöntemi ile 15-20 dakikada toplanmıştır.

Kullanılan Araçlar

Soru Formu: Hastaların tanımlayıcı (cinsiyet, yaş, eğitim süresi) ve hastalığa ilişkin özelliklerini (hastalığın tanısı, süresi) belirleyen beş sorudan oluşmuştur.

DSM-IV Eksen-I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu (SCID-I): Major DSM-IV Eksen-

I bozuklukları için yarı yapılandırılmış klinik görüşme formu olup, First ve arkadaşları tarafından 1996 yılında geliştirilmiş,^[20] Çorapçoğlu ve arkadaşları tarafından 1999 yılında Türkçe'ye uyarlanmıştır.^[21]

Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20): TAÖ-20 günümüzde aleksitimi ölçümünde en yaygın olarak kullanılan ölçüm aracıdır. Bagby ve arkadaşları tarafından (1994) geliştirilen ölçeğin Türkçe uyarlaması Güleç ve arkadaşları (2009) tarafından yapılmıştır. Likert tipi, 1-5 arasında puanlanan, üç alt boyuttan oluşan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Duyguları Tanımada Zorluk (TAÖ-1; madde 1, 3, 6, 7, 9, 13 ve 14), duyguları belirleme ve onları duygusal uyarılmaya eşlik eden bedensel duyumlardan ayırt etmede güçlük; Duyguları İfade Etmekte Zorluk (TAÖ-2; madde 2, 4, 11, 12 ve 17), duyguların başkalarına aktarılmasında güçlük; Dışsal Odaklı Düşünce (TAÖ-3; madde 5, 8, 10, 15, 16, 18, 19 ve 20) ise dışa dönük bilişsel bir yapının varlığı, içedönük düşünme ve imgeleme gücünün zayıflığı olarak tanımlanır. Ölçeğin 4, 5, 10, 18 ve 19. maddeleri ters puanlanır. TAÖ-20 için "51" puanı alt değer "59" puanı üst değer olarak alınır. Yüksek puanlar yüksek aleksitimik yapıyı gösterir.^[22,23]

Araştırmanın Değişkenleri

Hastaların tanımlayıcı (yaş, cinsiyet, eğitim süresi) ve hastalığa ilişkin özellikleri (hastalığın tanısı, süresi) bağımsız; Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20) puan ortalamaları ise bağımlı değişkeni oluşturmuştur.

Etik İlkeler

Araştırmaya başlamadan önce Erzincan Üniversitesi Etik Kurul onayı (20/03/2013 tarih ve 02/03 sayılı) Erzincan Devlet Hastanesi'nden yazılı izin ve hastalardan bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

İstatistiksel Analiz

Verilerin analizinde normal dağılıma uygunluk Shapiro Wilk testi ile değerlendirildi. Tanımlayıcı özellikler sayı, yüzdelik ve ortalama değerler olarak gösterildi. Grup farklılıkları tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ve ki-kare testi kullanılarak karşılaştırıldı. TAÖ-20 toplam ve TAÖ-3 alt ölçek puan ortalamaları normal dağılıma uygunluk gösterdiğinden parametrik (ANOVA), TAÖ-1 ve TAÖ-2 alt ölçek puan ortalamaları ise normal dağılıma uygunluk göstermediğinden parametrik olmayan (Kruskal-Wallis varyans analizi) testler uygulandı. Farklılığın nereden kaynaklandığını belirlemede ise ileri analiz olarak Tukey HSD ve Mann-Whitney U testleri kullanıldı.^[24,25]

Çoklu doğrusal regresyon analizi ile TAÖ-20 toplam ve alt ölçek puan ortalamaları üzerinde yaş, cinsiyet, eğitim ve hastalık süresi gibi değişkenlerin etkisi ve önemliliği belirlendi. İstatistiksel analizler SPSS paket programı 22.0 sürümü ile yapıldı ve anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edildi.

