T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

YAYGIN ANKSİYETE BOZUKLUĞU TANILI HASTALARDA YAŞA GÖRE ALEKSİTİMİ DÜZEYLERİ VE SOSYODEMOGRAFİK VERİLER VE KLİNİK ÖZELLİKLERLE İLİŞKİSİ

Dr. Berk Erim BİLGİLİ

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA-2025

T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

YAYGIN ANKSİYETE BOZUKLUĞU TANILI HASTALARDA YAŞA GÖRE ALEKSİTİMİ DÜZEYLERİ VE SOSYODEMOGRAFİK VERİLER VE KLİNİK ÖZELLİKLERLE İLİŞKİSİ

Dr. Berk Erim BİLGİLİ

Tez Danışmanı:
Prof. Dr. Kamil Nahit ÖZMENLER

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA-2025

TEŞEKKÜR

Mesleki eğitimim boyunca bilgi birikimi, vizyonu ve desteğiyle bana rehberlik eden, tez danışmanım ve klinik şefim Prof. Dr. Kamil Nahit ÖZMENLER'e en derin teşekkürlerimi ve saygılarımı sunarım. Psikiyatri ihtisasına başladığım ilk günden itibaren bilgi, deneyim ve desteğini her zaman yanımda hissettiğim saygıdeğer hocalarım Prof. Dr. Özcan UZUN, Prof. Dr. Sinan YETKİN, Prof. Dr. Semra ULUSOY KAYMAK, Doç. Dr. Bülent Devrim AKÇAY, Doç. Dr. Seçil ÖZEN ve Doç. Dr. Taner ÖZNUR'a; birlikte çalışma fırsatı bulduğum değerli uzman ağabey ve ablalarıma, beraber çalışmaktan mutluluk duyduğum tüm asistan arkadaşlarıma ve kliniğimiz için emek veren tüm personelimize teşekkür ederim.

Hayatım boyunca sevgisi ve desteğiyle bana güç veren kıymetli anneme ve babama; her zaman yanımda olan, sevgisi, güveni ve desteğiyle hayatıma anlam kazandıran değerli eşim Dr. Derya Gizem BİLGİLİ'ye sonsuz teşekkürler.

Dr. Berk Erim BİLGİLİ

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR i
İÇİNDEKİLER ii
SİMGELER VE KISALTMALAR v
TABLOLAR LİSTESİ vii
GRAFİKLER LİSTESİ ix
ÖZET x
ABSTRACT xii
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 3
2.1. ANKSİYETE VE YAYGIN ANKSİYETE BOZUKLUĞU 3
2.1.1. Anksiyete Kavramı 3
2.1.2. Yaygın Anksiyete Bozukluğu 4
2.1.2.1. Epidemiyoloji 5
2.1.2.2. Etiyoloji 7
2.1.2.3. Klinik özellikler 18
2.1.2.4. Tedavi 22
2.2. ALEKSİTİMİ 26
2.2.1. Aleksitimi Kavramı ve Tarihsel Gelişimi 26
2.2.2. Aleksitimi Türleri 27
2.2.2.1. Birincil aleksitimi 27
2.2.2.2. İkincil aleksitimi 28
2.2.3. Epidemiyoloji 29
2.2.4. Etiyoloji ve Risk faktörleri 30
2.2.4.1. Nörobiyolojik faktörler 30
2.2.4.2. Psikososyal faktörler 33
2.2.5. Aleksitimi Belirtileri 37
2.2.6. Aleksitimi Tanı ve Değerlendirme Araçları 38
2.2.6.1. Nöropsikolojik testler& Psikometrik ölçekler 38
2.2.6.2. Aleksitimide Klinik Görüşme ve Ruhsal Durum Muayenesi 40

2.2.7. Aleksitimi ve Psikiyatrik Bozukluklar 41
2.2.7.1. Aleksitimi ve anksiyete bozuklukları 41
2.2.7.2. Aleksitimi ve depresif bozukluklar 43
2.2.7.3. Aleksitimi ve somatoform bozukluklar& psikosomatik hastalıklar 46
2.2.7.4. Aleksitimi ve diğer psikiyatrik bozukluklar 50
2.2.8. Aleksitimi ve Tedavi Yaklaşımları 58
2.2.8.1. Psikoterapötik yaklaşımlar 58
2.2.8.2. Farmakoterapi 60
3. GEREÇ VE YÖNTEM 62
3.1. ÖRNEKLEM SEÇİMİ 62
3.2. ETİK KURUL ONAYI 62
3.3. ARAŞTIRMA PROSEDÜRÜ 63
3.4. KULLANILAN ÖLÇÜM ARAÇLARI 63
3.4.1. Sosyodemografik Veri Formu 63
3.4.2. DSM-5 için Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin Klinisyen Versiyonu (SCID-5/CV) 64
3.4.3. Hamilton Anksiyete Ölçeği 64
3.4.4. Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20) 64
3.4.5. Hasta Sağlık Anketi – Somatik, Anksiyete ve Depresif Semptomlar (PHQ-SADS) 65
3.4.6. Semptom Yorumlama Anketi 65
3.5. İSTATİSTİKSEL ANALİZ 66
4. BULGULAR 67
4.1. KATILIMCILARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ 67
4.2. KATILIMCILARIN PSİKOMETRİK ÖLÇEK PUANLARININ TANIMLAYICI İSTATİSTİKLERİ 70
4.3. KATILIMCILARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE GÖRE TORONTO ALEKSİTİMİ ÖLÇEĞİ (TAÖ-20) PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI 71

4.4. KATILIMCILARIN KLİNİK DEĞERLENDİRME ÖLÇEKLERİNE GÖRE TORONTO ALEKSİTİMİ ÖLÇEĞİ (TAÖ-20) PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI 84
4.5. REGRESYON ANALİZİ SONUÇLARI 90
5. TARTIŞMA 96
5.1. ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI 102
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER 103
6.1. SONUÇLAR 103
6.2. ÖNERİLER 104
6.3. ÇIKAR ÇATIŞMASI 104
7. KAYNAKLAR 106
8. ÖZGEÇMİŞ 117
9. EKLER 118
Ek-1: 23.10.2024 TARİHLİ EPK KARARLARI 118
Ek-2: ETİK KURUL ONAYI 120
Ek-3: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU 122
Ek-4: SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU 125
Ek-5: TORONTO ALEKSİTİMİ ÖLÇEĞİ (TAÖ-20) 127
Ek-6: HASTA SAĞLIĞI ANKETİ (PHQ-SADS) 128
Ek-7: SEMPTOM YORUMLAMA ANKETİ 131
Ek-8: HAMİLTON ANKSİYETE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ 134

SİMGELER VE KISALTMALAR

DSM	:	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
YAB	:	Yaygın Anksiyete Bozukluğu
ICD	:	International Classification of Diseases
ABD	:	Amerika Birleşik Devletleri
DLPFC	:	Dorsolateral Prefrontal Cortex (Dortolateral Prefrontal Korteks)
BNST	:	Bed Nucleus of the Stria Terminalis
Fmrı	:	Functional Magnetic Resonance Imaging (Fonksiyonel Manyetik Rezonans Görüntüleme)
HPA	:	Hypothalamic-Pituitary-Adrenal axis (Hipotalamo-hipofiz-adrenal ekseni)
GABA	:	Gamma-Aminobutyric Acid
5-HT	:	5-Hidroksitriptamin (Serotonin)
SNRI	:	Serotonin-Noradrenalin Reuptake Inhibitor (Serotonin-Noradrenalin Geri Alım İnhibitörü)
SSRI	:	Selective Serotonin Reuptake Inhibitor (Selektif Serotonin Geri Alım İnhibitörü)
CRH	:	Corticotropin-Releasing Hormone (Kortikotropin Salgılatıcı Hormon)
CCK	:	Cholecystokinin (Kolesistokinin)
5-HTTLPR	:	5-Hydroxytryptamine Transporter Linked Polymorphic Region
COMT	:	Catechol-O-methyltransferase (Katekol-O-Metiltransferaz)
GAD	:	Glutamic Acid Decarboxylase
GWAS	:	Genome-Wide Association Study
BDT	:	Bilişsel Davranışçı Terapi
NCS-R	:	National Comorbidity Survey Replication
GAD-7	:	Generalized Anxiety Disorder-7
OKB	:	Obsesif-Kompulsif Bozukluk
TSSB	:	Travma Sonrası Stres Bozukluğu
ACT	:	Acceptance and Commitment Therapy (Kabul ve Kararlılık Terapisi)
TAÖ-20	:	Toronto Aleksitimi Ölçeği (20 madde)

ACC : Anterior Cingulate Cortex (Ön Singulat Korteks)

SLC6A4 : Solute Carrier Family 6 Member 4

HTR1A : 5-Hydroxytryptamine Receptor 1A (5-HT1A, serotonin reseptörü)

DRD2 : Dopamin Reseptör D2 geni

BDNF : Brain-Derived Neurotrophic Factor

OXTR : Oksitosin Reseptör geni

VDBP : Vitamin D Bağlayıcı Protein

TP53AIP1 : Tumor Protein p53 Regulated Apoptosis Inducing Protein 1

ARHGAP32 : Rho GTPase Activating Protein 32

TMEM88 : Transmembrane Protein 88

BVAQ : Bermond-Vorst Aleksitimi Ölçeği

LEAS : Levels of Emotional Awareness Scale

AQC : Alexithymia Questionnaire for Children

OAS : Observer Alexithymia Scale

SIFA : Structured Interview for Alexithymia

KDEF : Karolinska Directed Emotional Faces

WCST : Wisconsin Card Sorting Test

SCL-90 : Symptom Checklist-90

DBT : Diyalektik Davranış Terapisi

SCID-5-CV : Structured Clinical Interview for DSM-5, Clinician Version

EPK : Eğitim Planlama Kurulu

PHQ-SADS : Hasta Sağlığı Anketi-Somatik, Anksiyete ve Depresyon Belirtileri Ölçeği

SYA : Semptom Yorumlama Anketi

PAM : Psikoaktif Madde

MKB : Madde Kullanım Bozukluğu

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1: DSM-5'e göre Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB) Tanı Kriterleri:..... 4
Tablo 2: ICD-11'e göre Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB) Tanı Kriterleri 5
Tablo 3: Katılımcıların sosyodemografik özellikleri 67
Tablo 4: Hastaların sigara, alkol alışkanlıkları ve hastalık özellikleri 69
Tablo 5: Katılımcıların psikometrik ölçek puanlarının tanımlayıcı istatistikleri..... 70
Tablo 6: Hastaların sosyodemografik özellikleri ile TAÖ-Duygularını tanımada güçlük puanlarının karşılaştırılması 71
Tablo 7: Hastaların sigara, alkol kullanımları ve hastalık özellikleri ile TAÖ-Duygularını tanımada güçlük puanlarının karşılaştırılması..... 73
Tablo 8: Hastaların sosyodemografik özellikleri ile TAÖ-Duyguları Söze Dökmede Güçlük puanlarının karşılaştırılması 74
Tablo 9: Hastaların sigara, alkol kullanımları ve hastalık özellikleri ile TAÖ-Duyguları Söze Dökmede Güçlük puanlarının karşılaştırılması 76
Tablo 10: Hastaların sosyodemografik özellikleri ile TAÖ-Dışa-Dönük Düşünme puanlarının karşılaştırılması 77
Tablo 11: Hastaların sigara, alkol kullanımları ve hastalık özellikleri ile TAÖ-Dışa-Dönük Düşünme puanlarının karşılaştırılması..... 79
Tablo 12: Hastaların sosyodemografik özellikleri ile TAÖ-Toplam puanlarının karşılaştırılması..... 81
Tablo 13: Hastaların sigara, alkol kullanımları ve hastalık özellikleri ile TAÖ-Toplam puanlarının karşılaştırılması 83
Tablo 14: Hastaların PHQ, SYA, HAÖ puanları ile TAÖ puanları arasındaki ilişkiler 84
Tablo 15: PHQ ölçeğine göre panik bozukluk belirtileri olan ve olmayan hastaların TAÖ puanlarının karşılaştırılması..... 89
Tablo 16: TAÖ-Duygularını tanımada güçlük puanları için açıklayıcı değişkenlerle Multivariate Lineer Regresyon analizi sonuçları..... 90

Tablo 17: TAÖ-Duyguları Söze Dökmede Güçlük puanları için açıklayıcı değişkenlerle Multivariate Lineer Regresyon analizi sonuçları..... 91
Tablo 18: TAÖ-Dışa-Dönük Düşünme puanları için açıklayıcı bağımsız değişkenlerle Multivariate Lineer Regresyon analizi sonuçları..... 92
Tablo 19: TAÖ-Toplam puanları için açıklayıcı değişkenlerle Multivariate Lineer Regresyon analizi sonuçları..... 93

GRAFİKLER LİSTESİ

Grafik 1: Hastaların HAÖ Toplam puanları ile TAÖ Toplam puanları arasındaki dağılım grafiği 94
Grafik 2: Hastaların PHQ-Depresyon puanları ile TAÖ Toplam puanları arasındaki dağılım grafiği 95
Grafik 3: Hastaların PHQ-Somatizasyon puanları ile TAÖ Toplam puanları arasındaki dağılım grafiği 95

ÖZET

Berk Erim Bilgili, Yaygın Anksiyete Bozukluğu Tanılı Hastalarda Yaşa Göre Aleksitimi Düzeyleri ve Sosyodemografik Veriler ve Klinik Özelliklerle İlişkisi, Ankara, 2025

Amaç: Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB) tanılı hastalarda duygularını tanıyabilme ve ifade etmede güçlük anlamına gelen aleksitimi düzeylerinin yaş ile ilişkisi ve hastaların sosyodemografik özellikleri ile sahip oldukları klinik özelliklerin aleksitimi ile ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç Yöntem: Çalışmaya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğe başvuruda bulunup çalışmaya dahil edilme kriterlerini taşıyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden DSM-5 Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-5-CV) uygulanarak DSM-5' e göre Yaygın Anksiyete Bozukluğu tanısı almış 130 hasta dahil edilmiştir. Çalışmaya dahil edilen katılımcıların muayenesi sırasında yarı yapılandırılmış sosyodemografik veri formu doldurulmuştur. Sosyodemografik veri formunda hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, kentsel/kırsal yaşam ve gelir düzeyi gibi bilgiler yer almaktadır. Ardından katılımcıların anksiyete düzeyinin değerlendirilmesi için Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmış olan ve klinisyen tarafından değerlendirmesi yapılan "Hamilton Anksiyete Ölçeği", aleksitimi düzeyini değerlendirmek maksatlı "Toronto Aleksitimi Ölçeği", Somatik, Anksiyete ve Depresif belirtilerinin değerlendirmesi için "Hasta Sağlığı Anketi-Somatik, Anksiyete, Depresif Belirtiler Ölçeği" ve semptomların hasta tarafından nasıl yorumlandığını değerlendirmek amacıyla "Semptom Yorumlama Anketi" uygulanmıştır.

Bulgular: 130 YAB tanılı hasta üzerinde gerçekleştirilen bu çalışmanın bulguları, aleksitimi düzeylerinin demografik ve klinik değişkenlere göre anlamlı farklılıklar gösterdiğini ortaya koymuştur. İleri yaş gruplarında duyguları tanıma ve ifade etme güçlüğü artışı ile aleksitimi düzeyleri diğer yaş gruplarına göre yüksek

bulunmuş, erkek hastaların aleksitimi puanları da kadınlara kıyasla belirgin şekilde daha yüksek bulunmuştur. Eğitim düzeyi ile aleksitimi arasında negatif ilişki saptanmıştır. Buna karşılık, katılımcıların ekonomik durumu ve mesleki işlevselliği ile aleksitimi düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. Klinik değişkenler incelendiğinde, somatik belirti şiddeti arttıkça aleksitimi puanlarının yükseldiği, benzer şekilde depresif ve anksiyöz belirti düzeyleri arttıkça aleksitiminin de anlamlı ölçüde arttığı görülmüştür.

