

Şizofreni Tanılı Hastalarda Aleksitiminin Ruhsal Belirtilerle İlişkisi Üzerine Kesitsel Bir Araştırma: Ön Çalışma Sonuçları

A Cross-Sectional Study on the Relationship Between Alexithymia and Psychiatric Symptoms in Patients with Schizophrenia: A Preliminary Report

^{1b} Dilek BAYSAL^{a,b}, ^{1b} Vesile ŞENTÜRK CANKORUR^c

^aAnkara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Ankara, Türkiye

^bAnkara Üniversitesi Disiplinlerarası Adli Bilimler Enstitüsü, Kriminalistik ABD, Ankara, Türkiye

^cAnkara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi BD, Ankara, Türkiye

ÖZET Amaç: Çalışmamızın amacı, aleksitiminin şizofreni hastalarında görülme oranlarının tespit edilmesinin yanı sıra aleksitiminin diğer klinik belirtilerle olan ilişkisini ortaya koymaktır. Bu sayede, konuyla ilgili alanyazına katkı sağlanabileceği düşünülmektedir. **Gereç ve Yöntemler:** Çalışmaya, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinin Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı poliklinik birimine Kasım 2021-Nisan 2022 yılları içerisinde ayaktan başvuran, 18-65 yaş arasındaki ve “The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)” tanı ölçütlerine göre “şizofreni” tanısı konmuş 32 hasta dâhil edilmiştir. Hastalara sosyodemografik veri formu, Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20) ve DSM-5 Birinci Düzey Kesitsel Belirti Ölçeği (Yetişkin) uygulanmıştır. **Bulgular:** TAÖ-20’den aldıkları toplam puanların ortalaması 64,34±14,45 olarak bulunurken, aleksitimisi olanlar katılımcıların %59,4’ünü oluşturmaktadır. Aleksitimik olan şizofreni tanılı bireylerde depresyon (p=0,038), tekrarlayan düşünce ve davranışlar (p=0,030) ve kişilik bozukluğu (p=0,010) belirtilerinin daha fazla görülmesinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Depresyon, öfke, tekrarlayan düşünce ve davranışlar ve kişilik bozukluğu belirtilerinin hem aleksitimi toplam puanları (depresyon p=0,003; öfke p=0,017; tekrarlayan düşünce ve davranışlar p=0,019; kişilik bozukluğu p=0,002) hem de aleksitiminin duygu tanımada güçlük (depresyon p=0,002; öfke p=0,008; tekrarlayan düşünce ve davranışlar p=0,007; kişilik bozukluğu p=0,009) ve duygu söze dökmede güçlük (depresyon p=0,000; öfke p=0,021; tekrarlayan düşünce ve davranışlar p=0,006; kişilik bozukluğu p=0,001) alt boyutlarıyla ilişkili bulunmuştur. **Sonuç:** Verilerimiz, şizofreni tanılı bireylerde aleksitiminin, bazı ruhsal belirtilerle ilişkili olabileceğini göstermektedir.

ABSTRACT Objective: The purpose of our study is to determine the prevalence of alexithymia in patients with schizophrenia and to elucidate its relationship with other clinical symptoms. By doing so, we aim to contribute to the existing literature on this topic. **Material and Methods:** The study included 32 outpatients aged 18-65, diagnosed with “schizophrenia” according to The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) diagnostic criteria, who applied to the polyclinic of Ankara University Department of Psychiatry between the years November 2021-April 2022. Sociodemographic data form, Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) and DSM-5 Self Rated Level 1 Cross-Cutting Symptom Scale Adult Version were applied to the participants. **Results:** The average of the total scores of the TAS-20 was found to be 64.34±14.45. Those with alexithymia constitute 59.4% of the participants. It was determined that the higher prevalence of depression (p=0.038), repetitive thoughts and behaviors (p=0.030), and personality disorder (p=0.010) in individuals with alexithymic schizophrenia was statistically significant. Depression, anger, repetitive thoughts and behaviors, and personality disorder symptoms were found to be associated with both alexithymia total scores (depression p=0.003; anger p=0.017; repetitive thoughts and behaviors p=0.019; personal disorder p=0.002) and alexithymia’s difficulty describing feelings subscale (depression p=0.002; anger p=0.008; repetitive thoughts and behaviors p=0.007; personal disorder p=0.009) and difficulty identifying feeling subscale (depression p=0.000; anger p=0.021; repetitive thoughts and behaviors p=0.006; personal disorder p=0.001). **Conclusion:** Our data show that alexithymia may be associated with some psychiatric symptoms in individuals with schizophrenia.

Anahtar Kelimeler: Şizofreni; duygulanım semptomları; belirti ve bulgular

Keywords: Schizophrenia; affective symptoms; signs and symptoms

Correspondence: Dilek BAYSAL

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Cebeci Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi BD, Ankara, Türkiye
E-mail: dtectas@ankara.edu.tr



Peer review under responsibility of Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences.

Received: 04 May 2023

Received in revised form: 10 Oct 2023

Accepted: 12 Oct 2023

Available online: 27 Oct 2023

2146-9040 / Copyright © 2023 by Türkiye Klinikleri. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Şizofreni, sıklıkla belirgin varsanı ve sanrılarla seyreden, bunun yanı sıra bireylerde yaşamdan zevk alamama, duygu ifadelerinin eksikliği, öz bakımda bozulma gibi negatif belirtiler ile bunlara ek olarak dezorganize davranışların ve işlevsellikte bozulmaların görüldüğü, kronik bir seyir gösteren klinik sendromdur.¹ Şizofreninin gidiş ve sonlanışını hastalığın belirtileri, bireyin iş ve sosyal uyumu, hastaneye yatış sayısı ve süresi, yaşam kalitesi, bilişsel yetileri, intihar ve kendine zarar verme eğilimi, genel sağlık durumu gibi verilerle değerlendirmek mümkündür.² Şizofreninin klinik seyri içerisinde görülen bu belirti ve şikâyetler, bireylerin bilişsel işlevlerinde önemli yıkımlara sebebiyet verebilmekte ve dolayısıyla sosyal bilişlerinde olumsuz sonuçlar doğurabilmektedir.³ Sosyal bilişsellik çerçevesi içerisinde yer alan aleksitiminin, duygu işleme süreçlerinde zorluklar yaşayan şizofreni hastaları üzerinde önemli etkiler yarattığı bilinmektedir.⁴ Dilimizde “duygular için söz yokluğu” olarak tanımlanan aleksitimi, en geniş anlamıyla duygusal işlevlerdeki bozukluk nedeniyle ortaya çıkan duygu ve düşüncelerin ifade edilmesindeki güçlük olarak belirtilmektedir.⁵ Anhedoni, aloji ve künt duygulanım gibi şizofreninin negatif semptomları arasında yaygın olarak görülen özellikler ile aleksitimik özellikler arasında yakın bir benzerlik olduğu görülmektedir.⁶ Aleksitimi olan bireylerde, duygu işleme ve ifade etme süreçlerinde görülen problemler nedeniyle öfke ve saldırganlık davranışlarında artışlar görülebilmekte ve bunun sonucunda kriminal olaylar yaşanabilmektedir.⁵ Bazı kaynaklar tarafından, aleksitiminin şizofreniden bağımsız bir kişilik özelliği şeklinde yorumlanmasına ek olarak, şizofreni tanılı hastalarda yaygın olarak görülebilmekte, ancak bu 2 konuyu birlikte ele alan çalışmaların yeterli sayıda olmadığı bilinmektedir.⁷