Bulgular

Hastaların Tanımlayıcı ve Hastalığa İlişkin Özellikleri

Depresif bozukluğu (DB) olan hastaların %64.6'sı ($s=64$), anksiyete bozukluğu (AB) olanların %69.7'si ($s=53$), somatoform bozukluğu (SB) olanların tamamı ($s=37$) ve psikotik bozukluğu (PB) olanların ise %33.3'ü ($s=15$) kadın olup gruplar arası fark anlamlıdır ($p < 0.001$). DB olanların yaş ortalaması 41.4 ± 14.2 ; AB olanların 36.3 ± 12.2 ; SB olanların 47.3 ± 7.3 ve PS olanların 41.7 ± 14.7 olup yapılan Tukey HSD analizine göre AB olanların en genç, SB olanların ise en yaşlı grup olduğu görülmüştür ($p < 0.05$). Eğitim yılı DB olanlarda 7.7 ± 4.4 , AB olanlarda 9.0 ± 4.3 , SB olanlarda 5.2 ± 3.0 ve PB olanlarda 5.78 ± 4.3 olup, en az eğitilmiş gruba SB olanlar oluşturmuştur ($p < 0.005$). Hastalığın ortalama süresi DB olanlarda 4.9 ± 6.2 , AB olanlarda 6.5 ± 8.5 , SB olanlarda 8.4 ± 5.2 , PB olanlarda ise 10.5 ± 5.3 yıl olup, en uzun hastalık süresine sahip olanların PB grubu olduğu görülmüştür ($p < 0.001$). DSM-IV-TR ölçütlerine göre örnekleme alınan hastaların ($s=257$) % 38.5'i ($s=99$) DB, %29.6'sı ($s=76$) AB, %14.4'ü SB ($s=37$) ve %17.5'i ($s=45$) PB tanısı almıştır (Tablo 1).

TAÖ-20 Puanları

Çalışmada toplam TAÖ-20 puanları en yüksek PB (60.11 ± 6.75) olan hastalarda belirlenmiş ve diğer tanı gruplarında puanların sırasıyla DB (58.43 ± 11.54), AB (56.82 ± 11.40) ve SB (55.35 ± 9.67) olduğu görülmüştür. TAÖ-20 puan ortalaması ile tanı grupları arasında önemli düzeyde bir farkın olduğu, yapılan ileri analizde bu farklılığın PB olan hasta grubundan kaynaklandığı bulunmuştur. Duyguları Tanımada Zorluk alt boyut puan ortalaması ile tanı grupları arasında da önemli düzeyde bir fark saptanmış ve ileri analizde bu farklılığın SB olan hasta grubundan kaynaklandığı belirlenmiştir ($p < 0.01$). Ayrıca DB olan hastaların %51.5'inde, AB olanların %43.4'ünde, SB olanların %45.9'unda ve PB olanların ise %55.6'sında aleksitimik yapı olduğu saptanmıştır (Tablo 2).

TAÖ-20'nin bazı değişkenlerle Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları

İstatistiksel olarak önemli ilişki gösterdiği belirlenen değişkenler ve TAÖ-20 puanlarından oluşan model ile yapılan çoklu regresyon analizi sonucunda cinsiyet, yaş, eğitim yılı ve hastalık süresinin bağımsız-açıklayıcı değişken olduğu görülmüştür.

Belirtilen bağımsız değişkenlerden model uyumunu sağlayanlar Tablo 3'de gösterilmiştir. Bu sonuçlara göre cinsiyet, yaş, eğitim yılı ve hastalık süresinin TAÖ-20 ile düşük düzeyde anlamlı bir ilişki gösterdiği belirlenmiştir ($R^2=0.16$; $p < 0.001$). Regresyon modeli TAÖ-20'nin değişimini %16 oranında açıklamaktadır. Regresyon katsayılarına (β) göre