Sonuç: YAB tanılı bireylerde aleksitimi, hastalığın klinik seyriyle yakından ilişkili önemli bir bileşen olarak görülmektedir. Çalışmada elde edilen bulgular, ileri yaş, erkek cinsiyet ve düşük eğitim düzeyi gibi etkenlerin daha yüksek aleksitimi düzeyleriyle ilişkili olduğunu göstermiştir. Ekonomik durum ve mesleki işlevsellik değişkenleri ile aleksitimi arasında ise anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Ayrıca, aleksitimik eğilimlerin varlığı, hastaların bedensel belirtilerinin yanı sıra depresif ve anksiyöz semptomlarının şiddetini artırabilmektedir. Bu durum, YAB tedavisinde duygusal farkındalık ve ifade becerilerine odaklanan müdahalelerin önemini ortaya koymaktadır. Sonuç olarak, aleksitimi, YAB'nın gidişatını ve tedaviye yanıtını etkileyebilecek kritik bir faktör olup klinik değerlendirme ve müdahalelerde mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Aleksitimi, Yaygın Anksiyete Bozukluğu, Somatizasyon, Geriatrik psikiyatri, Depresyon

ABSTRACT

Berk Erim Bilgili, Alexithymia levels according to age in patients diagnosed with Generalized Anxiety Disorder and its relationship with sociodemographic data and clinical features, Ankara, 2025

Objective: The aim of the study is to investigate the relationship between the level of alexithymia, which means difficulty in recognizing and expressing emotions, and age in patients diagnosed with Generalized Anxiety Disorder (GAD), and the relationship between the sociodemographic characteristics of the patients and their clinical features and alexithymia.

Materials and Methods: The study included 130 patients with Generalized Anxiety Disorder according to DSM-5, who applied to the Health Sciences University Gülhane Training and Research Hospital, Mental Health and Diseases outpatient clinic and met the inclusion criteria and did not accept to participate by applying the Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders (SCID-5-CV). During the examination of the participants included in the study, a semi-structured sociodemographic data form was filled out. The sociodemographic data form includes information such as the patients' age, gender, marital status, education level, occupation, urban/rural life, and income level. Then, the "Hamilton Anxiety Scale", which has been studied for validity and reliability in Turkish and evaluated by the clinician, was applied to evaluate the anxiety level of the participants, the "Toronto Alexithymia Scale" to evaluate the level of alexithymia, the "Patient Health Questionnaire - Somatic, Anxiety, Depressive Symptoms Scale" to evaluate the somatic, anxiety and depressive symptoms, and the "Symptom Interpretation Questionnaire" to evaluate how the symptoms were interpreted by the patient.

Results: The findings of this study, conducted on 130 patients diagnosed with GAD, revealed that alexithymia levels varied significantly according to demographic and clinical variables. Alexithymia levels were found to be higher in older age groups compared to other age groups, with difficulty recognizing and expressing emotions

increasing. Male patients also had significantly higher alexithymia scores than females. A negative correlation was found between education level and alexithymia. However, no statistically significant difference was found between participants' economic status or occupational functioning and alexithymia levels. When clinical variables were examined, alexithymia scores increased as somatic symptom severity increased, and similarly, alexithymia significantly increased as depressive and anxious symptom levels increased.

Conclusions: Alexithymia in individuals diagnosed with GAD is considered a significant component closely related to the clinical course of the disorder. The study findings indicated that factors such as older age, male gender, and lower education levels were associated with higher levels of alexithymia. No significant relationship was found between variables such as economic status and occupational functioning and alexithymia. Furthermore, the presence of alexithymic tendencies can increase the severity of patients' depressive and anxious symptoms, as well as their physical symptoms. This highlights the importance of interventions focusing on emotional awareness and expressive skills in the treatment of GAD. Consequently, alexithymia is a critical factor that can influence the course of GAD and its response to treatment and should be considered in clinical assessments and interventions.

Keywords: Alexythymia, Generalized Anxiety Disorder, Somatization, Geriatric Psychiatry, Depression

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Aleksitimi, ilk olarak 1972 yılında P. Sifneos tarafından kullanılan bir kavram olup "duygular için söz yokluğu" anlamına gelmektedir. Kullanıldığı ilk dönemlerde sıklıkla psikosomatik hastalar ile ilişkilendirilmiş olsa da günümüzde Depresif Bozukluklar başta olmak üzere Anksiyete Bozuklukları, Somatoform Bozukluklar ve daha birçok psikiyatrik tanının yanı sıra sağlıklı popülasyonda kişiliğin bir niteliği olarak acı veren duygular ile başa çıkma mekanizmalarının arasında değerlendirilmektedir (1,2). Duygularını tanıyabilme ve ifade etmede güçlük, iç yaşantılarından ziyade dış dünyaya ilişkin düşünme ve düşlemlerin yetersizliği şeklinde farklı biçimlerde gözlenen (3) aleksitimi sınırlı imgelem, impulsif davranışlar, empati yoksunluğu, somatizasyon eğilimi ve duygusal deneyimler için kısıtlı ifadeler kurma ile karakterizedir (4).

Aleksitimik özelliklerin görüldüğü bireylerde duygusal uyarıların fiziksel uyarılardan ayırt edilmesinde yaşanan güçlüklerden ötürü genellikle duygularını anlatmak için fiziksel belirtilerden yararlanma daha sık gözlenir (5). Kimi uzmanlar için sosyokültürel bir olgu değerlendirmesi yapılan aleksitimi, duyguların ifade edilmesi yerine gizlenmesi ve bastırılmasının tercih edildiği toplumlarda da benzer şekilde duyguları ifade etmek yerine fiziksel belirtiler yolu ile sıkça ortaya çıkmaktadır (6). Bundan ötürü aleksitiminin somatizasyon için önemli bir belirleyici olduğunu ve bu durumun psikolojik, sosyodemografik faktörler ya da hastalığın derecesi ile ilişkili olmadığını belirten çalışmalar mevcut olsa da aleksitiminin kişisel bir eğilim, sosyal destek eksikliği sonucu ortaya çıkan bir durum, hastalık, psikosomatik belirti, bilişsel bozukluk, beceri eksikliği/yetersizliği, nörolojik bir arıza olduğunu savunan, aleksitiminin ortaya çıkmasında sosyokültürel faktörlerin etkisini öne çıkaran farklı görüşler de bulunmaktadır (7,8). Aleksitiminin sosyodemografik değişkenlerle ilişkisini analiz eden çalışmalarda, erkeklerde kadınlardan daha fazla görüldüğüne dair bulguların yanı sıra ileri yaş, düşük sosyoekonomik düzey, bekâr olmak, yalnızlık ve depresyon gibi psikiyatrik durumların önemli belirleyiciler olduğu vurgulanmaktadır (9).

DSM-5'e göre Anksiyete Bozuklukları arasında yer almakta olan Yaygın Anksiyete Bozukluğu tanı kriterlerini karşılayan hastaların aleksitimi düzeylerine ilişkin yapılan çalışmalarda sağlıklı kontrol gruplarına kıyasla anlamlı farklılık saptanmıştır. Bu durumun bireyin yaşadığı anksiyete belirtilerinin duygularını tanımada güçlük yaşatmasından kaynaklandığı ve aleksitimi belirtilerinin de anksiyete belirtilerinin şiddetini artırma olasılığının yüksek olduğu düşünülmektedir (10,11,12). Literatür incelendiğinde Anksiyete Bozukluğu ile aleksitimi arasındaki ilişki ve yaş ile çeşitli sosyodemografik verilere göre bahsi geçen ilişkinin yorumlanması hususunda yapılan çalışmaların zenginleştirilmesi gerektiği kanaatine varılmış olup bu çalışma ile Yaygın Anksiyete Bozukluğu tanısıyla takip edilen hasta grubunda aleksitimi ile hastalık tablosunun ilişkisi, yaşa göre aleksitimi düzeylerinin incelenmesi, klinik ve sosyodemografik özellikler ile aleksitimi arasındaki ilişkinin anlaşılması amaçlanmıştır.

Hipotez(ler):

1- Yaygın Anksiyete Bozukluğu tanılı hastalarda aleksitimi düzeyleri diğer klinik ve sosyodemografik değişkenlerden bağımsız olarak yaşa göre değişkenlik göstermektedir.
2- Yaygın Anksiyete Bozukluğu tanılı erkek hastalarda aleksitimi düzeyi kadın hastalara göre daha yüksektir.
3- Yaygın Anksiyete Bozukluğu tanılı hastalarda düşük eğitim düzeyi, düşük sosyoekonomik düzey ve mesleki açıdan düşük işlevsellik yüksek aleksitimi düzeyleri ile ilişkilidir.
4- Yaygın Anksiyete Bozukluğu tanılı hastalarda bedensel belirti şiddeti ve depresif ve anksiyöz yakınmaların şiddeti yüksek aleksitimi düzeyi ile ilişkilidir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. ANKSİYETE VE YAYGIN ANKSİYETE BOZUKLUĞU

2.1.1. Anksiyete Kavramı

Anksiyete, bireyin psikolojik ve fizyolojik sistemlerinde huzursuzluk, gerilim ve belirsizlik ile ortaya çıkan, çoğunlukla dışsal bir tehlikenin açıkça belirgin olmadığı durumlarda yaşanan, hoş olmayan bir duygusal durumdur. Bu duygu, geleceğe yönelik beklentilerde belirsizlik ve kontrol kaybı algısıyla birlikte yoğun bir içsel sıkıntı ve çaresizlik oluşturur. Anksiyete, hafif bir tedirginlikten işlevselliği bozabilen şiddetli tablolara kadar geniş bir yelpazede yaşanabilir. Klinik düzeye ulaştığında, bireyin bilişsel ve duygusal süreçlerini olumsuz etkileyerek psikiyatrik bozuklukların gelişimine zemin hazırlar ve müdahale gerektiren bir durum halini alır.

Terim, Hint-Avrupa kökenli “angh” (sıkmak, daraltmak) fiilinden türetilmiştir ve 17. yüzyıldan itibaren dilbilimsel, 19. yüzyıldan itibaren ise tıbbi literatürde kullanılmaya başlanmıştır (13). Başlangıçta bedensel belirtilerle tanımlanan anksiyete, Freud’un 1894’te psikolojik boyutunu vurgulamasıyla “anksiyete nevrozu” olarak kavramsallaştırılmıştır (14). Modern psikiyatrik sınıflamada ise anksiyete, DSM-III ile bağımsız bir bozukluk olarak tanımlanmış ve sonraki yıllarda (DSM-IV, DSM-5) bu çerçeve geliştirilmiştir (15).

Anksiyetenin nedenleri farklı kuramsal yaklaşımlarla açıklanır: Varoluşçu kuram, anksiyeteyi kişinin varlığının ve kaçınılmaz sonluluğunun farkındalığıyla; öğrenme kuramı ise biyolojik yatkınlık ve öğrenilmiş deneyimlerle ilişkilendirir. Psikanalitik yaklaşım ise, anksiyetenin bilinçdışı çatışmalar ve savunma mekanizmaları sonucunda geliştiğini öne sürer (16). Anksiyete bozuklukları özellikle genç erişkinler ve kadınlarda sık görülür ve yeti yitiminin önde gelen nedenlerinden biridir (17). Buna karşın, bu bozukluğa sahip olanların yalnızca küçük bir kısmı tanı almakta ve tedaviye başvurmaktadır. Anksiyete, sosyal ve kültürel etmenlerle de

şekillenir; bu durum semptomların ifade biçiminde ve yardım arama davranışlarında kültürel farklılıklara yol açar.

2.1.2. Yaygın Anksiyete Bozukluğu

Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB), belirgin bir neden olmadan, çok sayıda farklı konuya yönelik sürekli ve aşırı endişe ile karakterizedir. Bu kaygı hali genellikle en az 6 ay sürer ve kişinin işlevselliğini olumsuz etkiler. En sık görülen belirtiler arasında huzursuzluk, kas gerginliği, kolay yorulma, dikkat güçlüğü, sinirlilik ve uyku bozuklukları yer alır. YAB genellikle kronik seyir gösterir ve zamanında tedavi edilmezse yaşam kalitesini ciddi biçimde düşürebilir.

DSM-5'te Anksiyete Bozuklukları başlığı altında Panik Bozukluğu, Sosyal Anksiyete Bozukluğu, Özgül Fobi, Agorafobi, Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu ve Seçici Konuşmazlık'ın yanında Yaygın Anksiyete Bozukluğu da yer alır (15). DSM-5'e göre YAB tanı kriterleri aşağıdaki gibidir:

Tablo 1: DSM-5'e göre Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB) Tanı Kriterleri:

A. En az 6 aylık bir sürenin çoğu gününde, birtakım olaylar ya da etkinliklerle (işte ya da okulda başarı gösterebilme gibi) ilgili olarak aşırı bir kaygı ve kuruntu (kaygılı beklenti) vardır.
B. Kişi, kuruntularını denetim altına almakta güçlük çeker.
C. Bu kaygı ve kuruntuya, aşağıdaki altı belirtiden en az üçü eşlik eder (çocuklarda yalnızca bir belirtinin olması yeterlidir):
    1. Huzursuzluk ya da gergin ya da sürekli diken üzerinde olma.
    2. Kolay yorulma.
    3. Odaklanmakta güçlük çekme ya da zihnin boşalması.
    4. Kolay kızma.
    5. Kas gerginliği.
    6. Uyku bozuklukları (uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte güçlük çekme ya da dinlendirmeyen, doyurucu olmayan bir uyku uyuma).
D. Kaygı, kuruntu ya da bedensel belirtiler, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da sosyal, mesleki ya da diğer önemli işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.
E. Bu bozukluk, bir maddenin (örneğin, kötüye kullanılan bir madde, bir ilaç) ya da başka bir tıbbi durumun (örneğin, hipertiroidizm) fizyolojik etkilerine bağlı değildir.
F. Bozukluk, başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz (örneğin, panik bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu, obsesif-kompulsif bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu) (15).

ICD-11'e göre ise Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB), belirgin anksiyete semptomlarının en az birkaç ay boyunca, çoğu gün devam etmesiyle tanımlanır. Bu anksiyete, belirli bir çevresel duruma bağlı olmayan genel bir kaygı (serbest yüzen anksiyete) veya aile, sağlık, finans, okul ya da iş gibi günlük yaşamın çeşitli alanlarına odaklanan aşırı endişe şeklinde ortaya çıkabilir (18).

Tablo 2: ICD-11'e göre Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB) Tanı Kriterleri

A. Belirgin anksiyete semptomları, aşağıdaki şekillerde kendini gösterir:
   - Belirli bir çevresel duruma bağlı olmayan genel bir kaygı (serbest yüzen anksiyete)
   - Günlük yaşamın çeşitli alanlarına odaklanan aşırı endişe (örneğin, aile, sağlık, finans, okul veya iş)

B. Anksiyete ve endişeye aşağıdaki belirtilerden en az birkaçının eşlik etmesi gerekir:
   - Kas gerginliği veya motor huzursuzluk
   - Sempatik otonomik aşırı aktivite belirtileri (örneğin, mide bulantısı, karın rahatsızlığı, kalp çarpıntısı, terleme, titreme, ağız kuruluğu)
   - Sinirlilik, huzursuzluk veya "tetikte olma" hissi
   - Konsantrasyon güçlüğü
   - Sinirlilik
   - Uyku bozuklukları (uykuya dalmada zorluk, uykunun sürdürülmesinde güçlük veya dinlendirici olmayan uyku)

C. Belirtiler geçici değildir ve en az birkaç ay boyunca, çoğu gün devam eder.

D. Belirtiler başka bir zihinsel bozuklukla daha iyi açıklanamaz (örneğin, depresif bozukluk).

E. Belirtiler başka bir sağlık durumunun belirtisi değildir ve merkezi sinir sistemi üzerinde etkisi olan bir madde veya ilacın etkilerinden kaynaklanmaz.

F. Belirtiler, kişinin kişisel, ailevi, sosyal, eğitimsel, mesleki veya diğer önemli işlevsellik alanlarında belirgin sıkıntıya veya bozulmaya neden olur (18).

2.1.2.1. Epidemiyoloji

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre anksiyete bozuklukları, dünya genelinde en yaygın ruhsal bozukluklar arasında yer almakta ve 2019 yılında yaklaşık 301 milyon kişiyi etkilemiştir (19). Bu çarpıcı rakam, anksiyete bozukluklarının küresel düzeyde halk sağlığı için ne kadar önemli bir tehdit oluşturduğunu açıkça ortaya koymaktadır. Dünya Ruh Sağlığı Araştırmaları'na (World Mental Health Surveys) göre ise, 21 ülkede yapılan kapsamlı bir çalışmada, son 12 ay içinde DSM-IV anksiyete bozukluğu tanısı alan bireylerin yalnızca %27,6'sı herhangi bir tedavi alabilmiştir. Daha da dikkat çekici olan, bu bireylerin sadece %9,8'inin yeterli düzeyde bir tedaviye ulaşabilmiş

olmasıdır (20). Bu bulgular, dünya genelinde anksiyete bozukluklarının tedaviye erişiminde ciddi engeller bulunduğunu göstermektedir. Tedaviye ulaşmada yaşanan zorlukların başında, sağlık hizmetlerine erişimdeki kısıtlamalar, ruh sağlığına dair toplumsal farkındalığın düşük olması ve psikiyatrik hastalıklara yönelik sosyal damgalama gelmektedir. Ayrıca, ruh sağlığı hizmetlerine ayrılan kaynakların yetersizliği de tedavi oranlarının düşüklüğünde önemli bir faktördür.

Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB) özelinde bakıldığında ise, ABD'de yetişkinlerin %5,7'sinin hayatlarının bir döneminde bu bozukluğu yaşadığı bildirilmektedir. Avrupa'da yapılan çalışmalarda da YAB'nin yaşam boyu yaygınlığının benzer oranlarda (%5,7) olduğu ortaya konmuştur (21,22). Türkiye'ye ilişkin epidemiyolojik veriler de YAB'nin yaşam boyu görülme sıklığının %5-6 civarında olduğunu göstermektedir. Ancak, Türkiye'de yıllık insidansa ilişkin spesifik veriler sınırlı olup, bu eksiklik hem epidemiyolojik araştırma sayısının yetersizliğinden hem de YAB tanısı konulmasında yaşanan güçlüklerden kaynaklanmaktadır. Klinik başvuru oranlarının düşük olması ve tanı konusundaki farkındalık eksikliği de gerçek prevalansın olduğundan daha düşük saptanmasına yol açmaktadır (23).

Cinsiyet açısından incelendiğinde, pek çok epidemiyolojik çalışma, YAB'nin kadınlarda erkeklere oranla yaklaşık iki kat daha sık görüldüğünü ortaya koymuştur (24). ABD'de, son 12 ayda YAB prevalansı kadınlarda %3,4, erkeklerde ise %1,9 olarak bulunmuştur (21). Aynı şekilde, yaşam boyu yaygınlık kadınlarda %6, erkeklerde ise %3 düzeyindedir. Cinsiyetler arasındaki bu fark, özellikle ergenlik döneminden itibaren belirginleşmekte olup, 13–18 yaş arası ergenlerde YAB prevalansı kızlarda %3,0, erkeklerde ise %1,5 olarak rapor edilmiştir (25). Kadınlarda bu yüksek oranın nedenleri arasında biyolojik ve psikososyal birçok faktör bulunmaktadır. Hormonal değişimler – özellikle ergenlik, gebelik, doğum sonrası ve menopoz dönemlerinde – anksiyete riskini artırabilmektedir. Östrojen ve progesteron gibi hormonlardaki dalgalanmalar, beyin kimyası üzerinde etkili olarak stres tepkisini ve anksiyete gelişimini kolaylaştırmaktadır (26). Bunun yanı sıra, kadınların yaşam boyu travmatik olaylara (örneğin, çocukluk çağı istismarı veya aile içi şiddet gibi)

erkeklerden daha fazla maruz kalmaları ve ruminasyon gibi baş etme yollarını daha sık tercih etmeleri, YAB riskini yükseltebilmektedir (27).

Yaş gruplarına göre değerlendirildiğinde, YAB çocukluk döneminde oldukça nadir görülmekte, genellikle %1'in altında bir prevalansa sahip olmaktadır. Ergenlik döneminde ise YAB yaygınlığında belirgin bir artış gözlenmekte, bu oran %2–3'e yükselmektedir (25). YAB genellikle erişkinlikte başlamakta ve en sık başlangıç yaşı 20-40 yaş aralığı olarak bildirilmektedir. ABD kaynaklı verilere göre, 18–29 yaş grubunda 12 aylık YAB prevalansı %2,0 iken, 30–44 yaş grubunda bu oran %3.5'e kadar çıkmaktadır (21). Orta yaşlarda YAB yaygınlığı en yüksek seviyeye ulaşmakta, ileri yaşlarda ise bir miktar azalma göstermektedir. Ancak, yaşlı popülasyonda YAB'nin gerçek yaygınlığını belirlemek zordur; çünkü semptomlar sıklıkla diğer bedensel ya da psikiyatrik rahatsızlıklarla karışabilmektedir. Çeşitli çalışmalar, 65 yaş üstünde YAB prevalansının %1,5 civarında olduğunu bildirse de, yaşlılarda bu oranın aslında daha yüksek olabileceği düşünülmektedir (28).

Sonuç olarak, YAB'nin görülme sıklığı kadınlarda ve orta yaşlarda daha yüksektir. Biyolojik, psikososyal ve kültürel etkenlerin etkileşimi bu farklılıklarda önemli rol oynamaktadır. Türkiye'de ve dünya genelinde, YAB önemli bir halk sağlığı sorunu olmayı sürdürmekte olup, epidemiyolojik çalışmaların artması ve tanı-tedavi olanaklarının iyileştirilmesiyle daha kapsamlı ve güvenilir verilere ulaşılması hedeflenmektedir.

2.1.2.2. Etiyoloji

YAB'ın etiyolojisi multifaktöriyel olup hem nörobiyolojik hem de psikososyal etkenlerin etkileşimi sonucu ortaya çıktığı kabul edilmektedir.

2.1.2.2.1. Nörobiyolojik model

Nörobiyolojik model, YAB'ın biyolojik temellerine odaklanır ve bozukluğun fizyolojik, kimyasal ve genetik boyutlarını inceler. Bu modele göre, bazı bireyler sinir sistemi yapısı ve işleyişi, nörotransmitter dengeleri veya genetik yatkınlıklar

bakımından anksiyeteye daha duyarlı olabilir. YAB'ın nörobiyolojik etiyolojisini anlamak, hem bozukluğun altında yatan patofizyolojiyi açıklamak hem de farmakolojik tedavilere yön vermek açısından önem taşır.

Fizyolojik Faktörler

YAB'da rol oynayan fizyolojik faktörler, beynin belirli bölgeleri ve sinir sistemi işlevlerindeki farklılıklardır. Limbik sistem yapılarından amigdala, korku ve kaygının oluşumunda kritik bir rol oynar ve YAB'lı bireylerde amigdalanın tehdit algısına karşı aşırı duyarlı olduğu, yani hiperaktivite gösterdiği gözlemlenmiştir. Fonksiyonel nörogörüntüleme çalışmaları, YAB hastalarında amigdala ile prefrontal korteks arasındaki bağlantılarda anormallikler tespit etmiştir. Örneğin, amigdala ile dorsolateral prefrontal korteks (DLPFC) arasındaki işlevsel bağlantının zayıflaması, duygusal dürtülerin bilişsel kontrolünün azalmasına yol açabilir (29). Bu durum, kişinin endişe verici uyaranlara karşı üst bilişsel kontrolünün (örneğin, "tehlike yok" sinyali vererek kaygıyı bastırma işlevinin) yetersiz kalmasına ve kaygı tepkilerinin yoğunlaşmasına sebep olur. Anterior singulat korteks ve insula gibi bölgelerin anksiyete tepkilerinin düzenlenmesinde rol oynadığı ve YAB'lılarda bu bölgelerin aktivitesinde değişimler olduğu bildirilmiştir (30). Özellikle belirsiz veya beklenmedik durumlarda ortaya çıkan sürekli kaygı halinin, amigdalanın uzantısı sayılan striaterminalis yatağı (bed nucleus of stria terminalis, BNST) ile ilişkili olabileceği ileri sürülmüştür. BNST, uzamış anksiyete yanıtlarını (sürekli endişe hali gibi) düzenleyen bir bölgedir ve YAB'lı bireylerde belirsizlik durumlarına ilişkin fMRI incelemelerinde amigdala-BNST kompleksinde artmış aktivite saptanmıştır (31).

Merkezi sinir sisteminin yanı sıra, otonom sinir sistemi de YAB'da fizyolojik bir faktördür. YAB'lı bireylerde sempatik sinir sistemi aktivitesinin bazen yüksek olduğu, taşikardi, terleme, titreme gibi bedensel anksiyete belirtilerinin ortaya çıkabildiği bilinmektedir. Buna karşılık, parasempatik etkinlikte azalma kaydedilmiştir. Bu dengesizlik, bedensel olarak "sürekli tetikte olma" haline katkıda bulunur. Ayrıca, kronik anksiyetenin hipotalamik-pitüiter-adrenal (HPA) ekseni üzerinde etkileri olabilir; uzun süreli endişe, vücutta stres hormonu olarak bilinen kortizolün kronik olarak yükselmesine yol açabilir. Nitekim bazı çalışmalarda YAB'lı

bireylerde dinlenim kortizol düzeylerinin sağlıklı kontrollere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (32). Bu fizyolojik bulgular, YAB'ın beyinde yapısal ve işlevsel farklılıklardan ve otonomik regülasyon anormalliklerinden kaynaklanabileceğini gösterir.

Kimyasal Faktörler

YAB'ın nörobiyolojik etiyolojisinde kimyasal faktörler, beyinde iletiyi sağlayan nörotransmitterler ve hormonlardaki dengesizlikleri içerir. Çeşitli nörokimyasal sistemlerdeki bozulmaların, YAB semptomlarının ortaya çıkmasına zemin hazırladığı düşünülmektedir:

GABA (Gamma-Aminobutirik Asit): GABA, beynin başlıca inhibitör (engelleyici) nörotransmitteridir ve sinir hücreleri aktivitesini baskılayarak aşırı uyarılmayı önler. Anksiyete bozukluklarının etiyolojisinde GABA sisteminin rol oynadığı uzun zamandır kabul görmektedir. YAB'lı hastalarda GABA'nın beyinde yeterince etkili şekilde çalışmayabileceği, örneğin belirli beyin bölgelerinde GABA seviyelerinin düşük olabildiği veya reseptör yoğunluğunun azalmış olabileceği ileri sürülmüştür. Bu hipotez, benzodiyazepin türevi ilaçların ($GABA_A$ reseptörlerine bağlanarak inhibitör aktiviteyi artıran ilaçlar) YAB belirtilerini azaltmadaki etkinliğiyle de desteklenmektedir.

Serotonin (5-HT): Serotonin, duygudurum ve anksiyete düzenlenmesinde kilit rol oynayan bir nörotransmitterdir. YAB tedavisinde selektif serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI'lar) ve selektif serotonin-noradrenalin geri alım inhibitörleri (SNRI'lar) gibi ilaçların etkili olması, serotonin sisteminin bozuklukta önemli olduğuna işaret etmektedir. Serotonin düzeylerindeki veya reseptör işlevlerindeki dengesizliklerin, anksiyete ve depresyonun sıklıkla birlikte görülmesini de kısmen açıkladığı düşünülmektedir (29). Yani serotonin sinyallemesindeki bozukluklar, YAB'da görülen kronik kaygı eğilimine biyokimyasal zemin hazırlayabilir.

Norepinefrin (Noradrenalin): Beyinde uyarıcı bir nörotransmitter olan norepinefrin, lokus seruleus adı verilen bölgeden yayılım göstererek "savaş veya kaç"

tepkilerinde rol alır. Panik bozukluğu gibi diğer anksiyete bozukluklarında lokus seruleus kaynaklı noradrenerjik aktivitenin artmış olduğu bilinmektedir. YAB'da da noradrenerjik sistemde düzensizlikler olabilir; örneğin küçük stresörlere karşı bile aşırı adrenalin/noradrenalin salımı gerçekleşmesi, sürekli fizyolojik uyarılmışlık hissini besleyebilir. Neticede, norepinefrindeki artışa bağlı çarpıntı, titreme gibi semptomlar, bilişsel düzeydeki "endişe" ile birleşerek YAB tablosunu şiddetlendirebilir.

HPA Ekseni ve Stres Hormonları: Kronik anksiyete, vücudun stres yanıt sisteminde (HPA ekseni) bazı değişikliklere yol açabilir. Kortikotropin salıverici hormon (CRH), hipotalamustan salgılanarak hipofiz ve adrenal bezleri etkileyen, vücutta kortizol üretimini artıran bir hormondur. CRH aynı zamanda beyin içinde anksiyete üreten etkiler gösterir. YAB'da, CRH düzeylerinin ve buna bağlı olarak bazal kortizol seviyelerinin yüksek olabileceğine dair veriler bulunmaktadır (32). Sürekli stres halinde vücudun "alarm" hormonu olan kortizolün kronik olarak yüksek seyretmesi, anksiyojenik (anksiyete yaratıcı) bir iç çevre oluşmasına neden olabilir.

Diğer Nörokimyasal Etkenler: YAB etiyolojisinde araştırılan diğer kimyasal aracı maddeler arasında peptitler ve nöromodülatörler de yer alır. Örneğin, kolekistokinin (CCK), Opioid peptitler (endorfin gibi), endojen kanabinoidler, nöropeptid Y ve oksitosin gibi nöromodülatörlerin de anksiyete düzeylerini etkilediği, YAB'lı hastalarda bu maddelerin seviyelerinde veya etkilerinde farklılıklar olabileceği belirtilmektedir. Bu alanlardaki bulgular halen gelişme aşamasında olsa da mevcut kanıtlar YAB'ın ortaya çıkmasında nörotransmitter ve hormonal sistemlerin karmaşık bir etkileşim içinde olduğunu göstermektedir (33).

Genetik Faktörler

YAB'ın etiyolojisinde genetik yatkınlığın rolü, aile ve ikiz çalışmaları ile moleküler genetik araştırmalarından elde edilen bulgularla incelenmiştir. Aile çalışmaları, YAB'ın birinci derece akrabalar arasında genel popülasyona kıyasla daha sık görüldüğünü ortaya koymaktadır. İkiz çalışmaları da genetik ve çevresel etkilerin ayrıştırılmasında değerli bilgiler sunmuştur. Yapılan geniş ölçekli ikiz çalışmaları, YAB belirtilerinin ortaya çıkmasında genetik faktörlerin ılımlı düzeyde etkili

olduğunu göstermiştir. YAB'ın kalıtılabilirliği (heritabilitesi) çalışmadan çalışmaya değişse de genellikle %15–30 aralığında bulunmuştur (34). Örneğin, 3100 ikiz çifti üzerinde yapılan bir araştırma, YAB için kalıtılabilirlik oranını yaklaşık %20 olarak rapor etmiştir (34).

Genetik katkının niteliğine bakıldığında, YAB'ın özgül tek bir "anksiyete geni" ile açıklanamadığı, aksine birçok genin küçük etkilerinin bir araya gelmesiyle riskin oluştuğu anlaşılmaktadır. Özellikle serotonerjik ve katekolaminerjik sistemlerle ilişkili genler mercek altına alınmıştır. Örneğin, serotonin taşıyıcısı genindeki işlevsel bir polimorfizm (5-HTTLPR olarak bilinen kısa/uzun alel varyasyonu), yüksek nevrotiklik ve artmış anksiyete duyarlılığı ile ilişkilendirilmiştir; nevrotiklik düzeyi yüksek bireylerin YAB geliştirmeye daha yatkın olduğu gösterilmiştir (35). Benzer şekilde, katekol-O-metil transferaz (COMT) genindeki Val158Met polimorfizminin, "kaygı hassasiyeti" ve dürtü kontrolü ile ilişkili olması nedeniyle YAB'da rol oynayabileceği tartışılmıştır. GABA metabolizmasından sorumlu genler (örneğin GAD1 ve GAD2, glutamik asiti GABA'ya çeviren enzimleri kodlayan genler) de incelenmiş; bazı araştırmalarda bu genlerdeki varyasyonların YAB riskine ufak da olsa katkıda bulunduğu saptanmıştır (36).

Modern geniş ölçekli genetik çalışmalar, YAB gibi karmaşık bozuklukların poligenik bir doğası olduğunu ortaya koymaktadır. Genom-düzeyinde ilişkilendirme çalışmaları (GWAS), spesifik tek bir gen yerine, yüzlerce gen bölgesindeki ufak varyasyonların toplam risk üzerinde etkili olabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca YAB'ın genetik riskinin, diğer anksiyete bozuklukları ve duygudurum bozuklukları ile örtüştüğü bulunmuştur. Bu da, bazı genetik yatkınlıkların genel bir "duygusal bozukluklar" riskine zemin hazırladığını, belirli çevresel ve psikososyal etkenlerin ise bunun YAB veya depresyon şeklinde dışavurumunu belirlediğini düşündürmektedir.