Aleksitimide de görüldüğü gibi duygu işleme yetilerinde oluşan bozulmalar bireylerin işlevselliklerini ve sosyal uyumlarını önemli derecede etkilemektedir. Bununla birlikte bireylerde şizofreni gelişme riskini artırırken, aynı zamanda şizofreni tanılı hastaların da klinik seyrinde kötü gidişler yaratabilmektedir.⁸ Aleksitimi ve klinik belirtiler arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar bulunmaktadır, ancak bu çalışmalar birbirlerinden farklı ve tutarsız sonuçlar elde etmiştir. Şizofreninin negatif belirtileri ile alek-

sitimi arasında bir ilişki olduğunu belirten çalışmaların yanı sıra pozitif ve negatif belirtilerle aleksitimi arasında herhangi bir ilişki elde edemeyen çalışmaların da alanyazında yer aldığı görülmüştür.^{6,9}

Günümüze kadar yapılan çalışmalarda, aleksitimi ve klinik belirtiler arasındaki ilişkiyle ilgili yapılan açıklamalar net değildir. Bu nedenle çalışmamızın amacı, şizofreni hastalarında aleksitiminin görülme oranlarını ortaya koymak, aleksitimi olan ve olmayan şizofreni hastaları arasındaki klinik belirtiler açısından farklılıkları incelemek ve aleksitimi ile klinik belirtiler arasındaki ilişkiyi değerlendirmek olarak belirlenmiştir. Bu çalışmanın, şizofreni tanılı hastalardaki duygu işleme süreçlerinin irdelenmesine katkı sağlayabileceği ve yine bu hastaların değerlendirilmesinde duygu temelli bir bakış açısı kazandırabileceği düşünülmektedir. Bu çalışma, tez çalışmamızın bir ön değerlendirme araştırmasıdır.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Çalışma, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalında kesitsel bir çalışma olarak yapılmıştır. Çalışmaya Kasım 2021-Nisan 2022 yılları arasında, psikiyatri poliklinik birimine gelen 18-65 yaş arasındaki, daha önceden “The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)” tanı ölçütlerine göre “şizofreni” tanısı konmuş ve poliklinikte bu tanıyla takip edilen, en az ilkokul mezunu olan, Türkçe bilen, çalışma araçlarını tamamlamasına engel teşkil edecek herhangi bir tıbbi ve nörolojik hastalığı bulunmayan ve daha önce şizofreni tanısı dışında herhangi bir ruhsal hastalık tanısı almamış olan hastalar dâhil edilmiştir. Çalışmanın dışlama kriterleri; çalışma araçlarını tamamlamasına engel teşkil edecek herhangi bir tıbbi ve nörolojik hastalığının olması, şizofreni tanısının dışında herhangi bir ruhsal hastalık tanısının bulunması ve Türkçe bilmiyor olması şartları belirlenmiştir. Çalışmaya hastalar ardışık olarak alınmıştır. Hastalardan 2 tanesi onam vermediği için çalışmaya dâhil edilememiştir. Diğer hastalara ve kendilerine eşlik eden yakınlarına, aydınlatılmış onam formu sözel ve yazılı olarak bildirilerek, hastalardan ve yakınlarından sözlü ve yazılı onam alınmıştır. Çalışmanın gereçlerinin tümü araştırmacı tarafından yüz yüze uygulanmıştır. Bu çalışma, Hel-

sinki Deklarasyonu prensiplerine uygun olarak yapılmıştır. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Alt Etik Kurulundan (tarih: 27 Eylül 2021, no: 14/158) onay alınmıştır.

Çalışmaya dâhil edilen hastalara şizofreni tanısı, daha önceden ilgili birimlerde çalışan sorumlu hekimler tarafından DSM-5 tanı ölçütleri çerçevesinde konulmuştur. Bu bağlamda, katılımcılarımız mevcut şizofreni tanısı sebebiyle ayaktan takip edilen hastalar niteliğini taşımaktadırlar. Hastaneye ayaktan başvurusu olan hastalar, öncelikle hastanenin kayıt sisteminden tanılarına yönelik araştırma yapılarak seçilmiş ve hasta dosyasından çalışma kriterlerine uygunluğu teyit edilmiştir. Ardışık olarak seçilen ve sadece şizofreni tanısı bulunan bu hastaların hiçbirinin, çalışmamızın dışlama kriterleri olarak belirlenen özelliklere sahip olmaması nedeniyle hepsi dâhil edilebilmiştir. Çalışmamız toplamda 32 şizofreni hastası ile gerçekleştirilmiştir. Şizofreni hastalarıyla (n=32) yürütülen bu araştırmanın bulguları, daha büyük örnekleme yürütülmesi amaçlanan çalışmanın ön değerlendirmesini yansıtmaktadır.

Hastalara sırasıyla sosyodemografik ve klinik veri formu, Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20) ve DSM-5 Birinci Düzey Kesitsel Belirti Ölçeği uygulanmıştır. Çalışmaya dâhil edilen hastaların klinik özellikleri sosyodemografik ve klinik veri formunda yer alan sorularla, belirtileri DSM-5 Birinci Düzey Kesitsel Belirti Ölçeğiyle ve aleksitimi düzeyi TAÖ-20 ile belirlenirken, hastaların sadece pozitif ve negatif belirtilerini değerlendiren bir araç kullanılmamıştır. Hastaların kendilerinin doldurdıkları ölçekler, yüz yüze görüşme yöntemiyle 15-20 dk'da toplanmıştır.

SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK VERİ FORMU

Bu veri formunda yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi, doğum yeri, yaşadığı yer, göç etme ve birlikte yaşadığı kişiler gibi demografik ve sosyoekonomik bilgilere dair sorular yer almaktadır. Ayrıca şizofreni hastalığının başlangıç yaşı, şizofreniye ek olarak ruhsal tanılar dışında kronik bir rahatsızlık, düzenli ilaç kullanımı, psikiyatri servislerine yatış öyküsü, intihar girişimi, vücudunun herhangi bir yerinde kesici/delici alet yarası, ailede psikiyatrik hastalık ve suç öyküsü, stresli

yaşam olayları gibi klinik bilgileri araştırmaya yönelik sorular bulunmaktadır.

TAÖ-20

Bagby ve ark. tarafından 1994 yılında geliştirilmiş ve 20 sorudan oluşmaktadır.¹⁰ Aleksitiminin değerlendirilmesini sağlayan bu ölçek, her bir maddesinin 5 aralıklı olduğu Likert tipi bir öz bildirim ölçeğidir. Duyguyu tanımada güçlük, duyguyu söze dökmede güçlük ve dışa vuruk düşünme olmak üzere 3 alt ölçeği bulunmaktadır. Hem alt ölçeklerden hem de ölçeğin toplamından alınan puanlar yükseldikçe daha kötü seviyeye işaret etmektedir. Bu ölçeğin, Güleç ve ark. tarafından dilimize uyarlaması yapılmıştır.¹¹ Toplam ölçek Cronbach alfa değeri 0,78, alt ölçeklerin ise 0,57-0,80 arasında bulunmuştur. Doğrulayıcı faktör analizi sonuçlarına göre aleksitimi yapısının 3 faktör varlığını sağladığı gösterilmiştir. Güleç ve Yenel, aleksitimi olmayanlar 51 ve altı puan alan katılımcılar olarak bulunurken, saf aleksitimi varlığı için ise 59 ve üzeri puan alan katılımcılar olarak bildirilmiştir.¹² Buna göre çalışmamızda kesme puanı 59 kabul edilerek, TAÖ-20'den 59 ve üzeri puan alanlar "aleksitimi var" olarak değerlendirilmiştir.