Tablo 1. Hastaların tanımlayıcı ve hastalığa ilişkin özellikleri (n=257)

| Özellikler | Depresif bozukluk (n=99) | Anksiyete bozukluğu (n=76) | Somatoform bozukluğu (n=37) | Psikotik bozukluk (n=45) | Test χ^2 , F | p |
|---------------------------------|--------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|-------------------|---------|
| Cinsiyet (sayı) | | | | | 34.8 | 0.001* |
| Kadın | 64 | 53 | 37 | 15 | | |
| Erkek | 35 | 23 | - | 30 | | |
| Yaş, yıl (Ort.±SS) | 41.4±14.2 | 36.3±12.2 | 47.3±7.3 | 41.7±14.7 | 1.4 | 0.034* |
| Eğitim, yıl (Ort.±SS) | 7.7±4.4 | 9.0±4.3 | 5.2±3.0 | 5.8±4.3 | 2.4 | 0.002** |
| Hastalık süresi (yıl) (Ort.±SS) | 4.9±6.2 | 6.5±8.5 | 8.4±5.2 | 10.5±5.3 | 2.4 | 0.001** |

* χ^2 : Ki-kare ; *p<0.01; **F: ANOVA, **p<0.01. Ort.: Ortalama; SS: Standart sapma.

Tablo 2. Tanı grupları arasında TAÖ-20 puan farklılıkları (n=257)

| TAÖ-20 | Depresif bozukluk (n=99) | Anksiyete bozukluğu (n=76) | Somatoform bozukluğu (n=37) | Psikotik bozukluk (n=45) | Test χ^2 , KW F | p |
|------------------------|--------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|----------------------|----------|
| Aleksitimi, n (%) | 51 (51.5) | 33 (43.4) | 17 (45.9) | 25 (55.6) | 15.5 | 0.015* |
| TAÖ-1 (Ort.±SS) | 21.27±6.28 | 21.24±6.88 | 17.97±4.84 | 22.44±3.83 | 16.9 | 0.001** |
| TAÖ-2 (Ort.±SS) | 15.72±5.04 | 14.18±5.09 | 15.24±3.65 | 15.07±3.00 | 5.1 | 0.166** |
| TAÖ-3 (Ort.±SS) | 21.44±5.01 | 21.39±5.00 | 22.14±3.62 | 22.60±5.00 | 0.8 | 0.474*** |
| Total TAÖ-20 (Ort.±SS) | 58.43±11.54 | 56.82±11.40 | 55.35±9.67 | 60.11±6.75 | 18.7 | 0.001*** |

TAÖ-1: Duyguları tanımada zorluk; TAÖ-2: Duyguları ifade etmekte zorluk; TAÖ-3: Dışsal odaklı düşünce.

* χ^2 : Ki-kare; **KW: Kruskal-Wallis varyans analizi, **p<0.01; ***F: ANOVA, ***p<0.01.

Tablo 3. Hastaların TAÖ-20 puanları ile bazı değişkenlerin ilişkisi

| | Değişkenler | B | Std. hata | B | t | p | |
|--------|-----------------|--------|-----------|-------|--------|--------|----------------------|
| TAÖ-20 | (Sabit) | 63.957 | 3.643 | - | 17.554 | <0.001 | R ² =0.16 |
| | Cinsiyet | 7.157 | 1.454 | .292 | 4.923 | <0.001 | F=12.091 |
| | Yaş | -.209 | .059 | -.250 | -3.573 | <0.001 | p<0.001 |
| | Eğitim yılı | -.904 | .179 | -.346 | -5.036 | <0.001 | |
| | Hastalık süresi | .150 | .091 | .102 | 1.651 | >0.05 | |
| TAÖ-1 | (Sabit) | 21.497 | 1.999 | - | 10.753 | <0.001 | R ² =0.05 |
| | Cinsiyet | 2.362 | .798 | .187 | 2.960 | <0.005 | F=3.311 |
| | Yaş | -.041 | .032 | -.095 | -1.276 | >0.05 | p<0.05 |
| | Eğitim yılı | -.257 | .098 | -.190 | -2.609 | <0.05 | |
| | Hastalık süresi | -.020 | .050 | -.026 | -.395 | >0.05 | |
| TAÖ-2 | (Sabit) | 20.159 | 1.488 | - | 13.544 | <0.001 | R ² =0.09 |
| | Cinsiyet | .790 | .594 | .082 | 1.330 | >0.05 | F=6.245 |
| | Yaş | -.092 | .024 | -.279 | -3.838 | <0.001 | p<0.001 |
| | Eğitim yılı | -.332 | .073 | -.323 | -4.525 | <0.001 | |
| | Hastalık süresi | .004 | .037 | .007 | .101 | >0.05 | |
| TAÖ-3 | (Sabit) | 22.552 | 1.604 | - | 14.063 | <0.001 | R ² =0.01 |
| | Cinsiyet | .655 | .640 | .066 | 1.024 | >0.05 | F=0.616 |
| | Yaş | -.026 | .026 | -.077 | -1.019 | >0.05 | p>0.05 |
| | Eğitim yılı | -.073 | .079 | -.069 | -.929 | >0.05 | |
| | Hastalık süresi | -.013 | .040 | -.022 | -.328 | >0.05 | |