2.1.2.2.2. Psikososyal model

Psikososyal model, YAB'ın kökenini psikolojik süreçler ve sosyal/çevresel etkenler bağlamında açıklar. Bu yaklaşım, bireyin yaşam deneyimlerinin, düşünce biçimlerinin ve sosyal çevresinin anksiyetenin gelişimindeki rolünü vurgular. YAB'ın

psikososyal etiyolojisi, farklı kuramsal perspektiflerle ele alınabilir. Bu bölümde YAB'ın psikososyal açıklaması dört alt başlık altında incelenecektir: psikodinamik kuram, varoluşçu kuram, bilişsel-davranışçı kuram ve diğer psikososyal etkenler (travmalar, sosyal destek ve çevresel stresörler).

Psikodinamik kuram, YAB dahil anksiyete bozukluklarını bilinçdışı zihinsel çatışmalar ve çocukluk deneyimleri perspektifinden açıklar. Kökleri Freud'un kuramlarına dayanan bu yaklaşım, anksiyetenin yüzeydeki bir semptom olmanın ötesinde, derinlerde yatan psikolojik çatışmaların bir işareti olduğunu öne sürer. Freud'un klasik görüşüne göre, anksiyete, benliğin (ego) bilinçdışı kabul edilemez dürtüler (id'in istekleri) ile ahlaki kısıtlamalar (süperego) arasında yaşadığı çatışmanın bir "alarm sinyali" olarak ortaya çıkar (37). Yani, kişi farkında olmadan bastırdığı arzu veya korkularla mücadele ederken, egosu bunlarla doğrudan yüzleşmek yerine anksiyete semptomları geliştirir. Freud ayrıca "anksiyete nevrozu" kavramını ortaya atarak, özellikle serbest yüzen (nedene bağlanamayan) kaygının, libidinal enerjinin yeterince boşalamamasından kaynaklandığını ileri sürmüştür. Bu kuramsal çerçevede, YAB'ın bilinçdışı temeli, çözümlenmemiş içsel çatışmalar ve bastırılmış duygularla ilişkilendirilir.

Daha modern psikodinamik yaklaşımlar, erken çocukluk deneyimleri ve ilişki örüntülerine vurgu yaparlar. Örneğin Bowlby'nin bağlanma kuramı, çocuklukta bakım verenle kurulan ilişkinin güvenli olmamasının bireyde temel bir güvensizlik ve kaygı hissine yol açabileceğini belirtir (38). Nitekim YAB'lı bireylerin, çocukluklarında güvensiz bağlanma deneyimlerinin daha yaygın olduğu bazı araştırmalarla desteklenmiştir (39). Çocuklukta anne-babanın tutarsız, ihmalkâr ya da aşırı kontrolcü olması, çocuğun dünyayı tahmin edilemez ve tehlikeli görmesine sebep olabilir. Bu da ileriki yaşamda kronik kaygı eğilimi için zemin hazırlar. Örneğin, çocukken ebeveynlerinden gereken tutarlılık ve güveni göremeyen bir birey, yetişkinlikte derin bir güvensizlik duygusu taşıyabilir ve bu duygu genelleşmiş anksiyete veya belli ilişki kaygıları şeklinde kendini gösterebilir (39). Psikodinamik perspektif, bu tür erken yaşantıların bıraktığı izlerin bilinçdışı bir endişe kaynağı olarak süregeldiğini öne sürer. Ayrıca, psikodinamik kuramda savunma mekanizmaları kavramı, YAB'ın anlaşılmasında önem taşır. Ego, tehdit edici düşünce ve hislerle başa çıkmak için

bastırma, inkar, yansıtma gibi çeşitli savunma mekanizmaları kullanır (40). Kısa vadede bu savunmalar bireyi bilinçdışı çatışmanın yarattığı kaygıdan korusa da uzun vadede sorunların çözümlenmesini engelleyerek kronik anksiyeteye katkıda bulunabilir. Yine, bazı kişilerde kabul edilemez bulunduğu için bilinçdışına itilen saldırganlık veya öfke duygularının, dolaylı biçimde anksiyete semptomlarına dönüştüğü öne sürülür – kişi öfkesini açığa vurmak yerine, bilinçsizce kendini suçlayan ve kaygılanan bir hale bürünür-. Çağdaş psikodinamik görüşler, anksiyete bozukluklarını ilişkisel bir çerçevede de ele almaktadır. Bu bakış açısına göre, YAB gibi bozukluklar, bireyin iç dünyasındaki çatışmalar kadar, kişilerarası ilişkilerindeki örüntülerden de etkilenir. Örneğin, bazı kuramcılar YAB'nin, bireyin özerklik (bağımsızlık) ihtiyacı ile bağlanma (yakınlık, güvenlik) ihtiyacı arasındaki çatışmadan kaynaklanabileceğini öne sürmüştür (41). Kişi hem bağımsız olmak ister hem de terk edilmekten veya yalnız kalmaktan aşırı korkar; bu iki ihtiyaç arasındaki gerilim sürekli bir "serbest yüzen" anksiyeteye yol açabilir. Özetle, psikodinamik kuram YAB'ı bilinçdışında çözümlenmemiş çatışmaların ve geçmiş ilişki deneyimlerinin günümüzdeki izdüşümü olarak görür. Nitekim psikodinamik psikoterapilerde, YAB hastalarının çocukluk anıları, rüyaları, transferans ilişkileri incelenerek, bilinçdışı kaygı kaynaklarına ulaşılmaya çalışılır.

Varoluşçu Kuram: Varoluşçu kurama göre, Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB) bireyin temel varoluşsal kaygılarıyla—özgürlük, anlam arayışı, yalnızlık ve ölümle yüzleşme gibi—başa çıkma sürecindeki zorluklardan kaynaklanabilir. Bu yaklaşımda, anksiyete yaşamın kaçınılmaz bir yönü olarak görülmekte, ancak varoluşsal tehditlerle başa çıkmakta güçlük yaşayan bireylerde bu kaygı patolojik düzeye ulaşabilmektedir. Özellikle belirsizlik, yaşamın anlamını sorgulama, karar verme sorumluluğu ve kişinin kendi hayatına yön verme zorunluluğu, bireyin içsel çatışmalarını artırarak yaygın, sürekli ve nedensiz kaygı hissetmesine yol açabilir. YAB'lı bireylerin, hayatın anlamına ilişkin sorulardan, yalnızlık ve ölüm gibi nihai gerçekliklerle yüzleşmekten kaçınmaları; bu varoluşsal kaygıların bilinçdışı düzeyde sürekli bir gerginliğe ve endişeye dönüşmesine neden olur. Varoluşsal yaklaşımda tedavi, bu temel kaygıların kabul edilip anlamlandırılması ve bireyin kendi özgürlüğü ve sorumluluğu ile barışabilmesini hedefler (42).

Bilişsel-davranışçı kuram (BDT): YAB'ın sürmesinde bireyin düşünce süreçlerinin ve davranışsal tepkilerinin belirleyici olduğunu öne sürer. Bu yaklaşım, YAB'lı kişilerin dünyayı algılama ve değerlendirme biçimlerinde sistematik hatalar olabileceğine, ayrıca kaygıyı azaltmak için geliştirdikleri bazı davranışların sorunu istemeden sürdürdüğüne dikkat çeker. BDT, özellikle otomatik düşünceler ve bilişsel çarpıtmalar kavramlarıyla YAB'ı açıklar ve bu bozukluğa özgü bazı bilişsel eğilimler tanımlamıştır.

Aaron Beck'in öncülüğünü yaptığı bilişsel model, anksiyete bozukluklarında kişinin olumsuz ve tehdit içerikli otomatik düşüncelere eğilimli olduğunu belirtir. YAB özelinde, birey belirsiz durumlarda hemen kendisi veya sevdikleri için en kötü senaryoyu zihninde canlandırır. Örneğin, çocuğu birkaç dakika geciken bir anne "Başına kesin bir şey geldi!" diye düşünerek şiddetli kaygı duyabilir; halbuki ortada somut bir tehlike yoktur. Bu otomatik düşünceler genellikle felaketleştirme (catastrophizing) adı verilen bilişsel çarpıtmayla ilgilidir: kişi olası sonuçların hep en kötüsünü varsayar (43). YAB'lı bireylerin, günlük yaşamda beliren ufak belirsizlikleri bile orantısız bir tehdit olarak yorumlama eğiliminde oldukları saptanmıştır. Beck'in anksiyete modeline göre, bu kişilerde "dünya tehlikelerle dolu" ve "ben bunlarla baş edemem" şeklinde iki temel düşünce şeması bulunmaktadır (44). Yani hem dışarıdaki riskleri abartılı görürler hem de kendi başa çıkma kapasitelerini küçümserler. Bu çarpıtılmış düşünce biçimi, sürekli endişeli ruh halini besler.

YAB'ın bilişsel kuramında önemli bir kavram da belirsizliğe tahammülsüzlük (intolerance of uncertainty) örüntüsüdür. YAB'lı bireylerin belirsiz durumlara karşı aşırı hassas olduklarını ve belirsizliği adeta "dayanılmaz" bulduklarını bilinmektedir. Bu modele göre, YAB'da endişe bir baş etme stratejisi gibi işlev görür: kişi belirsiz bir durumla karşılaştığında (örn., ertesi günkü iş sunumunun nasıl geçeceğini bilememek), en kötü senaryoları düşünerek belirsizliği azaltmaya çalışır – sanki kötüye hazırlıklı olarak kendini koruduğunu sanır (45). Ancak bu strateji ters teper; sürekli "ya şöyle olursa ya böyle olursa" diye zihinsel meşguliyet hem kaygıyı yüksek düzeyde tutar hem de kişinin belirsizliğe alışma fırsatını ortadan kaldırır. Sonuç olarak, belirsizlik karşısında endişeye başvurmak pekişir ve kısır döngü oluşur.

Bilişsel çarpıtmalar, YAB'da otomatik düşüncelerin altında yatan sistematik düşünce hatalarıdır. Felaketleştirme bunlardan biridir; ayrıca aşırı genelleme, olasılık abartması ve selektif dikkat gibi çarpıtmalar da yaygındır. YAB'lı kişiler, geçmişte yaşadıkları olumsuz bir olayı genelleyip gelecekte de sürekli kötü şeyler olacağına inanabilirler (aşırı genelleme). Tehdit olasılığını abartma eğilimleri vardır: örneğin bir hastalığa yakalanma ihtimali akla geldiğinde, bu ihtimali gerçekçi oranların çok üzerinde değerlendirirler ve bu da sürekli sağlık kaygısı doğurur. Dikkat süreçlerinde de hipervijilans söz konusudur; yani çevredeki tehlike işaretlerine karşı seçici ve aşırı duyarlı bir dikkat vardır. BDT yaklaşımı, belirsizliğe tahammülsüzlüğün yanında bilişsel çarpıtmaların da belirlenip düzeltilmesiyle YAB semptomlarının hafifleyeceğini öngörür. Bilişsel süreçlerin yanı sıra, davranışsal faktörler de YAB'ın sürmesinde rol oynar. Kaçınma davranışları bunların başında gelir. YAB'lı bireyler, kaygılarını tetikleyebilecek durumlardan kaçınarak kısa vadede rahatlama ararlar. Örneğin, sağlıkla ilgili endişeleri olan bir kişi doktora gitmeyi erteleyebilir veya finansal kaygıları olan biri hesap bakiyesini kontrol etmeyi sürekli kaçınabilir. Bu kaçınma davranışları, endişenin altında yatan korkularla yüzleşmeyi engellediği için uzun vadede kaygıyı devam ettirir veya daha da artırır. Ayrıca, endişenin kendisi de bir kaçınma biçimi olabilir: Borkovec'in bilişsel kaçınma kuramı, YAB'daki zihinsel endişe sürecinin aslında daha yoğun duygusal imgelerden ve olumsuz duygulanımlardan kaçınma işlevi gördüğünü öne sürmüştür (46). Kişi felaket senaryolarını zihninde "sözel" olarak döndürürken, asıl korktuğu görüntüleri ve duyguları bastırıyor olabilir. Ancak bu mekanizma da paradoksal biçimde kaygının kronikleşmesine yol açar.

Özetle, bilişsel-davranışçı kuram, YAB'nin özünde düşünce biçimi ve öğrenilmiş davranışlar olduğunu vurgular. Negatif otomatik düşünceler ve bilişsel çarpıtmalar, bireyin dünyayı tehlikeli ve kendini çaresiz algılamasına neden olarak sürekli bir endişe hali yaratır (43). Aynı zamanda, endişeyle baş etmek için kullanılan maladaptif stratejiler (kaçınma, aşırı kontrol etme çabaları, sürekli güvence arama vb.), kısa vadeli rahatlama sağlasa da uzun vadede anksiyetenin sürmesine katkıda bulunur.

Diğer Psikososyal Etkenler: YAB'ın ortaya çıkışında ve devamında rol oynayabilen diğer psikososyal etkenler arasında travmatik yaşantılar, sosyal destek

düzeyi ve çeşitli çevresel stresörler yer almaktadır. Bu etkenler, tek başlarına bir bozukluğu açıklamaktan ziyade yukarıda bahsedilen kuramsal süreçlerle etkileşerek bireyin anksiyete eşiğini belirler.

Travmalar ve Erken Yaşam Olayları: Çocukluk çağı travmaları (fiziksel, cinsel veya duygusal istismar, ihmal, ebeveyn kaybı gibi ağır stresörler), sonraki yaşamlarda anksiyete bozukluklarına yakalanma riskini belirgin biçimde artırır. Geniş örneklemler üzerinde yapılan epidemiyolojik çalışmalar, çocuklukta kötü muamele veya şiddete maruz kalmış bireylerin yetişkinlikte YAB geliştirme olasılığının anlamlı derecede yüksek olduğunu göstermiştir (47). Örneğin, Ulusal Eş Hastalanma Araştırması (NCS-R) verilerine dayanarak yapılan bir analiz, çocuklukta birden fazla tür olumsuz yaşantı (ör. aile içi şiddet, ağır hastalık, ayrılık) bildiren kişilerde YAB görülme oranının, sakin bir çocukluk geçirenlere kıyasla kayda değer ölçüde arttığını ortaya koymuştur (47). Travmatik deneyimler, bireyin dünyaya dair temel güven duygusunu sarsar ve sürekli bir *hazırlıklı olma* halinde (hipervijilans) olmasına yol açar. Örneğin çocukluk çağında ciddi bir kazaya tanık olan veya aile içinde şiddete maruz kalan bir kişi, ileride herhangi bir anda kötü bir şey olacağı beklentisini bilinçdışı olarak sürdürebilir ve bu da genel bir kaygı hali yaratabilir. Özellikle çocukluk çağı istismarları, YAB ile güçlü bağlantı göstermiştir. Yapılan çalışmalarda, fiziksel veya cinsel istismara uğramış bireylerin, bu deneyime sahip olmayanlara göre YAB ve diğer anksiyete bozukluklarına daha yatkın oldukları bildirilmiştir. Bu tür travmaların, bireyde kalıcı bir güçsüzlük ve korku duygusu yerleştirdiği, bunun da daha sonraki streslerle başa çıkmayı zorlaştırarak anksiyete patolojisine zemin hazırladığı düşünülür.

Erken dönemdeki travmatik yaşantıların yanı sıra, ergenlik ve yetişkinlikte karşılaşılan travmalar da YAB'ı tetikleyebilir veya var olan düşük düzeydeki kaygı yatkınlığını klinik düzeye çıkarabilir. Örneğin, genç erişkinlikte bir saldırıya uğrama, ciddi bir kaza geçirme veya savaş/afet yaşama gibi travmatik olaylar sonrasında, bazı bireylerde travma sonrası stres bozukluğu ile birlikte YAB semptomlarının da kronikleştiği görülebilir. Bu, travmanın sadece *spesifik* korkular değil, aynı zamanda yaygın bir endişe halini de tetikleyebileceğine işaret eder. Travma yaşamayan YAB'lı bireylerde bile, çoğu zaman öyküde yüksek düzeyde kronik stres ve zorlu yaşam

koşulları bulunur. Sonuç olarak, travmatik ve olumsuz yaşam deneyimleri, YAB'ın psikososyal etiyolojisinde en güçlü risk faktörlerinden biri olarak kabul edilir.