DSM-5 BİRİNCİ DÜZEY KESİTSEL BELİRTİ ÖLÇEĞİ (YETİŞKİN)

Toplum içerisinde bulunan ruhsal semptomların taranmasının yapılabilmesi için geliştirilmiştir. Beşli Likert tipi bir ölçek olan DSM-5 Birinci Düzey Kesitsel Belirti Ölçeği, 23 sorudan oluşmakta ve 13 tane de alt alanı (depresyon, mani, öfke, anksiyete, somatik belirtiler, intihar düşüncesi, psikoz, uyku sorunları, bellek, tekrarlayan düşünce ve davranışlar, disosiyasyon, kişilik, madde kullanımı) bulunmaktadır. Öz bildirim dayalı bir ölçektir. Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Çökmüş ve ark. tarafından 2017 yılında yapılmıştır. Birinci Düzey Kesitsel Belirti Ölçeği'nin tümünün ve alt ölçeklerinin içsel tutarlılığı 0,94 ve madde toplam puan korelasyon katsayıları 0,30-0,79 (p<0,001) arasında bulunmuştur.¹³

İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRME

Verilerin analizi SPSS 22.0 (IBM Corporation, NY, USA)'da yapılmıştır. Değişkenlerin dağılımının normalliğine Kolmogorov-Smirnov testi ile bakıldı. Tanımlayıcı olarak nicel değişkenler için orta-

lama±standart sapma ve ortanca (minimum-maksimum), nitel değişkenler için ise hasta sayısı (yüzde) kullanılmıştır. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Pearson ki-kare testi ve Fisher exact testi, sayısal değişkenlerin ilişkilendirilmesinde ise Spearman korelasyon analizi uygulanmıştır. Bütün testler iki uçludur ve istatistiksel anlamlılık $p<0,05$ olarak atanmıştır.

BULGULAR

Hastaların sosyodemografik bilgilerine ait özellikler **Tablo 1**'de gösterilmiştir. Örneklem grubunun yaş ortalaması $40,44\pm 8,90$ olarak bulunmuştur ve çalışmaya dâhil edilen hastaların 24-55 yaş aralığında olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların %25,0'i kadın ($n=8$), %75,0'i ise erkek ($n=24$) olarak belirlenirken, %78,1'inin bekâr ($n=25$), %21,9'unun evli ($n=7$) olduğu bulunmuştur. Eğitim yılları ise 8 yıl ve altı eğitim görenlerin oranı %40,6 ($n=13$) ve 9 yıl ve üstü eğitim görenlerin oranı %59,4 ($n=19$) olarak belirlenmiştir (**Tablo 1**).

Katılımcılara ait klinik özellikler ayrıntılı olarak **Tablo 2**'de yer almaktadır. Katılımcıların şizofreni

Değişkenler		$\bar{X}\pm SS$
Yaş		$40,44\pm 8,90$
		% (n)
Cinsiyet	Kadın	25,0 (8)
	Erkek	75,0 (24)
Medeni durum	Evli	21,9 (7)
	Bekâr	78,1 (25)
Eğitim durumu	8 yıl ve altı	40,6 (13)
	9 yıl ve üstü	59,4 (19)
Çalışma durumu	Çalışıyor	31,3 (10)
	Çalışmıyor	68,7 (22)
Gelir düzeyi	1.500 TL ve altı	31,3 (10)
	1.500 TL üzeri	68,7 (22)
Doğum yeri	Köy/ilçe	43,7 (14)
	İl	56,3 (18)
Yaşadığı yer	Köy/ilçe	18,7 (6)
	İl	81,3 (26)
Göç etme durumu	Var	50,0 (16)
	Yok	50,0 (16)
Birlikte yaşadığı kişiler	Anne-baba	71,9 (23)
	Eş/partner ve diğer	28,1 (9)

SS: Standart sapma.

TABLO 2: Klinik değişkenlere ait tanımlayıcılar.

Değişkenler		$\bar{X}\pm SS$ Ortanca (Minimum-maksimum)
Hastalığın başlangıç yaşı		$23,09\pm 7,80$
		22,0 (7,00-43,00)
		% (n)
Kronik hastalık	Var	18,8 (6)
Hastaneye yatış	Var	75,0 (24)
İntihar girişimi	Var	31,3 (10)
Kesici alet/sigara izi	Var	21,9 (7)
Ailede psikiyatrik hastalık	Var	28,1 (9)
Ailede suç öyküsü	Var	12,5 (4)
Stresli yaşam olayları öyküsü	Var	53,1 (17)

SS: Standart sapma.

hastalıklarının başlangıç yaşlarının ortalaması $23,09\pm 7,80$ 'dir. Katılımcıların %18,8'inde ($n=6$) ruhsal hastalık dışında kronik bir rahatsızlığı olduğu bulunurken, bunların %16,7'sinin diyabet ($n=1$), %16,7'sinin kalp hastalığı ($n=1$), %16,7'sinin hipertansiyon ($n=1$), %16,7'sinin hem diyabet hem hipertansiyon ($n=1$), %16,7'sinin hem diyabet hem kalp hastalığı hem de hipertansiyon ($n=1$) ve %16,7'sinin tiroid hastalığı ($n=1$) olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların hepsinin çalışmanın yapıldığı süreç içerisinde ilaçlarını düzenli olarak kullandığı belirlenmiştir. Hiç hastaneye yatışı olmayanların oranı %25,0 ($n=8$) ve daha önce en az 1 kez yatışı bulunanların oranı ise %75,0 ($n=24$) olarak saptanmıştır. Katılımcıların %31,3'ünün intihar girişiminde bulunduğu ($n=10$), %68,8'inin ise bulunmadığı ($n=22$) tespit edilmiştir. Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü sorgulanmış ve %28,1'inin ailesinde herhangi bir psikiyatrik hastalık bulunurken ($n=9$), %71,9'unda bulunmamaktadır ($n=23$) (**Tablo 2**).

Katılımcıların TAÖ-20'den aldıkları toplam puanların ortalaması $64,34\pm 14,45$ olarak bulunmuştur. Ayrıca katılımcıların, TAÖ-20'nin alt ölçeklerinden aldıkları puanlar; duygularını tanımadaki güçlük $21,87\pm 8,09$, duyguları söze dökmede güçlük $16,78\pm 5,51$ ve dışa-dönük düşünme $25,68\pm 4,56$ ortalama puanları elde edilmiştir. Aleksitimisi olanların oranı %59,4 ($n=19$) iken, olmayanların oranı %40,6 ($n=13$) idi (**Tablo 3**).

Katılımcıların DSM-5 Birinci Düzey Kesitsel Belirti Ölçeği'nin alt alanlarından aldıkları puanlar değerlendirilmiş ve ileri değerlendirme puanlarının

TABLO 3: Ölçeklere yönelik tanımlayıcılar.

		$\bar{X} \pm SS$	
Değişkenler		Ortanca (Minimum-maksimum)	
TAÖ-20	Toplam puan	64,34±14,45 61,50 (46,00-95,00)	
	Duygu tanımadada	21,87±8,09 21,00 (10,00-35,00)	
	Duygu söze dökmede güçlük	16,78±5,51 16,50 (5,00-25,00)	
	Dışa vuruk düşünme	25,68±4,56 25,50 (16,00-35,00)	
			% (n)
	Aleksitimi	Var	59,4 (19)
DSM-5 depresyon	Var	75,0 (24)	
DSM-5 öfke	Var	43,8 (14)	
DSM-5 mani	Var	12,5 (4)	
DSM-5 anksiyete	Var	84,4 (27)	
DSM-5 somatik belirtiler	Var	28,1 (9)	
DSM-5 intihar	Var	21,9 (7)	
DSM-5 psikoz	Var	75,0 (24)	
DSM-5 uyku	Var	43,8 (14)	
DSM-5 hafıza	Var	40,6 (13)	
DSM-5 tekrarlayan düşünce ve davranışlar	Var	62,5 (20)	
DSM-5 dissosiyasyon	Var	18,8 (6)	
DSM-5 kişilik bozukluğu	Var	78,1 (25)	
DSM-5 madde	Var	50,0 (16)	

SS: Standart sapma; TAÖ-20: Toronto Aleksitimi Ölçeği-20 maddelik; DSM-5: DSM-5 Birinci Düzey Kesitsel Belirti Ölçeği (Yetişkin).