değişkenlerin önem sırasının eğitim yılı, cinsiyet, yaş ve hastalık süresinin olduğu; eğitim yılı, cinsiyet ve yaşın TAÖ-20 için önemli (major) faktör olduğu, hastalık süresinin ise önemli olmadığı görülmüştür.

Duyguları Tanımada Zorluk alt boyut puan ortalaması ile cinsiyet, yaş, eğitim yılı ve hastalık süresi arasında düşük düzeyde anlamlı bir ilişki belirlenmiştir (R₂=0.05; p<0.05). Model Duyguları Tanımada Zorluk değişimini %5 oranında

açıklamaktadır. Değişkenlerin önem sırası eğitim yılı, cinsiyet, yaş ve hastalık süresi olarak saptanmış; eğitim yılı ve cinsiyetin Duyguları Tanımada Zorluk için önemli faktörler olduğu, yaş ve hastalık süresinin ise önemli faktörler olmadığı görülmüştür.

Cinsiyet, yaş, eğitim yılı ve hastalık süresi ile Duyguları İfade Etmekte Zorluk arasında düşük düzeyde anlamlı bir ilişki belirlenmiştir (R²=0.09; p<0.001). Model Duyguları

İfade Etmekte Zorluk değişimini %9 oranında açıklamaktadır. Değişkenlerin önem sırasının eğitim yılı, yaş, cinsiyet ve hastalık süresinin olduğu; eğitim yılı ve yaşın Duyguları İfade Etmekte Zorluk için önemli faktörler olduğu, cinsiyet ve hastalık süresinin ise önemli faktörler olmadığı saptanmıştır.

Dışsal Odaklı Düşünce alt boyut puan ortalaması ile cinsiyet, yaş, eğitim yılı ve hastalık süresi arasında ise önemli bir ilişki belirlenmemiştir ($R^2=0.01$; $p>0.05$). Başka bir ifade ile bu değişkenlerin Dışsal Odaklı Düşünce için önemli değişkenler olmadığı tespit edilmiştir.

Tartışma

Bu araştırmada dört temel ruhsal bozukluk grubu arasında aleksitimi sıklığı ve aleksitimik yapı ile ilgili farklılıklar araştırılmıştır. Araştırmada psikotik ve depresif hastalarda TAÖ-20 toplam puanı ve aleksitimi sıklığının daha yüksek olduğu görülmekle birlikte, bütün hasta gruplarının önemli bölümünün aleksitimik özellik gösterdiği; toplam aleksitimi puan ortalamasının psikotik hastalarda önemli düzeyde yüksek, Duyguları Tanımda Zorluk alt boyut puan ortalamasının ise somatoform bozukluğu olan hastalarda önemli düzeyde düşük olduğu belirlenmiş olup, bu sonuçlar araştırmanın 1. sorusunu açıklamaktadır. Son ve arkadaşlarının (2012) DB, SB, AB ve PB olan 388 hasta ile yaptığı çalışmada sırasıyla (58.6 ± 11.0 , %42.4; 55.7 ± 10.7 , %35.9; 57.8 ± 10.8 , %33.3 ve 55.6 ± 13.6 , %35.3) TAÖ-20 toplam puanı ve aleksitimi sıklığı belirlenmiştir. Aynı çalışmada depresif bozukluğu olanlarda aleksitimi düzeyi yüksek olmakla birlikte toplam TAÖ-20 puan ortalamasının gruplar arasında anlamlı fark göstermediği ve Duyguları İfade Etmekte Zorluk puan ortalamasının depresif bozuklukta önemli düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur. Depresyonu olan hastaların diğer grup hastalara göre suçluluk ve ambivalan gibi duygularla başa çıkmak için duygusal engelleme stratejilerini kullandığından duygularını objektif şekilde tanımlamada daha fazla zorluk hissedebileceği belirtilmiştir.^[1] Depresif bozuklukta aleksitimi düzeyinin daha yüksek olması bu çalışma sonucunu desteklemektedir.