Sosyal Destek ve Aile Faktörleri: Bireyin çevresinden algıladığı sosyal destek düzeyi, anksiyeteyle başa çıkmada kritik bir belirleyicidir. Araştırmalar, güçlü sosyal desteğe sahip bireylerin stresli olaylar karşısında daha az psikiyatrik belirti geliştirdiğini, zayıf sosyal desteği olanların ise kaygı ve depresyona daha yatkın olduğunu göstermektedir (48). YAB özelinde, yaşamında güvenebileceği, duygularını paylaşabileceği yakın ilişkileri olmayan veya kendini izole hisseden bireylerin, sürekli kaygı döngüsüne girme olasılığı artar. Eş desteği, aile desteği ve arkadaş desteği, anksiyetenin tamponlanmasında önemli rol oynar. Özellikle yaşam stresörleriyle karşılaşıldığında, destek sistemine sahip bireyler sorunları daha sağlıklı atlatır ve kaygıları uzun sürmez. Buna karşılık, YAB'lı bireylerin algılanan sosyal destek düzeylerinin düşük olabileceği ve kaygının getirdiği işlevsel sorunlar nedeniyle sosyal ilişkilerinin de zamanla zayıflayabileceği bilinmektedir.

Aile ortamının niteliği de YAB riskini etkiler. Ebeveyn tutumları – örneğin aşırı koruyucu veya otoriter ebeveynlik – çocuklarda kaygılı bir mizacın gelişmesine katkıda bulunabilir. Aşırı korumacı ebeveynler, çocuğa dünya ile ilgili "sen yapamazsın, tehlikeli" mesajları verebilir ve çocuk kendi başına problem çözme becerileri geliştiremediği için belirsizliklere karşı toleransı az hale gelebilir. Bu durum ileride YAB olarak kendini gösterebilir. Ayrıca, model alma yoluyla da anksiyete öğrenilebilir; kaygılı ve sürekli endişelenen bir ebeveyn modeli gören çocuk, bu davranışı normalleştirip kendi hayatında da uygulayabilir (49). Örneğin, annesi hemen her meselede kaygıyla tepki veren bir çocuk, benzer şekilde endişeli bir düşünce tarzını benimseyebilir. Bu nedenle, ailede anksiyete bozukluğu öyküsü bulunması genetik olduğu kadar öğrenilmiş davranışlar aracılığıyla da risk yaratır.

Çevresel Stresörler: YAB genellikle birdenbire ortaya çıkmaz; çoğu zaman yaşamda bir dizi birikimli stresör veya tekil bir önemli stresli olay, bozukluğun başlangıcına denk gelir. Akut yaşam olayları arasında iş kaybı, iflas, boşanma, sevilen birinin ölümü, ciddi hastalık gibi olaylar sayılabilir. Bu tür olaylar, ruhsal dengeyi sarsarak yoğun kaygı ve çaresizlik duyguları uyandırabilir. Bazı çalışmalar, YAB

başlangıcından önceki yıl içinde hastaların önemli bir bölümünün hayatlarında en az bir ciddi stres verici olay yaşadığını rapor etmiştir (50). Bununla birlikte, **kronik stres** de en az akut stres kadar risklidir. Uzun süre devam eden maddi sıkıntılar, iş yerinde süreğen baskı, sürekli çatışmalı evlilik gibi durumlar, kişinin kaygı seviyesini yavaş yavaş yükselterek YAB'ı ortaya çıkarabilir. Kronik stres altındaki bireyler, zamanla vücutlarının stres yanıt sisteminde kalıcı değişimler yaşar ve "normal" durumda bile tetikte, endişeli bir hale gelebilirler. Örneğin, yıllarca süren bakım verme stresi yaşayan bir aile yakınının veya uzun süreli güvensiz bir ortamda (savaş, göç) yaşayan bir kişinin, bir eşiği geçerek YAB geliştirmesi sık rastlanan bir durumdur.

Sosyokültürel Etkenler: Psikososyal model bağlamında, geniş toplum ve kültür düzeyindeki faktörler de anksiyete prevalansını etkileyebilir. Örneğin, belirsizliğin ve riskin yüksek olduğu sosyoekonomik koşullarda (yaygın işsizlik, ekonomik krizler, pandemiler gibi) genel nüfusta anksiyete bozukluklarının artış gösterdiği gözlenmektedir. Toplumsal destek sistemlerinin zayıf olduğu, bireylerin tek başına bırakıldığı toplumlarda YAB gibi bozukluklar daha fazla ortaya çıkabilir. Kültürel olarak endişenin ifade edilme biçimleri de farklılık gösterebilir; ancak hemen her kültürde "aşırı endişeli" bireyler bulunduğundan, YAB evrensel bir fenomen sayılır. Sosyal izolasyonun yaygın olduğu modern metropol yaşamı, bireyselliğin arttığı ancak belirsizlik ve rekabetin de yoğun olduğu çalışma ortamları, göç ve uyum sorunları, teknolojinin bilgi bombardımanı (ör. sürekli kötü haber akışı) gibi çağdaş faktörlerin de YAB'a zemin hazırladığı ileri sürülmüştür (51).

2.1.2.3. Klinik özellikler

YAB'li hastalar genellikle "her şey hakkında endişe duyma" şeklinde tanımlanabilecek yaygın bir kaygı ile başvururlar. Kaygı düzeyleri gündelik sorunlar karşısında orantısız derecede yüksektir ve kişinin yaşamını olumsuz etkileyen, işlevselliğini bozan bir tabloya yol açar. Endişe konuları çoğu zaman tek bir alanla sınırlı kalmaz; sağlık, aile, ekonomik durum veya geleceğe dair çeşitli konularla ilgili sürekli bir kaygı söz konusudur. Hastalar bu sürekli endişe halini genellikle kontrol edilemez olarak tanımlarlar. YAB'nin psikolojik belirtileri arasında aşırı endişe ile birlikte huzursuzluk, gerginlik, irritabilite ve dikkatini toplamada güçlük yaygındır.

Ayrıca YAB, belirgin fiziksel belirtilerle de kendini gösterir: Örneğin hastalarda uyku bozuklukları, kas gerginliği, çabuk yorulma, baş ağrıları, titreme, terleme, nefes darlığı ve çeşitli gastrointestinal yakınmalar (örn. mide ağrısı, irritabl bağırsak sendromu) sık görülür (52). YAB'li bireyler çoğu zaman fiziksel semptomlarını ön planda dile getirirler ve bu nedenle ilk olarak psikiyatri dışı hekimlere başvurabilirler. Nitekim YAB hastalarının birinci basamak veya diğer branş hekimlerine başvuru oranı, psikiyatriye başvuru oranından iki kat daha fazladır. Örneğin açıklanamayan göğüs ağrısı şikâyetiyle kardiyoloji kliniklerine gelen hastaların önemli bir kısmında aslında YAB bulunduğu bildirilmiştir (52). Bu durum, YAB'nin sık görülen bir bozukluk olmasına karşın klinisyenlerce atlanabildiğine ve hastaların uzun süre doğru tanı alamadan takip edilebildiğine işaret etmektedir. Ayrıca YAB hastaları sıklıkla hayat boyu endişe yaşamaları ve bu duruma kısmen alışkın olmaları nedeniyle, çoğu ancak ek bir psikiyatrik sorun geliştiğinde (örn. depresyon, panik ataklar) profesyonel yardım aramaktadır (52). Bu gecikme, tanı koyma sürecini zorlaştırdığı gibi, tedavinin gecikmesine ve hastalığın kronikleşmesine de yol açabilir. Dolayısıyla, birinci basamak hekimlerinin YAB belirtilerini tanıması ve hastaları psikiyatriye yönlendirmesi, erken tanı ve müdahale açısından kritik önemdedir.

Tanı koyma sürecinde, klinisyen ayrıntılı bir psikiyatrik öykü alarak DSM-5 kriterlerinin karşılanıp karşılanmadığını değerlendirir. YAB tanısı, benzer belirtilere yol açabilecek diğer durumların dışlanmasını gerektirir. Bu amaçla hastanın ayrıntılı tıbbi öyküsü alınmalı ve fizik muayenesi yapılmalıdır; çünkü hipertiroidi, feokromositoma gibi endokrinolojik bozukluklar veya uyarıcı madde kullanımı gibi durumlar anksiyete belirtilerine yol açabilir ve bunların tedavisi psikiyatrik tedaviden farklıdır. Psikiyatrik değerlendirmede YAB'nin diğer anksiyete bozukluklarından ve depresyondan ayrımı dikkatle yapılmalıdır. Tanıyı desteklemek ve semptom şiddetini ölçmek amacıyla Beck Anksiyete Ölçeği, Hamilton Anksiyete Ölçeği, GAD-7 gibi YAB'ye özgü ölçekler de kullanılabilir. Örneğin *YAB-7 (GAD-7)* ölçeği, YAB semptomlarının taranması ve şiddetinin değerlendirilmesinde sık kullanılan, geçerli ve güvenilir bir öz-bildirim aracıdır.

2.1.2.3.1. Prognoz

YAB, kronik ve dalgalı seyir gösteren bir bozukluk olarak kabul edilir. Hastalığın başlangıcı genellikle sinsi olup, belirtiler dalgalanmalar göstererek yıllar boyu sürebilir. YAB'de tipik olarak belirtiler zaman zaman kısmen hafifleyip remisyon dönemleri olabilse de bu remisyonlar çoğunlukla geçicidir; kaygı düzeyi uygun tedavi olmadığında yeniden yükselme eğilimindedir. Prospektif çalışmalarda YAB'nin tam iyileşme oranlarının diğer anksiyete bozukluklarına göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Örneğin 12 yıllık bir izlem çalışmasında, YAB tanısı alan hastaların yalnızca yaklaşık üçte birinin 5 yıl içinde tamamen iyileştiği (tam remisyona girdiği) bildirilmiştir (53). Sistematik derlemelere göre uygun tedavi görmeyen YAB hastalarının iki yıllık izlem sonunda sadece %25'inin, beş yıllık izlem sonunda ise ancak %38'inin tam remisyona ulaşabildiği belirtilmiştir (54). Bu veriler, YAB'nin tedavi edilmediğinde kronikleşme eğiliminde olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte, uygun tedavi ile belirtilerin önemli ölçüde azaltılabildiği ve bir kısım hastada uzun süreli düzelme sağlanabildiği de vurgulanmaktadır.

YAB'nin seyrinde nüks oranları da oldukça yüksektir. Hastalık tam remisyona girse bile, bu hastaların önemli bir bölümünde ilerleyen yıllarda belirtilerin tekrar ortaya çıkabildiği gözlenmiştir. Örneğin epidemiyolojik bir çalışmada, YAB nedeniyle remisyona giren hastaların yaklaşık %27'sinde 3 yıl içinde bozukluğun nüks ettiği saptanmıştır (55). Benzer şekilde, uzun dönemli izlemlerde YAB'de dönemsel alevlenmelerin sık olduğu, kronik gidişatın tipik olduğu rapor edilmiştir (53). YAB hastalarının önemli bir kısmı, yıllar boyunca tam olarak düzelmeden, dönemsel iyileşme ve kötüleşmelerle seyreden bir dalgalı kronik gidiş yaşayabilir. Bu durum, YAB'yi diğer bazı ruhsal bozukluklardan farklı kılar; örneğin panik bozukluğu veya fobiler uygun tedaviyle tamamen ortadan kalkabilse de YAB'de altta yatan kaygı yatkınlığı devam edebilmektedir.

2.1.2.3.2. Eştanılar ve ayırıcı tanı

Yaygın anksiyete bozukluğunda (YAB) eş tanılı psikiyatrik bozuklukların görülme sıklığı oldukça yüksektir ve bu durum hastalığın kliniği, prognozu ve tedaviye yanıtını önemli ölçüde etkiler. Araştırmalar, YAB hastalarının yaklaşık %90'ında yaşamlarının bir döneminde en az bir başka psikiyatrik bozukluk bulunduğunu

göstermektedir (53). Özellikle majör depresif bozukluk, panik bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu ve diğer anksiyete bozuklukları ile birlikte görülme oranı belirgindir. National Comorbidity Survey verilerine göre, YAB olan bireylerde majör depresyonun yaşam boyu birlikteliği %62'ye kadar çıkabilmektedir (54). Bu yüksek komorbidite oranları, klinik tablonun daha ağır seyretmesine, remisyon oranlarının azalmasına ve işlevsellik kaybının artmasına yol açmaktadır. Ayrıca, eş tanılı madde kullanım bozuklukları, kişilik bozuklukları ve fiziksel hastalıkların varlığı da tedavi güçlüklerini artırmaktadır. Bu nedenle, YAB tanısı alan hastalarda komorbid psikiyatrik ve tıbbi hastalıkların sistematik olarak değerlendirilmesi ve bütüncül bir tedavi planı oluşturulması klinik yönetimde büyük önem taşımaktadır (53,54).

YAB tanısı konurken, benzer belirtilere sahip diğer ruhsal bozukluklar ve tıbbi durumlar göz önünde bulundurulmalı ve dışlanmalıdır. Ayırıcı tanıda ilk olarak diğer anksiyete bozuklukları değerlendirilmelidir. YAB'de kaygı birden fazla konuya yaygın iken, diğer anksiyete bozukluklarında kaygı belirli durumlara odaklanmıştır. Örneğin panik bozukluğunda temel sorun yineleyen panik ataklar ve kişinin bu atakların yeniden olacağına dair duyduğu endişedir; YAB'den ayrımı, YAB'de böyle belirgin ve yoğun panik atakların olmamasıdır. Sosyal anksiyete bozukluğunda (sosyal fobi) endişeler spesifik olarak sosyal ortamlarda rezil olma veya olumsuz değerlendirilme korkusuna odaklıdır; YAB'de ise kaygı sosyal durumlarla sınırlı değildir. Obsesif-kompulsif bozukluk (OKB), yineleyici obsesyon düşünceleri ve kompulsiyon davranışları ile karakterizedir. OKB'deki takıntılı düşünceler genellikle kirlenme, simetri, saldırgan dürtüler gibi belli temalara sahiptir ve hastanın kontrolü dışında zihnine gelir. YAB'de ise düşünceler bu denli belirli obsesyonlar şeklinde değil, daha genel hayat endişeleri formundadır. Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB), travmatik bir olaya maruz kalma sonrası ortaya çıkan bir kaygı bozukluğudur; belirtilerinde travmaya dair istemsiz anılar, kabuslar ve irkilme hali öne çıkar. YAB'den ayrımı, YAB'de belirli bir travma öyküsünün ve travmaya özgü tekrar yaşayan belirtilerin bulunmamasıdır. Ayrılma anksiyetesi bozukluğu daha çok çocukluk döneminde görülen ve bağlanılan kişilerden ayrılma durumunda aşırı kaygı ile kendini gösteren bir bozukluktur; YAB'de ise kaygı ayrılık durumlarıyla sınırlı değildir. Ayrıca YAB'nin depresyon ile ayrımı da önem taşır: Majör depresif

bozuklukta üzüntü, ilgi kaybı, değersizlik düşünceleri gibi duygudurum belirtileri ön plandayken; YAB'de duygudurum görece normal olabilir ancak sürekli bir endişe hali mevcuttur. Bununla birlikte YAB ve depresyon sık sık birlikte görülebileceğinden (komorbidite), her iki tanının da aynı anda bulunabileceği de akılda tutulmalıdır.

YAB tanısı koyarken tıbbi durumların ve madde kullanımının ayırıcı tanısı yapılmalıdır. Özellikle endokrin bozukluklarda (hipertiroidi, feokromositom gibi adrenal bez hastalıkları) görülebilen çarpıntı, terleme, titreme gibi semptomlar ciddi anksiyete belirtileriyle karışabilir. Bu yüzden, açıklanamayan anksiyete belirtileri olan hastalarda gerekirse tiroid fonksiyon testleri gibi tetkikler yapılarak altta yatan organik bir neden olup olmadığı değerlendirilmelidir. Kafein veya amfetamin gibi uyarıcı maddeler, ya da kortikosteroid gibi bazı ilaçlar anksiyeteyi tetikleyebilir; bu durumda uygun olan, YAB tanısı vermekten ziyade madde/ilaç etkisini ortadan kaldırmaktır. Madde/ilaç kullanımına bağlı anksiyete bozukluğu veya başka bir sağlık durumuna bağlı anksiyete bozukluğu tanıları, YAB'nin yerine düşünülmesi gereken ayırıcı tanılar arasındadır (15).