üzerinde olanlarda, alt alanın değerlendirdiği bulguların varlığı saptanarak yüzdeleri hesaplanmıştır. Ka-

tılımcıların klinik bulgularını belirleyebilmek amacıyla uygulanan DSM-5 Birinci Düzey Kesitsel Belirti Ölçeği'nin alt alanlarından elde edilen puanlar neticesinde, depresyon belirtileri bulunanların %75,0 (n=24), öfke belirtileri gösterenlerin %43,8 (n=14), anksiyete belirtileri bildirenlerin %84,4 (n=27), psikoz belirtileri bulunanların %75,0 (n=24), uyku sorunları bulunanların %43,8 (n=14), hafıza problemleri yaşayanların %40,6 (n=13), tekrarlayan düşünce ve davranışları bulunanların %62,5 (n=20), kişilik bozukluğu belirtileri gösterenlerin %78,1 (n=25) ve alkol-madde kullanım bozukluğu sorunları yaşayanların %50,0 (n=16) olduğu bulunmuştur (Tablo 3).

Aleksitimik olan ve olmayan şizofreni tanılı hasta gruplarının DSM-5 Birinci Düzey Kesitsel Belirti Ölçeği'nin alt alanlarıyla karşılaştırması Tablo 4'te gösterilmiştir. Buna göre aleksitimik şizofreni grubunda aleksitimik olmayan şizofreni grubuna göre depresyon, tekrarlayan düşünce ve davranışlar ve kişilik bozukluğu alt alanlarında orta ve üzerinde puan alan kişi sayısı istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek saptanmıştır (depresyon alt alanı p=0,038; tekrarlayan düşünce ve davranışlar alt alanı p=0,030; kişilik bozukluğu alt alanı p=0,010) (Tablo 4).

TAÖ toplam puan ve alt ölçekleri puanlarının, DSM-5 Birinci Düzey Kesitsel Belirti Ölçeği'nin alt alanları ile olan ilişkileri de Tablo 5'te gösterilmiştir. Buna göre DSM-5 Birinci Düzey Kesitsel Belirti

TABLO 4: Aleksitimik olan ve olmayan şizofreni tanılı hasta gruplarının DSM-5'in alt alanlarıyla karşılaştırılması.

		Aleksitimisi olmayan % (n)	Aleksitimisi olan % (n)	p değeri	OR (%95 CI)
DSM-5 depresyon ^b	Var	21,9 (7)	53,1 (17)	0,038*	7,286 (1,173-45,255)
DSM-5 öfke ^a	Var	9,4 (3)	34,4 (11)	0,051	4,583 (0,945-22,235)
DSM-5 mani ^b	Var	9,4 (3)	2,4 (1)	0,279	0,185 (0,017-2,024)
DSM-5 anksiyete ^b	Var	31,3 (10)	53,1 (17)	0,374	2,550 (0,362-17,964)
DSM-5 somatik belirtiler ^b	Var	3,1 (1)	25,0 (8)	0,050	8,727 (0,935-81,492)
DSM-5 intihar ^b	Var	6,3 (2)	15,6 (5)	0,671	1,964 (0,318-12,124)
DSM-5 psikoz ^b	Var	28,1 (9)	46,9 (15)	0,684	1,667 (0,332-8,368)
DSM-5 uyku ^a	Var	12,5 (4)	31,3 (10)	0,221	2,500 (0,568-11,011)
DSM-5 hafıza ^a	Var	15,6 (5)	25,0 (8)	0,837	1,164 (0,275-4,919)
DSM-5 tekrarlayan düşünce ve davranışlar ^b	Var	15,6 (5)	46,9 (15)	0,030*	6,000 (1,248-28,840)
DSM-5 dissosiyasyon ^b	Var	3,1 (1)	15,6 (5)	0,361	4,286 (0,438-41,954)
DSM-5 kişilik bozukluğu ^b	Var	21,9 (7)	56,3 (18)	0,010*	15,429 (1,562-152,349)
DSM-5 madde ^a	Var	15,6 (5)	34,4 (11)	0,280	2,200 (0,520-9,299)

*p<0,05 istatistiksel olarak anlamlı; ^aPearson ki-kare; ^bFisher exact testi; DSM-5: DSM-5 Birinci Düzey Kesitsel Belirti Ölçeği (Yetişkin); OR: Göreceli olasılık oranı; CI: Güven aralığı.

TABLO 5: TAÖ toplam puanı ve alt ölçeklerinin DSM-5'in alt alanlarıyla ilişkisi.

		Duygu tanımada güçlük	Duygu söze dökmede güçlük	Dışa vuruk düşünme	TAÖ-20 toplam
DSM-5 depresyon	r	0,523	0,660	-0,108	0,511
	p değeri	0,002*	0,000*	0,555	0,003*
DSM-5 öfke	r	0,463	0,406	0,011	0,418
	p değeri	0,008*	0,021*	0,952	0,017*
DSM-5 mani	r	-0,311	-0,353	-0,075	-0,406
	p değeri	0,083	0,047*	0,683	0,021*
DSM-5 anksiyete	r	0,263	0,304	0,135	0,306
	p değeri	0,147	0,091	0,461	0,089
DSM-5 somatik belirtiler	r	0,366	0,225	0,093	0,346
	p değeri	0,039*	0,215	0,614	0,053
DSM-5 intihar	r	0,214	0,308	-0,224	0,195
	p değeri	0,240	0,086	0,218	0,286
DSM-5 psikoz	r	0,293	0,269	-0,013	0,263
	p değeri	0,104	0,136	0,944	0,146
DSM-5 uyku	r	0,235	0,285	-0,138	0,197
	p değeri	0,196	0,114	0,450	0,281
DSM-5 hafıza	r	0,121	0,193	0,376	0,260
	p değeri	0,510	0,289	0,034*	0,150
DSM-5 tekrarlayan düşünce ve davranışlar	r	0,467	0,477	-0,102	0,411
	p değeri	0,007*	0,006*	0,577	0,019*
DSM-5 dissosiyasyon	r	0,252	0,237	-0,119	0,221
	p değeri	0,163	0,191	0,517	0,223
DSM-5 kişilik bozukluğu	r	0,456	0,549	0,216	0,533
	p değeri	0,009*	0,001*	0,234	0,002*
DSM-5 madde	r	0,095	0,160	0,160	0,159
	p değeri	0,605	0,383	0,382	0,384

*Korelasyon 0,05 düzeyinde anlamlı (two-tailed); R: Spearman korelasyon analizi katsayısı; DSM-5: DSM-5 Birinci Düzey Kesitsel Belirti Ölçeği (Yetişkin); TAÖ-20: Toronto Aleksitimi Ölçeği-20 maddelik.