Şizofreni hastaları ile sağlıklı kontrollerin karşılaştırıldığı bir çalışmada TAÖ-20 toplam puanının (52.3 ± 13.47) şizofreni hastalarında önemli düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır.^[26] Şizofrenide yoksunluk belirtilerinden olan anhedoni, duygulanımda küntleşme ve alojinin aleksitimik özellikleri gizlediği bildirilmekle birlikte, aleksitiminin yoksunluk belirtileriyle ilişkili olmadığı, şizofreniden bağımsız ve ayrı bir yapı olduğu öne sürülmektedir.^[27] Yapılan bir meta-analiz ve derleme çalışmasında yüksek düzey aleksitiminin yoksul duygu farkındalığı ile ilişkilendirildiği, şizofreni hastalarının bir çoğunun uyumsuz ifade ve duygu işleme gösterdikleri ve bu durumun bilinçli ve örtük süreçler şeklinde olabileceği bildirilmektedir. Ayrıca duygu yönetimi ve bilişsel yeniden

değerlendirmenin şizofreni ile negatif, deneysel kaçınma ve aleksitiminin pozitif olarak ilişkili olduğu bulunmuştur.^[10] Maggini ve arkadaşları (2003) kelime anlamını kavrama ve yeterli bulmada zorlanmanın aleksitimi ile ilişkili bir kişilik boyutu ve şizofrenide depresif durumla ilişkili olabileceğini belirtmiştir.^[28]

Duddu ve arkadaşlarının (2003) depresif, somatoform bozukluğu olan ve sağlıklı bireylerde aleksitimiye değerlendiren çalışmasında, toplam TAÖ-26 puanlarının depresif ve somatoform bozukluklar arasında anlamlı bir fark oluşturmadığı (sırasıyla 62.5, 60.4) ve depresif hastaların duygularını ifade etmede daha fazla zorluk gösterdiği bildirilmiştir.^[29] Bu çalışmada SB olanlarda belirlenen görece düşük sonuçların Duddu ve arkadaşlarının (2003) çalışma sonucuyla tutarlı olduğu görülmüştür. Leweke ve arkadaşları (2012) depresif, anksiyete, uyum, somatoform ve yeme bozukluğu olan toplam 1461 hasta ile yürüttüğü çalışmada, diğer tanı gruplarıyla karşılaştırıldığında depresif bozuklukta önemli düzeyde artmış aleksitimik yapı (%26.9) ve Duyguları İfade Etmekte Zorluk alt boyutunun depresif bozuklukta önemli düzeyde ilişkili olduğunu belirlemiştir.^[12] Depresif hastalarda yüksek aleksitimi düzeyinin benliğe olumsuz bakış açısı ya da duygusal kısıtlılık nedeniyle olabileceğini açıklamışlardır. Toplam 234 hasta ile yapılan bir çalışmada ise Duyguları Tanımda Zorluk alt boyutunun depresif ve somatoform bozuklukla, Duyguları ifade Etmekte Zorluk alt boyutunun ise yalnızca depresyonla önemli düzeyde ilişkili olduğu saptanmıştır.^[5] Motan ve Gençöz (2007) aleksitimi boyutlarının depresyon ve anksiyete,^[30] Karukivi ve arkadaşları (2014) aleksitiminin anksiyete ile önemli düzeyde pozitif bir ilişki gösterdiğini,^[31] Aydın ve arkadaşları (2013) depresif hastalarda aleksitimik özelliklerin (%34.1) görüldüğünü bildirmiştir.^[32] Subic-Wrana ve arkadaşları (2005) ise depresif, anksiyete, somatoform, obsesif-kompulsif, uyum ve yeme bozukluğu olan hastalarda TAÖ-20 ortalama puanları arasında önemli bir fark olmadığını belirlemiştir.^[3] Mevcut araştırma sonucunu hastaların sosyo-demografik, kültürel ve hastalığa özgü özelliklerinin etkileyebileceği, yanısıra bu sonuçta aleksitiminin psikotik ve depresif bozukluklar arasında ortak bir yapı olabileceği, Duyguları Tanımda Zorluk alt boyutunun psikotik ve somatoform bozukluklarla diğer ruhsal bozukluklar arasındaki ayrımı belirleyebileceği düşünülmektedir.