2.1.2.4. Tedavi

2.1.2.4.1. Psikoterapiler

YAB tedavisinde birinci basamak psikososyal müdahalelerden biri psikoterapidir. Özellikle bilişsel davranışçı terapi (BDT), YAB'da en yaygın ve kanıta dayalı kullanılan psikoterapi yöntemidir. BDT; hastanın işlevsel olmayan otomatik düşüncelerini belirleyip bunları daha gerçekçi ve işlevsel düşüncelerle değiştirmeyi, endişe yaratan durumlarla başa çıkma becerilerini geliştirmeyi ve gerektiğinde maruz bırakma teknikleriyle kaygıyı azaltmayı hedefler. Literatürdeki kontrollü çalışmalar ve meta-analizler de BDT'nin YAB'da etkili olduğunu göstermektedir. Örneğin, anksiyete bozuklukları üzerine yapılan bir meta-analizde BDT, plaseboya kıyasla orta düzeyde etkili bir tedavi olarak bulunmuştur (56). Uzun vadeli takip çalışmaları da BDT ile sağlanan iyileşmenin kalıcı olabileceğine işaret etmektedir; 8-14 yıllık bir izlem çalışmasında, BDT gören YAB hastalarının önemli bir kısmının kazanımlarını koruduğu bildirilmiştir (57).

BDT dışında başka psikoterapi yaklaşımları da YAB'da kullanılmaktadır. Gevşeme eğitimi (ör. progresif kas gevşetme) ve bilişsel teknikler, BDT'nin önemli bileşenleridir ve tek başlarına da endişe düzeyini azaltmada yarar sağlayabilir. Metakognitif terapi (özellikle endişeye ilişkin inançların ele alındığı) ve belirsizliğe tahammülsüzlüğü hedefleyen terapiler de YAB için geliştirilmiş ve etkililikleri araştırılmıştır (58). Ayrıca kabullenme ve kararlılık terapisi (ACT) gibi üçüncü dalga terapötik yaklaşımlar YAB belirtilerini azaltmada umut vadeden sonuçlar vermiştir. Psikodinamik yönelimli terapi ise YAB'da sınırlı araştırılmış olmakla birlikte, özellikle kronik kaygının altında yatan çatışmaların ele alınmasında bazı hastalar için faydalı olabilir. Hafif düzeyli YAB vakalarında destekleyici danışmanlık ve psikoeğitim de ilk adımda yararlı olabilmektedir. Ancak, kişilik bozukluğu eşlik eden veya uzun süreli kronik stres faktörleri olan hastalarda tek başına psikoterapi yeterli olmayabilir; bu durumda farmakoterapi ile birlikte kullanımı önerilir (59).

2.1.2.4.2. Farmakoterapiler

YAB'nin biyolojik tedavisinde farmakoterapi (ilaç tedavisi) temel yer tutar. Güncel kılavuzlar ve kanıtlar, selektif serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI'lar) ve serotonin-noradrenalin geri alım inhibitörleri (SNRI'lar) grubundaki antidepresanları YAB için birinci basamak farmakoterapi olarak önermektedir. Birçok randomize kontrollü çalışmada essitalopram, paroksetin, sertralin, duloksetin, venlafaksin gibi SSRI/SNRI ilaçların plaseboya üstün etkinliği gösterilmiş; bu ilaçlar ile anksiyete belirtilerinde azalma ve remisyon oranlarında artış kaydedilmiştir. Örneğin, 8 klinik çalışmanın meta-analizinde duloksetin ve essitalopramın YAB semptomlarını azaltmada etkili olduğu saptanmıştır (60). SSRI/SNRI'lar ayrıca YAB'ye sıklıkla eşlik eden depresif semptomları tedavi etmekte de fayda sağladığından, komorbid depresyon varlığında özellikle tercih edilirler. Bu antidepresanların başlıca dezavantajları, terapötik etkilerinin genellikle 2-4 hafta gibi bir gecikmeyle başlaması ve bazı hastalarda görülen yan etkilerdir (ör. başlangıçta artan anksiyete, gastrointestinal yan etkiler). Bu nedenle, ilk haftalarda hastanın yakın takibi önem taşır.

Buspiron, YAB tedavisinde sık kullanılan bir diğer ajandır. Buspiron, 5-HT_{1A} reseptörlerinde parsiyel agonist etki gösteren bir anksiyolitiktir. Özellikle sürekli endişe belirtisine etkili olup, sedatif etkisinin minimal olması ve bağımlılık yapmaması önemli avantajlarıdır. Buspironun etkin dozu genellikle günde 2-3 doza bölünmüş şekilde toplam 20-60 mg aralığındadır; terapötik etki genellikle 2 hafta sonunda belirginleşir. Başlangıçta benzodiazepin kullanan hastalarda buspirona geçiş yapılırken, etki başlangıcının yavaş olması nedeniyle bir süre iki ilacın birlikte verilip daha sonra benzodiazepinin kesilmesi önerilir (59). Buspiron, bilişsel veya psikomotor işlevlerde bozulmaya yol açmadığı ve yoksunluk sendromu yaratmadığı için uzun süreli tedavide güvenli kabul edilir. Özellikle benzodiazepin kötüye kullanım öyküsü olan YAB hastalarında buspiron iyi bir alternatif olabilir (59).

Benzodiazepinler, YAB belirtilerini hızla azaltabilen etkili anksiyolitiklerdir. Alprazolam, diazepam, lorazepam, klonazepam gibi benzodiazepinler, $GABA_A$ reseptörlerini modüle ederek güçlü anksiyolitik ve kas gevşetici etki gösterirler. Klinik olarak, şiddetli anksiyete yaşayan YAB hastalarında kısa vadede belirgin rahatlama sağlayabilirler. Nitekim meta-analiz verileri, benzodiazepinlerin kısa süreli kullanımda anksiyete semptomlarını giderme açısından SSRI/SNRI antidepresanlardan daha yüksek etki büyüklüğüne sahip olabildiğini ortaya koymuştur (61). Bununla birlikte, benzodiazepinlerin bağımlılık potansiyeli ve uzun süreli kullanımda tolerans gelişimi gibi ciddi riskleri nedeniyle, uluslararası tedavi kılavuzları bu ilaçların mümkünse 4-6 ayı geçmeyen kısa süreli kullanımını önermektedir (61). Özellikle madde kötüye kullanım riski düşük, diğer tedavilere yanıt vermeyen bazı hastalarda dikkatli ve yakından izlenerek benzodiazepin kullanımı gerekebilir. Klinik uygulamada, SSRI/SNRI tedavisine ilk başlanılan dönemde benzodiazepin eklenmesi, ilacın geç etki göstermesi nedeniyle ortaya çıkan erken dönem anksiyeteyi kontrol altına almaya yardımcı olabilir (61). Ancak benzodiazepinler kesilirken yoksunluk belirtilerine karşı dikkatli olunmalı ve doz kademeli azaltılmalıdır.

YAB tedavisinde kullanılan diğer farmakolojik ajanlar arasında antiepileptikler ve antihistaminikler de yer almaktadır. Özellikle pregabalin, bir antiepileptik olmasına rağmen YAB belirtilerini azaltmada etkili bulunmuş ve

Avrupa'da YAB endikasyonu almıştır. Bir derlemede pregabalinin YAB tedavisinde güçlü kanıt düzeyiyle etki gösterdiği belirtilmiştir (62). Pregabalin, glutamat salınımını azaltarak anksiyolitik etki yaratır ve bazı çalışmalarda etkisinin benzodiazepinlere benzer düzeyde olabildiği rapor edilmiştir. Bununla birlikte, sedasyon ve baş dönmesi gibi yan etkiler yapabildiğinden dozu bireysel tolere edilebilirlik gözetilerek ayarlanır. Hidroksizin gibi sedatif antihistaminikler de YAB'da kısa süreli anksiyete giderici olarak kullanılabilir; özellikle uykusuzluk ve bedensel gerginlik eşlik ediyorsa yatıştırıcı etkisiyle fayda sağlayabilir. Ayrıca β-bloker ilaçlar (ör. propranolol), YAB'daki çarpıntı, titreme gibi otonomik belirtilerin giderilmesinde yardımcı olabilir ancak yaygın endişe semptomlarını doğrudan düzeltmez; daha çok performans kaygısı veya durumluk anksiyetede tercih edilir.

Tedaviye dirençli veya komplike YAB olgularında antipsikotik ile güçlendirme stratejileri gündeme gelebilir. Düşük doz atipik antipsikotikler (örn. ketiapin, risperidon), özellikle YAB'ya eşlik eden uykusuzluk veya ajitasyon varlığında, kısa süreli olarak tedaviye eklenebilir. Ketiapinin YAB'da monoterapi olarak etkinliği bazı çalışmalarla gösterilmiş olsa da sedasyon ve metabolik yan etkileri nedeniyle genellikle ikinci basamak alternatif olarak düşünülür. Sonuç olarak farmakoterapide, hastanın semptom profiline ve eşlik eden durumlara göre uygun ilaç seçimi yapılır. Birçok vakada antidepresan ilaçlar ilk tercih olmakla birlikte, gerektiğinde benzodiazepin desteği veya buspiron eklenmesi gibi kombinasyonlar klinik pratikte yaygındır. Tedavinin yeterli süre (en az 6-12 ay) devam ettirilmesi, erken kesilmemesi ve doz optimizasyonu YAB'da nüksün önlenmesi için önemlidir (59).

2.1.2.4.3. Diğer tedavi yöntemleri

YAB hastalarının bir kısmı, ilaçların yan etkileri ve sınırlı etkinlikleri gibi nedenlerle tamamlayıcı ve alternatif tedavilere başvurmaktadır. Son yıllarda anksiyete bozukluklarında çeşitli tamamlayıcı yaklaşımların kullanımında artış gözlenmektedir. Bu yöntemler tek başına veya standart tedaviye ek olarak uygulanabilir ve bazı hastalarda fayda sağlayabilir. Düzenli egzersiz, yoga, meditasyon, nefes egzersizleri gibi yaşam tarzı düzenlemeleri fizyolojik ve psikolojik gevşemeyi destekleyerek anksiyeteyi azaltabilir (52).

Fitoterapi uygulamaları da (ör. papatya, oğulotu, kediotu, lavanta) YAB yönetiminde popülerdir; bazı küçük ölçekli klinik çalışmalar, bu bitkilerin plaseboya üstün olabildiğini göstermiştir (63). Örneğin Passiflora ekstresi, randomize bir çalışmada oksazepam kadar etkili bulunmuş, yan etkileri ise daha hafif olmuştur (64). Kava kava gibi bitkiler de anksiyetede etkili olabilir; ancak ciddi yan etkiler (ör. hepatotoksisite) nedeniyle dikkatle değerlendirilmelidir (63). Lavanta yağı, düşük doz lorazepam kadar etkili bulunmuş ve güvenli dozlarının belirlenmesi için daha fazla çalışma gerektiği vurgulanmıştır (63). Sarı kantaron gibi diğer bitkiler ise ilaç etkileşimleri nedeniyle dikkatle kullanılmalıdır.

Akupunktur, masaj ve aromaterapi gibi tamamlayıcı uygulamalar kısa süreli rahatlama sağlayabilir ancak ana tedavi yerine geçmemelidir. Bu tür yaklaşımlar hekimin bilgisi ve onayıyla, standart tedaviye yardımcı olarak uygulanmalıdır. Sonuç olarak, tamamlayıcı ve alternatif tedavilerin etkinliğine ilişkin veriler sınırlıdır ve daha fazla büyük örneklemli, kontrollü çalışmaya ihtiyaç vardır.

2.2. ALEKSİTİMİ

2.2.1. Aleksitimi Kavramı ve Tarihsel Gelişimi

Aleksitimi kavramı, ilk kez 1970'li yıllarda Peter Sifneos tarafından ortaya atılmış ve "duygular için sözcük yokluğu" anlamına gelen Yunanca kökenli bir terimle ifade edilmiştir (65). Başlangıçta daha çok psikosomatik hastalarda gözlenen bir özellik olarak tanımlanan aleksitimi, kişinin duygusal yaşantılarını fark etme, ayırt etme ve sözel olarak ifade etme becerisindeki belirgin yetersizliklerle ilişkilendirilmiştir. Sifneos'un orijinal tanımında, duyguları tanıma ve anlatmada zorluk, sınırlı imgelem kapasitesi ve dışsal odaklı düşünce biçimi temel unsurlar olarak vurgulanmıştır. 1970'li ve 1980'li yıllarda yapılan çalışmalar, aleksitiminin yalnızca psikosomatik hastalıklarla sınırlı olmadığını, aynı zamanda depresyon, anksiyete bozuklukları ve çeşitli psikiyatrik durumlarda da görülebildiğini göstermiştir (66).

Bu süreçte, aleksitimi bir kişilik özelliği ve duygusal işlevsellikteki kalıcı bir eksiklik olarak ele alınmaya başlanmış, günümüzde ise toplumun genelinde farklı

derecelerde gözlenebilen çok boyutlu bir yapı şeklinde kabul edilmekte hatta sağlıklı bireylerde de acı veren duygularla baş etme mekanizması veya kişilik özelliği olarak ele alınabilmektedir (2,66). Duyguları tanıma ve ifade etmede güçlük, içsel yaşantılar yerine daha çok dış dünyaya odaklı düşünce tarzı ve düş gücünün sınırlılığı aleksitiminin belirgin özellikleri arasında yer alır (3). Ayrıca, sınırlı imgelem kapasitesi, dürtüsel davranış eğilimleri, empati eksikliği, somatizasyona yatkınlık ve duygusal deneyimlerin yetersiz sözel ifadesi de bu tabloya eşlik edebilir (4).

2.2.2. Aleksitimi Türleri

2.2.2.1. Birincil aleksitimi

Birincil aleksitimi, bireyin nörobiyolojik ya da gelişimsel nedenlerle duyguları tanıma ve ifade etmede yapısal bir yetersizliğe sahip olmasıyla karakterizedir. Bu durum, bireyin çocukluk çağından itibaren var olan, kalıcı ve genellikle dışsal etkenlerle değiştirilemeyen bir özellik olarak kabul edilmektedir (66). Birincil aleksitimi, çoğunlukla beyin gelişiminin belirli dönemlerinde ortaya çıkan nöronal bağlantı bozukluklarıyla -özellikle de ön singulat korteks, insula ve limbik sistemin diğer bölgelerinin işlev bozukluğuyla- ilişkilendirilmektedir (67). Nörogelişimsel perspektiften bakıldığında, birincil aleksitimili bireylerde, çocuklukta duygusal öğrenmenin ve empatik kapasitenin yeterince gelişmemesi de önemli bir risk faktörü olarak görülmektedir.

Birincil aleksitiminin temel özellikleri arasında duyguları tanıma ve adlandırmada zorluk, başkalarının duygusal ifadelerini anlamada eksiklik ve içsel yaşantılar yerine daha çok dışa dönük, pratik ve somut düşünce tarzı ön plana çıkmaktadır (66,68). Bu bireylerde duygusal farkındalığın kısıtlı olması, empati yoksunluğu ve hayal kurma becerisinin düşük olması sıkça gözlemlenen diğer klinik belirtilerdir. Ayrıca, birincil aleksitiminin tedaviye dirençli olması ve psikoterapötik müdahalelere sınırlı yanıt vermesi de ayırt edici bir özellik olarak literatürde vurgulanmaktadır (66). Birincil aleksitimi, çeşitli nöropsikolojik testler ve özellikle Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20) gibi kendini değerlendirme ölçekleriyle ölçülebilmektedir (68). Ancak, birincil aleksitimi tanısında, sekonder (ikincil)

aleksitimiyle karışıklık yaşanabileceğinden, kişinin geçmiş öyküsü, travma geçmişi ve psikiyatrik komorbiditeleri ayrıntılı olarak değerlendirilmelidir. Birincil aleksitimiye sahip bireylerde sosyal ilişkilerde güçlükler, kişilerarası iletişimde yetersizlik ve somatik şikâyetlerin ön planda olması sık rastlanan klinik sonuçlardır. Ayrıca, duyguların tanınamaması ve ifade edilememesi, psikososyal uyumda ve stresle baş etmede önemli sorunlara yol açabilmektedir (67). Birincil aleksitiminin biyolojik kökenli olduğu kabul edilmekle birlikte, mevcut bulgular çevresel, gelişimsel ve psikososyal faktörlerin de etkili olabileceğini göstermektedir (69).