Ölçeği'nin depresyon alt alanı ile TAÖ'nün duygu tanımada güçlük alt ölçeği ($r=0,523$; $p=0,002$), duygu söze dökmede güçlük alt ölçeği ($r=0,660$; $p=0,000$) ve TAÖ toplam puanları ($r=0,511$; $p=0,003$) arasında pozitif yönlü orta düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. DSM-5 Birinci Düzey Kesitsel Belirti Ölçeği'nin öfke alt alanı ile TAÖ'nün duygu tanımada güçlük alt ölçeği ($r=0,463$; $p=0,008$), duygu söze dökmede güçlük alt ölçeği ($r=0,406$; $p=0,021$) ve TAÖ toplam puanları ($r=0,418$; $p=0,017$) arasında da pozitif yönlü zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. DSM-5 Birinci Düzey Kesitsel Belirti Ölçeği'nin mani alt alanı ile TAÖ'nün duygu söze dökmede güçlük alt ölçeği ($r=-0,353$; $p=0,047$) ve TAÖ toplam puanları ($r=-0,406$; $p=0,021$) arasında negatif yönlü zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. DSM-5 Birinci Düzey Kesitsel Belirti Öl-

çeği'nin somatik belirtiler alt alanı ile TAÖ'nün duygu tanımada güçlük alt ölçeği ($r=0,366$; $p=0,039$) arasında pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki bulunurken, DSM-5 Birinci Düzey Kesitsel Belirti Ölçeği'nin hafıza alt alanı ile TAÖ'nün dışa vuruk düşünme alt ölçeği ($r=0,376$; $p=0,034$) arasında pozitif yönlü zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki elde edilmiştir. DSM-5 Birinci Düzey Kesitsel Belirti Ölçeği'nin kişilik bozukluğu alt alanı ile TAÖ'nün duygu söze dökmede güçlük alt ölçeği ($r=0,549$; $p=0,001$) ve TAÖ toplam puanları ($r=0,533$; $p=0,002$) arasında pozitif yönlü orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür (Tablo 5).

TARTIŞMA

Bu çalışmada, şizofreni tanılı hastalarda bekâr olanların, çalışmayanların ve gelir düzeyi 1.500 TL ve üzeri olanların oranları belirgin bir şekilde yüksek bu-

lunmuştur. Bunun yanı sıra ilde yaşayanlar ile ebeveyniyle birlikte kalanların oranı benzer şekilde yüksektir. Hastaların klinik bulguları değerlendirildiğinde ise daha önce bir psikiyatri servisine yatanların oranının yatmayanlara göre çok daha fazla olduğu görülmüştür. Çalışmamıza dâhil edilen şizofreni hastalarında aleksitimisi olanlar daha yüksek bulunurken, ayrıca depresyon, anksiyete, psikoz, tekrarlayan düşünce ve davranış ve kişilik bozukluğu belirtileri olan hastaların daha fazla olduğu belirlenmiştir. Yapılan karşılaştırmalar sonucunda ise depresyon, tekrarlayan düşünce ve davranışlar ve kişilik bozukluğu ile aleksitimi arasında anlamlı bir ilişki bulunduğu görülmüştür.

Çalışmamızın bulgularının, katılımcıların yaş ortalaması, erkek olma durumları, bekâr olma durumları, 9 yıl ve üzeri eğitime sahip olma durumları ve gelir düzeyleri bakımından, alanyazındaki diğer çalışmalarla benzerlik gösterdiği görülmüştür.¹⁴⁻¹⁶

Çalışmamızda, katılımcıların şizofreni hastalığının başlangıç yaşı $23,09 \pm 7,80$ olarak belirlenmiş ve ruhsal tanılar dışında kronik bir hastalığı bulunmayanların oranı daha yüksek bulunmuştur. Çalışma sonucunda elde edilen bu veriler alanyazındaki diğer çalışmaların bulgularını destekler niteliktedir.^{17,18} Çalışmamızda, katılımcıların daha önce bir psikiyatri servisine yatış öyküsü bulunanların, daha önce bir intihar girişimi bulunmayanların ve ailede herhangi bir psikiyatrik hastalık öyküsünün bulunmayanların oranlarının daha yüksek elde edilmesi gibi bulguların, alanyazındaki diğer çalışmaların bulgularıyla uyum gösterdiği görülmüştür.¹⁹⁻²²

Çalışmamızda katılımcıların %59,4'ünün aleksitiminin olduğu görülmüştür. O'Driscoll ve ark.nın yaptığı metaanaliz çalışmasında, aleksitiminin şizofreni hastalarında sağlıklı kontrollere göre daha fazla görüldüğü [göreceli olasılıklar oranı=-1,05, %95 güven aralığı=(-1,45)-(-0,65)] belirlenmiştir.²³ Buna göre çalışmamızdaki şizofreni hastalarında görülen yüksek aleksitimi oranlarının alanyazındaki çalışmalarla benzer olduğu söylenebilir. Şizofreni hastaları, hem uzun süren hastane yatışları hem de işlevselliklerindeki ve sosyal uyumlarındaki yıkımlar sebebiyle toplumdan izole hâle gelebilmekte ve bunun sonucunda diğer bireylerle olan iletişimleri kısıtlanabilmektedir. Yaşanılan bu iletişim kayıpları nedeniyle

sosyal geri çekilmenin ve duyguları anlama ve ifade etmede güçlüklerin yaşanabildiği görülmektedir. Bu da şizofreni hastalarında aleksitiminin, toplumdaki diğer bireylere göre daha fazla görülmesinin temel nedenini ortaya koyan makul bir açıklama olarak kabul edilebilir.

Çalışmamızın bulgularına göre DSM-5 Birinci Düzey Kesitsel Belirti Ölçeği'nin alt alanlarından depresyon, anksiyete, kişilik bozukluğu ve tekrarlayan düşünce ve davranışlardan orta ve üstündeki değerlerden birini alanların oranı daha yüksek bulunurken, aynı zamanda psikoz ve maddeden hafif ve üstündeki değerlerden birini alanların oranları da benzer şekilde yüksektir. Elde edilen bu bulguların alanyazında yer alan diğer çalışmaların bulgularıyla benzerlik gösterdiği belirlenirken, tekrarlayan düşünce ve davranış alt testinden orta ve daha yüksek puan alan katılımcıların oranlarının, alanyazındaki çalışmalardan daha yüksek olduğu görülmüştür.²⁴⁻²⁷ Hem alanyazında bu konuyu araştıran çalışmaların bazılarının hem de çalışmamızın, ayaktan veya yatan hastalarla yürütülmüş olması sebebiyle şizofreni tanılı hasta evrenini temsil etme özellikleri düşüktür. Bu nedenle elde edilen sonuçların değişkenlik gösterebileceği düşünülmektedir. Katılımcıların diğer alt testlerden aldıkları toplam puanların ortalamasına bakıldığında, bu alt testlerin değerlendirme gerektirmeyen belirtiler olduğu görülmüştür. Ayrıca çalışmamızda uygulanan DSM-5 Birinci Düzey Kesitsel Belirti Ölçeği ile katılımcılara tıbbi tanı konulmamış, sadece kesitsel belirtileri değerlendirilerek, bunların şiddeti ölçülmeye çalışılmıştır.