Bu araştırmada TAÖ-20 puan ortalamasının erkeklerde, genç ve eğitim yılı düşük; Duyguları Tanımda Zorluk alt boyut puan ortalamasının erkeklerde ve eğitim yılı düşük; Duyguları İfade Etmekte Zorluk alt boyut puan ortalamasının ise yaşlı genç ve eğitim yılı düşük olanlarda önemli düzeyde yüksek olduğu belirlenmiş olup, bu sonuçlar araştırmanın 2. sorusunun yanıtını oluşturmaktadır. Genel nüfusta yapılan bir çalışmada erkeklerin (%11.9) kadınlardan (%8.1) önemli

düzeyde daha fazla aleksitimik özellik gösterdiği, aleksitiminin artan yaş ve düşük eğitim düzeyi ilişkili olduğu tespit edilmiştir.^[8] Pasini ve arkadaşlarının (1992) yaptığı çalışmada artan yaş ve düşük eğitim seviyesinin aleksitimi önemli düzeyde artırdığı, cinsiyetin toplam TAÖ puanını etkilemediği, ancak Duyguları Tanımada Zorluk alt boyut puanının kadınlarda daha yüksek olduğu bildirilmiştir.^[33] Honkalampi ve arkadaşlarının (2000) çalışmasında da aleksitimi sıklığı erkeklerde %12.8, kadınlarda %8.2 olarak tespit edilmiştir.^[7] Bu araştırma sonucu diğer araştırma sonuçlarıyla benzerlik göstermekte olup, bu sonuç erkek, genç ve eğitim düzeyi düşük olmanın aleksitimide belirleyici faktörler olabileceğini düşündürmektedir.

Aleksitimik bireylerde duygu ve düşünce arasındaki bağlantı yoksunluğu, ilkel savunma mekanizmalarının kullanılması ve dürtüsel davranışa yatkınlık tedavide izlenecek yolun belirlenmesinde önemlidir.^[6] Duygu düzenleme, duygu hoşgörüsü, psikolojik esneklik ve bireyin deneyimleri ile ilgilenmede etkinlik duygusu sağlayan Bilişsel Davranışçı Tedavi gibi tedavi edici girişimler, aleksitimik özellik gösteren bireylerin tepkileriyle yüzleşmesi ve etkili baş etmenin geliştirilmesi yönünden değerli olabilir.^[4,14] İleri uygulama rol ve işlevleri olan psikiyatri hemşireleri danışanlarına doğrudan psikoterapist olarak hizmet verebilir. Bu hemşireler terapilerle ilgili ileri eğitimlere sahip olup kendi profesyonel ve kişisel davranışlarıyla ilgili içgörü kazanmaları amacıyla kendi terapilerini yaşamış profesyonellerdir.^[34] Bu bağlamda psikiyatri hemşireleri aleksitimik yapıya sahip bireylerde tedavi edici ilişki yoluyla duygusal farkındalık, duyguları ifade etme ve eşduyum becerilerini kazandırılabilir ve içgörüyü artırabilir.