Sonuç olarak, birincil aleksitimi; kalıcı, gelişimsel ve yapısal bir özellik olup, bireyin yaşam kalitesini ve psikososyal işlevselliğini olumsuz etkileyen önemli bir klinik fenomendir. Tanı ve ayırıcı tanı sürecinde öykü ve nöropsikolojik değerlendirme oldukça kritiktir. Tedavi açısından ise bilişsel-davranışçı yaklaşımların ve duygusal farkındalık çalışmalarının birincil aleksitimiye sahip bireylerde sınırlı fayda sağlayabildiği, bu nedenle daha özgün müdahale yöntemlerine gereksinim olduğu belirtilmektedir (66).

2.2.2.2. İkincil aleksitimi

İkincil aleksitimi (sekonder aleksitimi), genellikle psikiyatrik hastalıklar, travmatik yaşam olayları, kronik stres veya duygusal travmalar sonucu sonradan gelişen ve çoğu zaman altta yatan psikopatolojinin düzelmesiyle birlikte azalan veya tamamen ortadan kalkabilen bir durumdur (66, 70). İkincil aleksitimi, doğrudan nörogelişimsel veya biyolojik temelli olmayan; daha çok bireyin yaşamı boyunca karşılaştığı olumsuz psikososyal deneyimler ya da psikiyatrik bozuklukların bir sonucu olarak gelişmektedir (71). Bu yönüyle birincil aleksitimiden ayırt edilmesi önemlidir. Özellikle travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), depresyon, anksiyete bozuklukları ve bazı kişilik bozuklukları, ikincil aleksitiminin en sık gözlendiği klinik tablolar arasındadır.

Travmatik yaşam olayları veya kronik stres, bireyde baş etme stratejileri geliştirmek adına duygusal süreçlerin bilinçli veya bilinçdışı olarak bastırılmasına yol açabilir. Bu durum zamanla kişinin duygularını tanıma ve ifade etme kapasitesinde

azalma ile sonuçlanır (70). Örneğin, ağır çocukluk çağı travması geçirmiş bireylerde duygusal kopukluk, içe dönüklük ve duygusal donukluk hali sıkça gözlemlenmektedir. Bu kişilerde, duygularını dile getirememe ve başkalarının duygusal ifadelerine karşı kayıtsızlık, ikincil aleksitiminin tipik özellikleri arasında sayılır (66). İkincil aleksitimi, çoğu zaman dinamik ve geçici bir nitelik taşır. Altta yatan psikiyatrik bozukluğun tedavi edilmesi veya psikososyal stresörlerin ortadan kaldırılması ile ikincil aleksitimi semptomlarında belirgin bir düzelme görülebilir (71). Bu nedenle ikincil aleksitimiye sahip bireylerin değerlendirilmesinde, hastanın yaşam öyküsü, psikososyal çevresi ve geçirdiği psikiyatrik hastalıkların ayrıntılı olarak sorgulanması gereklidir. Klinik olarak ikincil aleksitimi, bireyin tedavi sürecine uyumunu ve psikoterapötik müdahalelerden fayda görmesini olumsuz etkileyebilir. Özellikle yoğun anksiyete, travma ve depresyon durumlarında, bireyin duygularını tanıma ve ifade etmedeki yetersizliği, tedavi motivasyonunu ve terapötik ilişkiyi zayıflatabilir (70).

Son yıllarda yapılan çalışmalar, ikincil aleksitiminin biyopsikososyal model çerçevesinde değerlendirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Biyolojik yatkınlık, çevresel stres faktörleri ve kişilik özelliklerinin etkileşimi ile ortaya çıkan ikincil aleksitimi, tedavi sürecinde esnek müdahaleler gerektirmektedir (71). Özellikle travma odaklı psikoterapiler, duygusal farkındalığı artırmaya yönelik müdahaleler ve destekleyici psikoeğitimsel yaklaşımlar, ikincil aleksitimiye sahip bireylerde olumlu sonuçlar verebilmektedir. Sonuç olarak, ikincil aleksitimi; travma, psikiyatrik bozukluklar veya yoğun psikososyal stresin ardından gelişen, çoğunlukla geçici ve tedavi edilebilir bir durumdur. Doğru tanı ve bütüncül bir tedavi yaklaşımı, ikincil aleksitimiyle ilişkili işlevsel kayıpların azaltılması ve bireyin psikososyal uyumunun artırılması açısından kritik öneme sahiptir (6).

2.2.3. Epidemiyoloji

Genel toplumda yapılan epidemiyolojik çalışmalara göre aleksitimi prevalansı değişkenlik göstermekle birlikte, yaklaşık %10-13 civarındadır (72,73). Örneğin, Finlandiya'da 5035 erişkin birey üzerinde yapılan geniş ölçekli bir toplum çalışmasında, Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20) kullanılarak aleksitimi prevalansı %13 olarak bulunmuştur (73). Cinsiyet açısından yapılan çeşitli çalışmalarda

aleksitiminin erkeklerde kadınlara kıyasla daha yüksek oranda görüldüğü saptanmıştır. Bunun, erkeklerde duyguların ifade edilmesine dair sosyal normların daha baskılayıcı olmasıyla ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Aynı Finlandiya çalışmasında erkeklerde prevalans %17 iken, kadınlarda %10 düzeyindeydi (72).

Yaş ve eğitim düzeyi açısından araştırmalarda yaş ilerledikçe aleksitimi oranlarında artış gözlemlenmiştir. Özellikle ileri yaş grubunda (65 yaş ve üzeri) daha yüksek aleksitimi skorları rapor edilmiştir. Bu durum, yaşa bağlı bilişsel ve duygusal değişiklikler, sosyal izolasyon ve sağlık sorunları ile ilişkilendirilmektedir (73). Ayrıca düşük eğitim düzeyi ve düşük sosyoekonomik durum ile aleksitimi arasında da anlamlı ilişki saptanmıştır. Eğitim düzeyi yükseldikçe duygusal farkındalık ve ifade becerilerinin geliştiği düşünülmektedir.

2.2.4. Etiyoloji ve Risk faktörleri

2.2.4.1. Nörobiyolojik faktörler

Beyin Yapıları

Beyin görüntüleme ve nöropsikoloji alanındaki araştırmalar, aleksitimik bireylerde belirli beyin yapılarında yapısal ve işlevsel farklılıklar olduğunu ortaya koymuştur. Tarihsel olarak, MacLean'in "viseral beyin" kuramı limbik sistem (duygusal beyin) ile neokorteks arasındaki iletişimin zayıflamasının duyguları tanımlayamama ile sonuçlandığını öne sürmüştür (74). Benzer şekilde Hoppe ve Bogen, aleksitiminin beyinde iki yarıküre arasındaki bağlantı yetersizliğinden kaynaklanabileceğini, özellikle duygusal işlemlemede baskın olan sağ yarıkürenin katkısının azalmasıyla ortaya çıkabileceğini ileri sürmüşlerdir (75). Nitekim, işlevsel nörogörüntüleme çalışmaları duygusal uyarana maruz kalan aleksitimik bireylerin limbik sistem bölgelerinde – örneğin anterior singulat korteks (ACC), ön insula ve amigdala – ve prefrontal kortekste sağlıklı bireylere kıyasla daha düşük aktivasyon gösterdiğini bildirmektedir (76). Özellikle ACC'nin duyguları izleme ve düzenlemedeki rolü nedeniyle aleksitimide sıkça disfonksiyon gösterdiği vurgulanmıştır.

Yapısal beyin görüntüleme çalışmaları, aleksitimi düzeyi yüksek bireylerde özellikle sol insula, sol amigdala, orbitofrontal korteks ve striatum gibi bölgelerde anlamlı derecede hacim azalması olduğunu göstermektedir. Bu alanlar, bireyin hem duygusal farkındalığı hem de bedensel duyumların algılanması ve işlenmesinde kritik işlevlere sahiptir. Ayrıca, ayna nöron sisteminin temel parçaları olan inferior frontal gyrus, parietal ve temporal kortekste de işlevsel farklılıklar tespit edilmiştir. Bu nöroanatomik bulgular, aleksitiminin limbik yapılar ve frontal korteks arasındaki bağlantı zayıflığı ile hemisferler arası entegrasyon eksikliğinden kaynaklanabileceğini göstermektedir (77).

Nörotransmitter Sistemleri

Aleksitiminin nörobiyolojik temelinde, beyin kimyasallarının (nörotransmitterlerin) dengesindeki bozulmalar da önemli yer tutar. Özellikle duyguların nörofizyolojisiyle ilişkili serotonin, dopamin, glutamat ve endojen opioid sistemlerindeki düzensizliklerin aleksitimiyle bağlantılı olabileceği öne sürülmüştür. Çocukluk çağı travmaları bağlamında ortaya atılan bir nörogelişimsel model, erken dönemde kronik stres yaşayan bireylerin öncelikle beyinlerinde hipermetabolik bir dönem yaşadıklarını, bu sırada dopaminerjik ve glutamaterjik sistemlerde aşırı duyarlılık geliştiğini belirtmektedir (77). Bu aşırı uyarılmış durum, bireyin duygusal uyarana karşı yoğun tepkiler vermesine yol açabilir. Ancak travma devam ettikçe beyin, bir savunma mekanizması olarak, hipometabolik-dissosiyatif bir faza geçiş yapabilir; bu ikinci evrede ise serotonerjik ve opioid sistemlerde bir baskılanma (düşük aktivite) görülür (77). Sonuçta, art arda gelen bu nörokimyasal değişimler bireyin içsel duyumlarını ve duygularını algılama kapasitesini körelterek aleksitimiye zemin hazırlar; kişi adeta duygularına karşı "uyuşturulmuş" bir hale gelir. Nitekim aleksitimik bireylerde yapılan bazı farmakolojik çalışmalarda, serotonin metabolizmasıyla ilişkili belirteçlerde ve dopamin düzeylerinde farklılıklar gözlemlenmiştir (örn. düşük serotonin aktivitesi ile duygusal farkındalık eksikliği arasındaki ilişki).

Bununla birlikte, opioid sistemdeki düzensizliklerin de duygusal acının farkına varılmasını engelleyebileceği düşünülmektedir (77). Moleküler düzeyde genetik

çalışmalar da bu nörotransmiter sistemlerine işaret etmektedir: Serotonin taşıyıcısı ve reseptörleri ile dopamin metabolizmasıyla ilişkili genlerdeki varyasyonlar (aşağıda ayrıntılı tartışılacaktır) aleksitimi riskiyle bağlantılı bulunmuştur (77). Özetle, nörotransmitter sistemlerindeki dengesizlikler – özellikle serotonin ve dopamin sistemleri – aleksitimide duyguların yeterince işlenememesine katkıda bulunan önemli biyokimyasal etkenler olarak görülmektedir.

Genetik Etkiler

Aleksitiminin etiyolojisinde kalıtımsal faktörler önemli bir rol oynar. İkiz çalışmaları, aleksitimide genetik etkinin toplam varyansın yaklaşık %30'unu açıkladığını, geri kalanının ise paylaşılan ve bireye özgü çevresel faktörlere bağlı olduğunu göstermektedir (78). Bu bulgu, aleksitiminin hem genetik yatkınlıklar hem de çevresel etkilerin etkileşimiyle ortaya çıktığını destekler. Özellikle duygusal düzenleme süreçlerinde görevli genlerdeki bazı varyasyonların aleksitimi ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Sistematik derlemeler, başta serotonerjik yolaklar olmak üzere serotonin taşıyıcı geni (SLC6A4, 5-HTTLPR), serotonin reseptör genleri (HTR1A, HTR2A), dopamin D2 reseptör geni (DRD2), katekol-O-metiltransferaz (COMT), beyin kaynaklı nörotrofik faktör (BDNF) ve oksitosin reseptör geni (OXTR) gibi genlerdeki polimorfizmlerin aleksitimiyle bağlantılı olabileceğini göstermektedir (79). Ancak oksitosinin rolü halen net değildir ve daha fazla araştırmaya gereksinim vardır (77). Ayrıca VDBP, TP53AIP1, ARHGAP32 ve TMEM88B gibi diğer bazı genlerde de ilişkilere rastlanmıştır (79). Şu ana dek aleksitimiye özel bir genom-düzeyinde (GWAS) tarama yapılmamış, bulgular çoğunlukla aday gen çalışmalarına dayanmaktadır. Sonuç olarak, genetik etkenler aleksitiminin önemli bir bileşenini oluşturmakla birlikte, gen-çevre etkileşimlerinin netleşmesi için daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

2.2.4.2. Psikososyal faktörler

Erken Dönem Bağlanma Stilleri

Aleksitiminin gelişiminde bireyin yaşamının ilk yıllarındaki bağlanma deneyimleri kritik bir rol oynayabilir. Bağlanma kuramı, çocuk ile bakımveren (genellikle anne) arasındaki duygusal etkileşimin, çocuğun ileriki yaşamında duyguları işleme biçimini büyük ölçüde etkilediğini öne sürer (38). Güvenli bağlanma yaşayan çocuklar, duygularını rahatça ifade etmeyi ve duygusal ihtiyaçlarının karşılanacağını deneyimlerken; güvensiz bağlanma tarzına maruz kalanlar (örneğin anne-babanın tutarsız, ihmal edici veya reddedici tutumu) duygularını bastırmayı veya görmezden gelmeyi öğrenebilirler. Nitekim araştırmalar, güvensiz bağlanma stillerinin aleksitimi ile anlamlı düzeyde ilişkili olduğunu göstermektedir. Yakın zamanda 67 çalışmayı kapsayan bir meta-analizde, bağlanma güvensizliği ile aleksitimi arasında $r \approx 0.30$ düzeyinde pozitif bir korelasyon saptanmıştır (80) Özellikle kaygılı/kararsız bağlanma gösteren bireylerin, duygularını düzenlemede ve tanımlamada daha ciddi sorunlar yaşadığı, dolayısıyla aleksitimik eğilimlerinin daha belirgin olabileceği bildirilmiştir. Bu durum, erken çocukluk döneminde bakımverenden gelen duygusal tepki ve aynalamanın yetersiz olmasının, çocuğun kendi duygularını anlama kapasitesini sınırlandırabileceğini düşündürmektedir. Örneğin, ebeveyninin duygusal ifadeleri tahmin edilemez veya korkutucu olan bir çocuk, duygusal ipuçlarını okuyup anlamlandırmayı öğrenemeyebilir. Bağlanma literatüründe, kaçınmacı bağlanma stilinin de aleksitimi ile güçlü bir ilişki gösterdiği belirtilmiştir (80).

Travma Öyküsü

Çocukluk döneminde yaşanan travmatik deneyimlerin, bireyin duygusal gelişimini olumsuz etkileyerek aleksitimi riskini artırdığı güçlü bulgularla gösterilmiştir. Özellikle çocukluk çağı istismar ve ihmalinin, yetişkinlikte aleksitimi ile anlamlı şekilde ilişkili olduğu birçok çalışmada saptanmıştır. Stanford Üniversitesi'nin 36 binden fazla katılımcıyla gerçekleştirdiği kapsamlı bir meta-analiz, çocukluk dönemi duygusal ihmal ve istismarının aleksitiminin en güçlü öngördürücülerinden biri olduğunu ortaya koymuştur (81). Duygusal ihtiyaçların

karşılanmadığı veya duygusal açıdan zarar görülen çocukların, yetişkinlikte duygularını tanımada ve ifade etmede daha fazla güçlük yaşadığı belirlenmiştir. Özellikle duygusal ihmal ve istismar, aleksitimi puanlarında en belirgin artışla ilişkilendirilmiştir.

Fiziksel ihmal de aleksitimi için önemli bir risk faktörüdür; temel bakım eksikliği yaşayan çocuklar, duygusal gereksinimlerinin değersiz olduğu mesajını alarak kendi duygularına yabancılaşabilirler. Fiziksel ve cinsel istismar da aleksitimiyle ilişkili olmakla birlikte, duygusal ihmal ve istismarın etkisinin daha güçlü olduğu vurgulanmaktadır (81). Bu bulgular, çocukluk travmalarının duygusal dünyada kalıcı izler bırakarak, bir baş etme mekanizması olarak duyguların bastırılması veya dissosiyasyon (kendinden ve duygulardan kopma) geliştirilmesine yol açabileceğini göstermektedir (82). Travmatik yaşantısı olan bireylerde sıklıkla disosiyatif belirtiler ve aleksitimi bir arada görülmekte, bu kişiler yoğun duygusal stres karşısında hem duygusal ifadelerini kısıtlamakta hem de gerçeklikten kopukluk yaşayabilmektedir (82). Sonuç olarak, çocukluk çağı travmaları aleksitimi gelişiminde güçlü bir psikososyal risk faktörü olarak kabul edilmekte ve travma öyküsünün değerlendirilmesi aleksitiminin kökenini anlamada kritik önemdedir. Bu veriler, travma geçirmiş bireylerde duygusal farkındalığı artırmaya yönelik terapötik müdahalelerin gerekliliğine de işaret etmektedir.