Çalışmamıza dâhil edilen katılımcılar, TAÖ kesme puanına göre aleksitimi olan ve olmayan şeklinde iki gruba ayrılmıştır ve bu iki grup arasında DSM-5 Birinci Düzey Kesitsel Belirti Ölçeği'nin alt alanlarının karşılaştırılması yapılmıştır. Buna göre her iki grup arasında depresyon, tekrarlayan düşünce ve davranışlar ve kişilik bozukluğu belirtileri bakımından anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir. Alanyazında yer alan daha önceki bulgular, aleksitimi olan şizofreni hastalarında depresyon ve kişilik bozukluğu belirtilerinin görüldüğünü destekler niteliktedir, ancak tekrarlayan düşünce ve davranış belirtileri ile ilgili yeterli bilgi bulunmamaktadır.²⁸ Şizofreni hastalarında aleksitiminin depresyon ve kişilik bozuk-

luğu belirtileri ile olan ilişkisini ortaya koyan muhtemel açıklamaların en başında, şizofreni hastalığının heterojen bir yapıya sahip olması ve aleksitiminin şizofreninin sanrılar ve halüsinasyonlar gibi pozitif belirtilerinden ziyade negatif belirtileriyle daha fazla ilişkili olabildiği gelmektedir. Bu da aleksitiminin şizofreni hastalığından bağımsız olarak, hastaların tutum ve davranışlarını etkileyen kişilik özellikleriyle ve duygu işleme yeteneklerini ve motivasyonunu azaltan depresif belirtilerle birlikte daha fazla baş gösterebildiğini ortaya koymaktadır.²⁸

Çalışmamızın bulguları, depresyon ve öfke belirtilerinin duygu tanımada güçlük, duygu söze dökmede güçlük ve TAÖ toplam puanları ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Daha önceki bulgular, şizofreni hastalarında depresyon ve öfke ile aleksitimi arasında bir ilişki olduğunu destekler niteliktedir.^{29,30} Aleksitiminin depresif belirtiler sonucunda ortaya çıkabilmesinin yanı sıra duygularını ifade etmekte zorlanan ve başkalarıyla empati kurmakta güçlük yaşayan bireylerin daha fazla öfke belirtileri gösterebildiğini söylemek mümkündür. Alanyazında yer alan çalışmalarda, manik belirtiler azaldıkça aleksitimi görölme riskinin artabileceğini destekleyen sonuçlar yer almaktadır.³¹ çalışmamızda mani belirtisi görölen katılımcıların sayısının az olması nedeniyle bu konuyla ilgili elde edilen bulgularla yorum yapmamızın mümkün olmadığını düşünmekteyiz. Yapılan çalışmalarda, hem somatik semptom şikâyetleri sonucunda ortaya çıkan yüksek kaygıdan hem de yüksek aleksitimi düzeyinin stresle baş etme becerilerinde bozulmalar yaratabilmesinden kaynaklı somatik belirtiler ile aleksitimi arasında doğrusal bir ilişki olduğu savunulmuştur.³² çalışmamızda da bu bilgiyle paralel olarak, özellikle de somatik semptom şikâyetleri ile duygu tanımada güçlük arasında ilişki olduğunu gösteren sonuçlar elde edilmiştir. Çalışmamızın bulguları arasında yer alan dışa vuruk düşünme ile hafıza arasındaki pozitif yönlü ilişkinin, alanyazında yer alan çalışmalarla benzerlik gösterdiği görölmüştür.³³ Aleksitiminin yanı sıra özellikle de dışa vuruk düşünme yeteneğindeki kötüleşmenin bilişsel süreçleri olumsuz etkilemesinden kaynaklı, hatırlama ve tanıma gibi belleksel kodlamalarda ve bunların geri çağırılmasında problemler yaşanabilmektedir. Çalışmamızda, TAÖ'nün alt ölçeklerinden duygu ta-

nımada güçlük, duygu söze dökmede güçlük ve TAÖ toplam puanları ile ilişkili olarak bulunan bir diğer belirtiler de tekrarlayan düşünce ve davranışlardır. Ancak Bankier ve ark.nın yaptıkları çalışmada, çalışmamızın bulgularından farklı olarak, obsesif ve kompulsif belirtileri sadece TAÖ'nün alt ölçeği olan dışa vuruk düşünme ile ilişkili bulmuşlardır.³⁴ Bu farklılığa yapılabilecek olası bir açıklama olarak, çalışmamızda tekrarlayan düşünce ve davranış belirtisi gösteren örneklem sayısının düşük olması ve aleksitiminin çok boyutlu araştırmasının yeterli yapılamamış olması şeklindeyir. Çalışmamızda da kişilik bozukluğu belirtileri ile duygu tanımada güçlük, duygu söze dökmede güçlük ve TAÖ toplam puanı arasında bir ilişkinin bulunduğu ortaya koyulmuştur. Aleksitimi ve kişilik bozukluklarında ortak olarak görölen dürtü kontrolündeki ve kişilerarası ilişkideki işlevsel bozulmalar, bu iki kavramın ilişkisini açıklayan unsurlar olarak belirtilmektedir.³⁵

Aleksitiminin bir öz bildirim ölçeği ile değerlendirildiği için akut dönemde olan ve yatan hastalarda ölçeğin tamamlanmasında zorluklar ortaya çıkabilmektedir. Dolayısıyla etkili bir değerlendirme elde edilemeyebilir. Çalışmamızda, sadece ayaktan hastaların değerlendirmeye alınmasından dolayı daha gerçekçi ve doğru sonuçlar elde ettiğimizi düşünmekteyiz. Ayrıca özellikle ölkemizde şizofreni hastalarını ve aleksitimi birlikte inceleyen yeterli çalışma bulunmamakla beraber çalışmamız klinik değerlendirmede güncel ve başarılı olduğu düşünölen DSM-5 Birinci Düzey Kesitsel Belirti Ölçeği ile TAÖ'nün birlikte kullanıldığı ilk çalışmadır. Tüm bu noktalar, çalışmamızın güçlü yönlerini oluşturmaktadır.

Çalışmamızın örnekleminin (n=32) küçük olması ve sadece ayaktan takip edilen hastaları kapsamaması kısıtlılıkları sebebiyle çalışmamız evreni temsil etme açısından yeterli değerildir. Çalışmamızın bir diğer kısıtlılığı, çalışmaya katılan hastaların klinik belirtiler ve bulgularını değerlendiren tek bir ölme aracıyla yürütölmüş olması sebebiyle aleksitiminin klinik belirtilerle ilişkisinden elde edilen verilerin, alanyazına göre farklı değerler gösterebileceği düşünölmektedir. Ayrıca hastaların klinik muayene bilgileri ve klinik muayeneleri sırasında uygulanan psikometrik ölçümleri çalışmaya dâhil edilmemiş ve

hastalığın atak döneminde olup olmadığı değerlendirilmemiştir. Hastaların çalışma sırasındaki var olan klinik bulgu ve şikâyetleri yalnızca DSM-5 Birinci Düzey Kesitsel Belirti Ölçeği kullanılarak belirlenmiştir. Bu da çalışmamızın bir diğer kısıtlılığını oluşturmaktadır. Ancak bu çalışma, bir ön analiz niteliğinde olduğu için bu kısıtlılığı ortadan kaldıracak değerlendirmelerin bir sonraki çalışmada yapılması planlanmaktadır. Ayrıca çalışmamızda, hastaların tedavilerine yönelik bir incelemede bulunulmamıştır. Bunun yanı sıra aleksitiminin sadece DSM-5 Birinci Düzey Kesitsel Belirti Ölçeği ile olan ilişkisine yer verilmiş, fakat sosyodemografik bilgileriyle ve klinik öyküleriyle olan ilişkisi değerlendirilmeye alınmamıştır. Gelecekte yapılacak olan şizofreni çalışmalarında, daha geniş örneklerle ve farklı ölçme araçlarıyla aleksitiminin şizofreni hastalarında görülen belirtilerle olan ilişkisi araştırılabilir ve tedavilerine yönelik değerlendirmelere yer verilerek, etkili müdahale yöntemlerinin geliştirilmesine katkıda bulunulabilir. Ek olarak yapılacak olan çalışmalarda, aleksitiminin sosyodemografik ve klinik bilgilerle ilişkisinin incelenmesiyle birlikte aleksitiminin daha iyi anlaşılmasına yardımcı olunabilir. Çalışmamız pandemi döneminde gerçekleştirilmiştir. Pandemi süreci evrensel olarak insanların sosyal ortamlardan izole olmasına, dolayısıyla da iletişimde olumsuz etkilerin yaşanmasına sebep olmuştur. Ancak çalışmamızın amaçları arasında yer almaması sebebiyle pandemi sürecinin etkileri çalışmaya dâhil edilmemiştir. Bu boyutun şizofreni hastalarının duygusal süreçlerine etkisi farklı bir çalışmayla araştırılabilir.