Sonuç

Sonuç olarak karşılaştırmalı bu araştırma aleksitimik özelliklerin farklı tanı grupları ile olan ilişkisini ve yapı farklılıklarını göstermiştir. Ruhsal bozukluklarda aleksitimi değerlendirecek olan çalışmalarda psikotik özellikli olan depresif hastalarla da karşılaştırma yapmanın aleksitimi yapısını irdelemede önemli katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

Çalışmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın birinci sınırlılığı DSM-IV-TR sınıflandırmasında yer alan en yaygın bozukluklar karşılaştırılmış olmakla birlikte, aleksitimi varlığını etkileyebilecek hastalığa özgü değişkenlerin iyi kontrol edilememesidir. İkinci sınırlılığı ise sağlıklı bireylerden oluşan bir kontrol grubu oluşturulmadığından karşılaştırmalı veriler sunulamamış olmasıdır.

Kaynaklar

1. Son SH, Jo H, Rim HD, Kim JH, et al. A Comparative Study on Alexithymia

in Depressive, Somatoform, Anxiety, and Psychotic Disorders among Koreans. *Psychiatry Investig* 2012;9:325-31.

- Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları I. Yenilenmiş 11. Baskı. Tuna Matbaacılık, Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara 2011. s. 155-8.
- Subic-Wrana C, Bruder S, Thomas W, Lane RD, et al. Emotional awareness deficits in inpatients of a psychosomatic ward: a comparison of two different measures of alexithymia. *Psychosom Med* 2005;67:483-9.
- Panayiotou G, Leonidou C, Constantinou E, Hart J, et al. Do alexithymic individuals avoid their feelings? Experiential avoidance mediates the association between alexithymia, psychosomatic, and depressive symptoms in a community and a clinical sample. *Compr Psychiatry* 2015;56:206-16.
- Bankier B, Aigner M, Bach M. Alexithymia in DSM-IV disorder: comparative evaluation of somatoform disorder, panic disorder, obsessive-compulsive disorder, and depression. *Psychosomatics* 2001;42:235-40.
- Şaşıoğlu M, Gülol Ç, Tosun A. Aleksitimi: Tedavi girişimleri. *Psikiyatriye Güncel Yaklaşımlar* 2014;6:22-31.
- Honkalampi K, Hintikka J, Tanskanen A, Lehtonen J, et al. Depression is strongly associated with alexithymia in the general population. *J Psychosom Res* 2000;48:99-104.
- Mattila AK, Salminen JK, Nummi T, Joukamaa M. Age is strongly associated with alexithymia in the general population. *J Psychosom Res* 2006;61:629-35.
- Batıgün AD, Büyüksahin A. Alexithymia: Psychological Symptoms and Attachment Styles. *Klinik Psikiyatri* 2008;11:105-14.
- O'Driscoll C, Laing J, Mason O. Cognitive emotion regulation strategies, alexithymia and dissociation in schizophrenia, a review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2014;34:482-95.
- Pandey R, Saxena P, Dubey A. Emotion regulation difficulties in alexithymia and mental health. *Europe's Journal of Psychology* 2011;7:604-23.
- Leweke F, Leichsenring F, Kruse J, Hermes S. Is alexithymia associated with specific mental disorders? *Psychopathology* 2012;45:22-8.
- Deng Y, Ma X, Tang Q. Brain response during visual emotional processing: an fMRI study of alexithymia. *Psychiatry Res* 2013;213:225-9.
- Gürkan A, Beycan Ekitli G. Alexithymia in the Art of Nursing. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatric Nursing-Special Topics* 2015;1:80-6.
- Hintistan S. Alexithymia. *Gümüşhane University Journal of Health Sciences* 2012;1:333-46.
- Mortan Sevi O, Genç Y, Odabaşıoğlu G, Soykal İ, ve ark. Alkol bağımlılığında aleksitiminin anksiyete, sosyal anksiyete, benlik saygısı ve erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğuyla ilişkisi: karşılaştırmalı bir çalışma. *Bağımlılık Dergisi* 2014;15:10-4.
- Çam Çelikel F, Saatçioğlu Ö. Konversiyon bozukluğunda aleksitiminin depresyon ve anksiyeteye etkisi. *Klinik Psikiyatri* 2002;5:229-34.
- Solmaz M, Sayar K, Özer ÖA, Öztürk M, Acar B. Alexithymia, Hopelessness and Depression in Social Phobic Patients: A Study with a Control Group. *Klinik Psikiyatri* 2000;3:235-41.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (2000). *Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM-IV-TR)* (Çev. ed: E. Köroğlu). Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2007.
- First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams Janet BW. *Structured Clinical Interview for the DSM-IV Axis I Disorders, Clinical Version (SCID-CV)*. Washington DC: American Psychiatric Press Inc, 1996.
- Çorapçioğlu A, Aydemir Ö, Yıldız M, Esen A, ve ark. DSM-IV Eksen I Bozuklukları (SCID-I) için Yapılandırılmış Klinik Görüşme, Klinik Versiyon. Ankara. Hekimler Yayın Birliği, 1999.
- Güleç H, Köse S, Güleç MY, Çitak S, et al. Reliability and factorial validity of the Turkish version of the 20-item Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) BCP 2009;19:214-20.
- Güleç H, Yenel A. 20 maddelik Toronto Aleksitimi Ölçeği Türkçe uyarlamasının kesme noktalarına göre psikometrik özellikleri. *Klinik Psikiyatri* 2010;13:108-12.
- Özdamar K. SPSS ile Biyoistatistik. Yenilenmiş 9. Baskı. Nisan Kitabevi, Eskişehir, 2013.

25. Erdoğan S, Nahcivan N, Esin N. Hemşirelikte Araştırma. Süreç, Uygulama ve Kritik. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2014.
 26. Cedro A, Kokoszka A, Popiel A, Narkiewicz-Jodko W. Alexithymia in schizophrenia: an exploratory study. *Psychol Rep* 2001;89:95–8.
 27. Todarello O, Porcelli P, Grilletti F, Bellomo A. Is alexithymia related to negative symptoms of schizophrenia? A preliminary longitudinal study. *Psychopathology* 2005;38:310–4.
 28. Maggini C, Raballo A, Pelizza L, Paini M, Croci R. Subjective experience of language impairment and psychopathology in schizophrenia. *Psychopathology* 2003;36:17–22.
 29. Duddu V, Isaac MK, Chaturvedi SK. Alexithymia in somatoform and depressive disorders. *J Psychosom Res* 2003;54:435–8.
 30. Motan I, Gençöz T. The relationship between the dimensions of alexithymia and the intensity of depression and anxiety. [Article in Turkish] *Türk Psikiyatri Derg* 2007;18:333–43.
 31. Karukivi M, Vahlberg T, Pölönen T, Filppu T, et al. Does alexithymia expose to mental disorder symptoms in late adolescence? A 4-year follow-up study. *Gen Hosp Psychiatry* 2014;36:748–52.
 32. Aydın A, Selvi Y, Güzel Özdemir P. The Effect of Alexithymia on Somatization and Sleep Quality in Patients with Depression. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2013;50:65–9.
 33. Pasini A, Delle Chiaie R, Seripa S, Ciani N. Alexithymia as related to sex, age, and educational level: results of the Toronto Alexithymia Scale in 417 normal subjects. *Compr Psychiatry* 1992;33:42–6.
 34. Çam O, Engin E. Bireysel psikoterapi. Çam O, Engin E. Editörler. *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı*. 1. Baskı. İstanbul Medikal Yayıncılık Hiz. Tic. Ltd. Şti. İstanbul 2014. s. 969–1007.
-
- *Horatio, Avrupa Psikiyatri Hemşireliği Kongresi'nde sözlü bildiri olarak sunulmuştur (31 Ekim–02 Kasım 2013 İstanbul, Turkey).*