Şizofreni tanılı hastaların her birinde ilk atak ve sonrasında farklı klinik seyirler izlense de çalışmamızda bu seyir içerisinde görülen klinik belirti ve bulguların, duygu ve düşünce süreçleriyle olan ilişkileri incelenmiş ve ortak bir noktada buluşturulmaya çalışılmıştır. Bunun sonucunda, şizofreni hastalarında aleksitimi görülme yüzdesi yüksek bulunmuştur ve aleksitimi olan ve olmayan hastalar karşılaştırıldığında, aleksitimi ile depresyon, tekrarlayan düşünce ve davranışlar ve kişilik bozukluğu belirtileri arasında ilişki olduğu bulunmuştur. Ayrıca aleksitiminin alt boyutları ile diğer bazı belirtilerin ilişkili olduğu ortaya koyulmuştur.

Duygusal süreçlerin yarattığı önemli ve yıkıcı etkileri sebebiyle şizofreni tanısı almış olan bireylerde aleksitiminin görülmesinin ve doğurduğu sonuçlarının araştırılması, güncel araştırmalar içerisinde artış göstermektedir. Bu nedenle, çalışmamızın sonuçlarının hem araştırmacılara hem de klinisyenlere aleksitiminin önemini farkındalığının oluşturulması noktasında ışık tutabileceğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızın sonuçlarıyla birlikte şizofreni hastalarında aleksitiminin klinik seyirde önemli bir yere sahip olduğu söylenebilir ve böylelikle aleksitimiye gösterilen önemin gelişmesine katkıda bulunabilir. Bu nedenle klinisyenlerin şizofreni hastalarının tedavi ve takip süreçlerinde aleksitimi varlığını sorgulamaları kıymetli olacaktır. Aleksitiminin erken dönemde teşhis edilmesiyle birlikte, neden olduğu olumsuz ve yıkıcı etkilerin önlenmesi adına müdahale yöntemleri geliştirilebilir. Tüm bunların yanı sıra hastalarda ve ailelerinde aleksitimiyle ilgili farkındalıklar yaratarak, duygusal süreçlerin aktarımının önemiyle ilgili eğitimler verilebilir.

SONUÇ

Şizofreni üzerinde uzun yıllar çalışılmış ve bu çalışmalar sonucunda hem sosyodemografik faktörleri hem de klinik seyri açısından çeşitli bulguları elde edilmiştir. Ancak hastalığın tedavisinde, klinik seyrin belirlenmesinin tek başına yeterli olmadığı, buna etki eden faktörlerin belirlenmesinin de önemli olduğu bilinmektedir. Bu faktörlerden biri olarak görülen duygu işleme süreçlerinin, hastalıkla ilişkisinin ortaya koyulması gerekliliği doğmuş ve bu konuda araştırmalar yapılmıştır. Verilerimiz, aleksitimik olan şizofreni tanılı bireylerde, depresyon, tekrarlayan düşünce ve davranışlar ve kişilik bozukluğu belirtilerinin daha fazla görüldüğünü ortaya koymuştur. Ayrıca şizofreni tanılı hastalarda, aleksitimi toplam puanlarının ve alt boyutlarının depresyon, öfke, somatik belirtiler, tekrarlayan düşünce ve davranışlar, kişilik bozukluğu ve mani belirtileriyle de ilişkili bulunması sebebiyle bu çalışmayla birlikte aleksitimik özellikler değerlendirilirken çok boyutlu olarak ele alınmasının önemli olduğu belirlenmiştir.

Sonuç olarak çalışmamız, bir ön araştırma niteliğinde olduğu göz önünde bulundurularak, şizofreni

tanılı bireylerde aleksitiminin bazı ruhsal belirtilerle ilişkili olabileceğini göstermektedir. Bu nedenle, şizofreni tanılı hastaların, psikiyatrik değerlendirme süreçlerinde aleksitimi açısından da değerlendirilmesinin, sürecin sağlıklı işlemesine katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

Finansal Kaynak

Bu çalışma sırasında, yapılan araştırma konusu ile ilgili doğrudan bağlantısı bulunan herhangi bir ilaç firmasından, tıbbi alet, gereç ve malzeme sağlayan ve/veya üreten bir firma veya herhangi bir ticari firmadan, çalışmanın değerlendirme sürecinde, çalışma ile ilgili verilecek kararı olumsuz etkileyebilecek maddi ve/veya manevi herhangi bir destek alınmamıştır.

Çıkar Çatışması

Bu çalışma ile ilgili olarak yazarların ve/veya aile bireylerinin çıkar çatışması potansiyeli olabilecek bilimsel ve tıbbi komite üyeliği veya üyeleri ile ilişkisi, danışmanlık, bilirkişilik, herhangi bir firmada çalışma durumu, hissedarlık ve benzer durumları yoktur.

Yazar Katkıları

Fikir/Kavram: Vesile Şentürk Cankorur; **Dilek Baysal;** **Tasarım:** Vesile Şentürk Cankorur; **Denetleme/Danışmanlık:** Vesile Şentürk Cankorur, Dilek Baysal; **Veri Toplama ve/veya İşleme:** Dilek Baysal; **Analiz ve/veya Yorum:** Dilek Baysal, Vesile Şentürk Cankorur; **Kaynak Taraması:** Dilek Baysal; **Makalenin Yazımı:** Dilek Baysal; **Eleştirel İnceleme:** Vesile Şentürk Cankorur; **Kaynaklar ve Fon Sağlama:** Dilek Baysal; **Malzemeler:** Dilek Baysal.

KAYNAKLAR

- Summakoğlu D, Ertuğrul B. Şizofreni ve tedavisi [Schizophrenia and its treatment]. *Lectio Scientific*. 2018;2(1):43-61. [Link]
- Özdemir İ, Şafak Y, Örsel S, Karaoğlu Kahiloğulları A, Karadağ H. Bir toplum ruh sağlığı merkezinde şizofreni hastalarına uygulanan ruhsal-toplumsal uyumlandırma etkinliğinin araştırılması: Kontrollü çalışma [Investigation of the efficacy of a psychiatric-social rehabilitation performed in patients with schizophrenia in a community mental health center: Controlled study]. *Anadolu Psikiyatri Derg*. 2017;18(5):419-27. [Link]
- Bora E, Binnur Akdede B, Alptekin K. Neurocognitive impairment in deficit and non-deficit schizophrenia: a meta-analysis. *Psychol Med*. 2017;47(14):2401-13. [Crossref] [PubMed]
- McGillivray L, Becerra R, Harms C. Prevalence and demographic correlates of alexithymia: a comparison between Australian psychiatric and community samples. *J Clin Psychol*. 2017;73(1):76-87. [Crossref] [PubMed]
- Batıgün AD, Büyükaşahin A. Aleksitimi: Psikolojik belirtiler ve bağlanma stilleri [Alexithymia: Psychological symptoms and attachment styles]. *Klin Psikiyatri Derg*. 2008;11(3):105-14. [Link]
- Todarello O, Porcelli P, Grilletti F, Bellomo A. Is alexithymia related to negative symptoms of schizophrenia? A preliminary longitudinal study. *Psychopathology*. 2005;38(6):310-4. [Crossref] [PubMed]
- Usta H, Sevinç E, Güleç H. Şizofreni tanılı hastalarda aleksitiminin frontal işlevlerle ilişkisi: Bir ön çalışma [The relationship between alexithymia and frontal lobe functions in patients with schizophrenia: a preliminary report]. *Cukurova Med J*. 2015;40(1):80-5. [Link]
- van 't Wout M, Aleman A, Bermond B, Kahn RS. No words for feelings: alexithymia in schizophrenia patients and first-degree relatives. *Compr Psychiatry*. 2007;48(1):27-33. [Crossref] [PubMed]
- Tang XW, Yu M, Duan WW, Zhang XR, Sha WW, Wang X, et al. Facial emotion recognition and alexithymia in Chinese male patients with deficit schizophrenia. *Psychiatry Res*. 2016;246:353-9. [Crossref] [PubMed]
- Bagby RM, Taylor GJ, Parker JD. The Twenty-item Toronto Alexithymia Scale-II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *J Psychosom Res*. 1994;38(1):33-40. [Crossref] [PubMed]
- Güleç H, Köse S, Güleç MY, Çitak S, Evren C, Borckardt J, et al. Yirmi soruluk Toronto aleksitimi ölçeğinin Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenilirliğinin incelenmesi [Reliability and factorial validity of the Turkish version of the 20-item Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)]. *Klinik Psikofarmakol Bulteni*. 2009;19(3):214-20. [Link]
- Güleç H, Yenel A. 20 Maddelik Toronto Aleksitimi Ölçeği Türkçe uyarlamasının kesme noktalarına göre psikometrik özellikleri [Psychometric properties of the Turkish Version 20 Item Toronto Alexithymia Scale: According to cut-off score]. *J Clin Psy*. 2010;13(3):108-12. [Link]
- Çökmüş FP, Balıkcı K, Aydemir Ö, DSM-5 Ölçek Çalışma Grubu. DSM-5 Birinci Düzey Kesitsel Belirti Ölçeği Türkçe erişkin formunun geçerliliği ve güvenilirliği [Reliability and validity of Turkish Form of DSM-5 Self-Rated Level 1 Cross-Cutting Symptom Scale-adult version]. *Anadolu Psikiyatri Derg*. 2017;18(2):5-12. [Crossref]
- Escobedo-Aedo PJ, Forjan-González A, Sánchez-Escribano Martínez A, Ruiz-Ruano VG, Sánchez-Alonso S, Mata-Iturralde L, et al. Investigating the role of insight, decision-making and mentalizing in functional outcome in schizophrenia: a cross-sectional study. *Behav Sci (Basel)*. 2022;12(2):28. [Crossref] [PubMed] [PMC]
- Stilo SA, Gayer-Anderson C, Beards S, Hubbard K, Onyejaka A, Keraite A, et al. Further evidence of a cumulative effect of social disadvantage on risk of psychosis. *Psychol Med*. 2017;47(5):913-24. [Crossref] [PubMed] [PMC]
- Budisteanu M, Andrei E, Linca F, Hulea DS, Velicu AC, Mihailescu I, et al. Predictive factors in early onset schizophrenia. *Exp Ther Med*. 2020;20(6):210. [Crossref] [PubMed] [PMC]
- Aydın M, Altınbaş K, Nal ŞO, Ercan SK, Ayhan MG, Usta A, et al. Toplum ruh sağlığı merkezlerine devam eden şizofreni hastalarının bakım evinde veya evlerinde yaşama durumlarına göre karşılaştırılması [The comparison of patients with schizophrenia in community mental health centers according to living conditions in nursing home or home]. *Anadolu Psikiyatri Derg*. 2020;21(1):14-22. [Link]
- Gogtay N, Vyas NS, Testa R, Wood SJ, Pantelis C. Age of onset of schizophrenia: perspectives from structural neuroimaging studies. *Schizophr Bull*. 2011;37(3):504-13. [Crossref] [PubMed] [PMC]
- Yıldız M, Yazıcı A, Böke Ö. Şizofrenide nüfus ve klinik özellikler: çok merkezli kesitsel bir olgu kayıt çalışması [Demographic and clinical characteristics in schizophrenia: A multi center cross-sectional case record study]. *Türk Psikiyatri Derg*. 2010;21(3):213-24. [Link]
- Sher L, Kahn RS. Suicide in schizophrenia: an educational overview. *Medicina (Kaunas)*. 2019;55(7):361. [Crossref] [PubMed] [PMC]

21. Scherr M, Hamann M, Schwerthöffer D, Froböse T, Vukovich R, Pitschel-Walz G, et al. Environmental risk factors and their impact on the age of onset of schizophrenia: Comparing familial to non-familial schizophrenia. *Nord J Psychiatry*. 2012;66(2):107-14. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)] [[PMC](#)]
22. Varese F, Smeets F, Drukker M, Lieveer R, Lataster T, Viechtbauer W, et al. Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta-analysis of patient-control, prospective- and cross-sectional cohort studies. *Schizophr Bull*. 2012;38(4):661-71. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)] [[PMC](#)]
23. 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(6):482-95. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
24. Uptegrove R, Marwaha S, Birchwood M. Depression and schizophrenia: cause, consequence, or trans-diagnostic issue? *Schizophr Bull*. 2017;43(2):240-4. [[PubMed](#)] [[PMC](#)]
25. Belene E, Belene A, Algin F, Samancı A, Erkmen H. Şizofrenide anksiyete bozuklukları eştanısı: Sosyodemografik ve klinik özellikler ile ilişkisi [Comorbidity of anxiety disorders in schizophrenia: Relationship with sociodemographic and clinical variables]. *Dusunen Adam*. 2010;23(1):18-24. [[Crossref](#)]
26. Rodríguez Solano JJ, González De Chávez M. Premorbid personality disorders in schizophrenia. *Schizophr Res*. 2000;44(2):137-44. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
27. Swets M, Dekker J, van Emmerik-van Oortmerssen K, Smid GE, Smit F, de Haan L, et al. The obsessive compulsive spectrum in schizophrenia, a meta-analysis and meta-regression exploring prevalence rates. *Schizophr Res*. 2014;152(2-3):458-68. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
28. Yi Y, Huang Y, Jiang R, Chen Q, Yang M, Li H, et al. The percentage and clinical correlates of alexithymia in stable patients with schizophrenia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2023;273(3):679-86. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)] [[PMC](#)]
29. Li S, Zhang B, Guo Y, Zhang J. The association between alexithymia as assessed by the 20-item Toronto Alexithymia Scale and depression: A meta-analysis. *Psychiatry Res*. 2015;227(1):1-9. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
30. Demet MM, Deveci A, Özmen E, Şen FS, İçelli İ. Major depresif bozukluk tanısı alan hastalarda aleksitiminin belirti örüntüsü üzerine etkisi [The effect of alexithymia on symptomatology in patients with major depressive disorder]. *Noro Psikiyatırs*. 2002;39(2-3-4):67-74. [[Link](#)]
31. Karayağız Ş, Baştürk M. Bipolar ve unipolar depresyonda aleksitimi düzeyleri ve depresif belirti şiddeti ile yaşam kalitesi üzerine etkisi [Alexithymia levels in patients with unipolar and bipolar depression and the effect of alexithymia on both severity of depression symptoms and quality of life]. *Anadolu Psikiyatri Derg*. 2016;17(5):362-8. [[Crossref](#)]
32. Terasawa Y, Oba K, Motomura Y, Katsunuma R, Murakami H, Moriguchi Y. Paradoxical somatic information processing for interoception and anxiety in alexithymia. *Eur J Neurosci*. 2021;54(11):8052-68. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)] [[PMC](#)]
33. Correro AN 2nd, Paitel ER, Byers SJ, Nielson KA. The role of alexithymia in memory and executive functioning across the lifespan. *Cogn Emot*. 2021;35(3):524-39. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)] [[PMC](#)]
34. 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(3):235-40. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
35. Ritzl A, Csukly G, Balázs K, Égerházi A. Facial emotion recognition deficits and alexithymia in borderline, narcissistic, and histrionic personality disorders. *Psychiatry Res*. 2018;270:154-9. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]