Aile Dinamikleri ve Sosyal Öğrenme

Bireyin duygusal becerilerinin gelişiminde, çocuklukta içinde bulunduğu aile ortamının niteliği temel bir rol oynar. Ailede duyguların nasıl ifade edildiği, tartışıldığı veya bastırıldığı, çocuğun kendi duygularına yaklaşımını belirler. Araştırmalar, aile dinamiklerinin ve aile içindeki duygusal ifade düzeyinin, ileriki yaşamda aleksitimi eğilimini öngördüğünü göstermektedir. Özellikle çocukluk döneminde aile ortamında duyguların açıkça ifade edilmediği, yani ailenin duygusal olarak suskun ya da bastırıcı olduğu durumlarda, bireylerin yetişkinlikte daha yüksek aleksitimi skorlarına sahip oldukları bulunmuştur (83). Ailede düşük ifade edilebilirlik düzeyinin, aleksitimik eğilimlerin en güçlü yordayıcısı olduğu gösterilmiştir; çocuklar, duygularını dile

getirdiklerinde karşılık görmüyorsa veya duyguları küçümseniyorsa, yetişkinlikte duygularını tanımlamada güçlük çekebilirler.

Sosyal öğrenme teorisi de bu süreci açıklamada önemlidir; çocuklar, duygularını nasıl yöneteceklerini ve ifade edeceklerini büyük oranda ebeveynlerinden model alarak öğrenirler. Duyguların konuşulmasının tabu olduğu, duygusal ihtiyaçların karşılanmadığı ya da çocukların duygusal yaşantılarının göz ardı edildiği aile ortamları aleksitimik profilin gelişmesine zemin hazırlayabilir. Buna karşın, duygusal olarak destekleyici ve açık iletişimin olduğu ailelerde yetişen çocukların duygusal farkındalıklarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. İlginç bir şekilde, ebeveynlerin kendilerinde de aleksitimik özellikler bulunması, aile dinamiği üzerinden çocukta benzer özelliklerin gelişme riskini daha da artırmaktadır. Sonuç olarak, aile içindeki etkileşim örüntüleri ve sosyal öğrenme süreçleri aleksitiminin psikososyal etiyolojisinde merkezi bir rol oynamaktadır (83).

Kültürel Etkiler

Aleksitiminin sıklığı ve ifade biçimi kültürler arasında önemli farklılıklar gösterebilir. Kültürel normlar ve değerler, bireylerin duygularını yaşama ve ifade etme biçimlerini şekillendirerek aleksitimiye yatkınlığı dolaylı olarak etkileyebilir. Örneğin, Doğu Asya toplumlarında duyguların ifade edilmesinde ölçülülük ve dolaylılık ön plandayken, Batı kültürlerinde duyguların açıkça ifade edilmesi daha çok teşvik edilir. Bu durumun aleksitimik eğilimlere de yansıdığı; Japon yetişkinlerin Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAS-20) puanlarının, Birleşik Krallık'taki yetişkinlere göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulunmuştur (84).

Kültürel etkinin daha incelikli bir yönü ise, kültürler arası farkın özellikle aleksitiminin "dışa dönük düşünce" boyutunda belirginleşmesidir (85). Dere ve arkadaşlarının araştırmasında, Çinli ve Batılı örneklemler karşılaştırıldığında, geleneksel Asya değerlerini benimseyenlerde dışa dönük düşüncenin, modern Batı değerlerine sahip olanlarda ise içe dönük duygusal işlemlemenin daha yaygın olduğu gösterilmiştir (85). Buna karşın, "duyguları tanıma" ve "duyguları sözel ifade etme" boyutlarında kültürel farkların daha sınırlı olduğu görülmektedir.

Bu bulgular, bazı kültürlerde yüksek aleksitimi skorlarının gerçek bir duygusal körlükten ziyade, kültürel olarak teşvik edilen belirli bir düşünce tarzını yansıtıyor olabileceğini düşündürmektedir. Sonuç olarak, kültürel normlar aleksitiminin hem ortaya çıkışını hem de değerlendirilmesini karmaşıklaştırmakta; ölçüm araçlarının kültürel geçerliği ve duygusal normlar mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır. Kültürel değerlerin duygusal yaşantı üzerindeki etkisi, aleksitiminin anlaşılmasında ve kültüre duyarlı müdahalelerin geliştirilmesinde kritik önem taşır.

Kişilik Özellikleri

Aleksitimi, bireyin genel kişilik yapısıyla yakından ilişkilidir ve bazı araştırmacılar tarafından bir kişilik boyutu olarak ele alınmaktadır. Beş Faktörlü Kişilik Modeli'ne dayalı çalışmalarda, aleksitimik eğilimlerin belirli kişilik profilleriyle tutarlı ilişkiler gösterdiği saptanmıştır. Yapılan meta-analizler, yüksek aleksitimi düzeyine sahip bireylerin genellikle yüksek nevrotiklik, düşük dışadönüklük, düşük açıklık, düşük uyumluluk ve düşük özdenetim/sorumluluk puanlarına sahip olduğunu ortaya koymuştur (86). Yani, duygusal olarak kararsız ve olumsuz duygulanıma eğilimli (yüksek nevrotiklik), içe dönük, yeni deneyimlere kapalı, empati düzeyi ve sosyal uyumu düşük bireylerde aleksitimi daha yaygın görülmektedir. Buna karşılık, sosyal olarak girişken, açık fikirli, empatik ve planlı bireylerde aleksitimi daha nadirdir (86).

Ayrıca, aleksitimi bazı psikiyatrik kişilik bozukluklarıyla da ilişkilidir. Özellikle şizoid ve kaçıngan kişilik örüntülerinde görülen duygusal soğukluk ve içe kapanıklık, bu bireylerde aleksitimi skorlarının yüksek olmasına yol açmaktadır. Borderline kişilik bozukluğunda ise duyguların yoğun yaşanmasına rağmen, bunları anlama ve düzenleme güçlüğü aleksitiminin özellikle "duyguları tanıma" boyutunu etkileyebilmektedir. Bununla birlikte, aleksitimi çoğunlukla normal kişilik yelpazesinde dağılan bir özellik olarak kabul edilmekte ve yalnızca uç noktalarda klinik olarak belirginleşmektedir. Sonuç olarak, kişilik özellikleri aleksitimi gelişiminde zemin hazırlayıcı rol oynayabilmektedir. Özellikle içedönük ve düşük duygusal ifade kapasitesine sahip bireylerde, çevresel deneyimler de bu eğilimi pekiştiriyorsa, ileride duygularını tanımakta ve ifade etmekte belirgin zorluklar ortaya

çıkabilir. Bu nedenle, aleksitimiye eşlik eden kişilik profillerinin tanımlanması, hem risk altındaki bireylerin erken tespiti hem de kişiye özel müdahale geliştirilmesi açısından önem taşımaktadır (86).

2.2.5. Aleksitimi Belirtileri

Aleksitiminin en temel belirtisi, kişinin kendi duygularını tanımada yaşadığı zorluktur. Aleksitimik bireyler, genellikle içsel duygusal durumlarını isimlendirmekte ve ayırt etmekte güçlük çekerler. Örneğin, "üzgün müsün, endişeli misin yoksa kızgın mısın?" gibi sorulara yanıt verirken ne hissettiklerini belirleyemez veya uygun sözcükleri bulamazlar. Bu bireyler, çoğunlukla "iyi" ya da "kötü" gibi yüzeysel ve genel ifadeler kullanırlar (66,68). İkinci olarak, duygularını ifade etmede güçlük önemli bir belirtidir. Aleksitimili kişiler, hem kendi duygularını sözlü olarak aktarmada hem de yazılı veya sanatsal yollarla dışa vurmakta yetersizdirler. Duygusal deneyimlerini başkalarıyla paylaşmakta çekingen davranırlar ve çoğu zaman çevreleri tarafından "duygusuz" veya "soğuk" olarak algılanabilirler. Bu durum, sosyal ilişkilerde empati eksikliği ve kişilerarası iletişimde yüzeysellik olarak kendini gösterebilir (66).

Bir diğer belirgin semptom, duygusal deneyimlerle bedensel duyumları ayırt edememe durumudur. Aleksitimili bireyler, yaşadıkları kaygı, öfke, hüzün gibi duyguları bedensel semptomlar (örneğin baş ağrısı, mide bulantısı, kalp çarpıntısı) olarak deneyimleyebilirler. Duygusal bir uyarana karşı oluşan bu tür bedensel tepkiler, çoğu zaman yanlışlıkla tıbbi hastalık olarak değerlendirilir. Bu nedenle aleksitimi, psikosomatik bozukluklar ve somatizasyonla yakından ilişkilidir (4,68). Hayal kurmada ve imgelem kapasitesinde kısıtlılık da aleksitiminin önemli belirtilerindendir. Bu kişiler, fantezi kurma, rüya yorumlama ya da geleceğe dair yaratıcı düşünceler geliştirme konusunda belirgin yetersizlikler sergilerler. Bu kısıtlılık, içsel dünyalarının zenginliğinin azalmasına ve yaşamın anlamlandırılmasında zorluklara neden olabilir (66). Aleksitimide düşünce tarzı daha çok somut, dışa dönük ve mantıksal yapıdadır. Bu bireyler, soyutlama yapma ve sembolik düşünme becerilerinde eksiklik gösterirler. Hayata dair yaşantıları değerlendirme ve anlatmada daha çok dış gerçekliğe, olayların neden-sonuç ilişkilerine odaklanırlar; içsel duygu dünyasından ziyade objektif verilere

önem verirler (66). Bunun yanı sıra, aleksitimili bireylerde empati eksikliği sıkça görülmektedir. Hem kendisinin hem de başkalarının duygularını anlama ve bu duygulara uygun sosyal tepkiler verme konusunda yetersizlik söz konusudur. Empati eksikliği, kişilerarası ilişkilerde çatışmalara, yakınlık kuramama ve sosyal izolasyona yol açabilir (68). Aleksitimiye sahip bireylerde görülen duygusal tepkilerde kısıtlılık, stresli ya da travmatik yaşantılar karşısında donukluk, yüzeysellik veya beklenenin altında duygusal tepki verme şeklinde ortaya çıkabilir. Özellikle kayıp, ayrılık veya travma gibi yoğun duygusal yaşantılarda bu kişilerde gözle görülür bir duygu ifadesi olmayabilir (66).

Sonuç olarak, aleksitimi çok boyutlu ve kompleks bir sendrom olup, bireyin psikolojik işlevselliğini ve sosyal ilişkilerini olumsuz etkileyen çeşitli semptomlarla karakterizedir. Bu belirtilerin erken dönemde tanınması ve değerlendirilmesi, uygun psikoterapötik yaklaşımların geliştirilmesi açısından önem taşımaktadır.

2.2.6. Aleksitimi Tanı ve Değerlendirme Araçları

2.2.6.1. Nöropsikolojik testler& Psikometrik ölçekler

Günümüzde, aleksitimiyle ilişkili bilişsel ve duygusal işlevleri bütüncül olarak değerlendirmek için farklı yöntemler tercih edilmektedir (87).

A) Öz-Bildirim (Self-Report) Ölçekleri

1. **Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20):** En yaygın kullanılan, geçerliği ve güvenilirliği yüksek olan öz-bildirim ölçeğidir. Yirmi maddeden ve üç alt boyuttan oluşur: duyguları tanımlama güçlüğü, duyguları ifade etme güçlüğü ve dışa dönük düşünce tarzı.

2. **Bermond-Vorst Aleksitimi Ölçeği (BVAQ):** Bilişsel ve duygusal bileşenleri ayırabilen detaylı bir öz-bildirim ölçeğidir. Duyguları tanıma, sözelleştirme, analiz, duygusal uyarılma ve dışa dönüklük gibi boyutları ölçer.

3. **Levels of Emotional Awareness Scale (LEAS):** Duygusal farkındalık düzeyini ölçer; kısa cevaplı öykülerle katılımcının hem kendi hem de başkalarının duygularını ne düzeyde tanımlayabildiğini değerlendirir.

4. **Alexithymia Questionnaire for Children (AQC):** Çocuk ve ergenler için uyarlanmış, öz-bildirim formunda kısa bir aleksitimi ölçeğidir.

B) Öz-Bildirim Olmayan (Gözlemciye veya Performansa Dayalı) Ölçek ve Testler

1. **Observer Alexithymia Scale (OAS):** Kişinin duygusal işlevselliği, yakını veya klinisyen gibi üçüncü kişiler tarafından değerlendirilir.

2. **Structured Interview for Alexithymia (SIFA):** Klinik görüşme formatında yarı yapılandırılmış, uzman tarafından yapılan değerlendirmedir.

3. **Levels of Emotional Awareness Scale (LEAS) – Puanlayıcı Değerlendirme:** Katılımcıların verdikleri cevaplar eğitimli puanlayıcılar tarafından derecelendirilir. Böylece daha objektif bir değerlendirme sağlanır.

4. **Duygu Tanıma ve Yüz İfadeleri Testleri:** Ekman Yüz İfade Tanıma Testi, Karolinska Directed Emotional Faces (KDEF) gibi araçlar, bireyin farklı duygusal yüz ifadelerini tanıma performansını objektif olarak ölçer.

5. **Duygusal Sözcük Tanıma ve İşleme Testleri:** Duygusal kelime işleme, kişiye gösterilen kelimelerin duygusal içeriğini ayırt etme veya tanımlama performansını ölçer.

6. **Yürütücü İşlevler ve Bellek Testleri:** Wisconsin Kart Eşleme Testi (WCST), Stroop Testi, Trail Making Test gibi nöropsikolojik testlerle dikkat, bilişsel esneklik ve planlama gibi frontal lob işlevleri değerlendirilir. Aleksitimili bireylerde özellikle bu alanlarda performans düşüklüğü raporlanmıştır (87,88).

2.2.6.2. Aleksitimide Klinik Görüşme ve Ruhsal Durum Muayenesi

Klinik pratikte aleksitimi tanısının konulması ya da değerlendirilmesi yalnızca ölçeklerle sınırlı kalmamakta; aynı zamanda ayrıntılı bir klinik görüşme ve ruhsal durum muayenesi gerektirmektedir. Aleksitimili bireylerde duygusal yaşantıların anlatımında gözlemlenen belirgin yüzeysellik, konuşmalarında genel ifadeler kullanmaları, duygularını tanımlarken sıklıkla "iyi", "kötü", "normal" gibi belirsiz sıfatlara başvurmaları tipiktir (87). Klinik görüşmede sıkça rastlanan bir diğer özellik de danışanın bedensel yakınmalarına odaklanması ve duygusal durumlarını tanımlamaktansa somatik belirtilerinden söz etmesidir. Örneğin, "Kendimi kötü hissediyorum, midem ağrıyor" ya da "Stresliyim ama ne hissettiğimi bilmiyorum" gibi ifadeler kullanılabilir (5).

Aleksitimili bireylerde öykü alma sırasında, sosyal ilişkiler, aile ve iş yaşamı sorgulanırken, kişinin başkalarının duygularını anlama ve bunlara uygun tepki verme kapasitesi de değerlendirilmelidir. Empati kurmada zorlanma, duygusal ifadelerde kısıtlılık ve sözel olmayan ipuçlarını anlamada yetersizlik öne çıkan bulgulardır (68). Klinik görüşmede, hastadan yakın ilişkilerinde veya zorlayıcı yaşam olaylarında ne hissettiğini ve bu duygularını nasıl ifade ettiğini anlatması istenebilir. Ancak aleksitimili bireyler, çoğunlukla bu tip soruları yüzeysel yanıtlayabilir veya duygusal içeriği bilişsel yorumlara indirgeyebilirler.

Ruhsal durum muayenesinde ise, özellikle affekt ve düşünce süreçlerinin değerlendirilmesi önem taşır. Aleksitimide affekt çoğunlukla donuk, kısıtlı ya da uygunsuz olarak gözlenebilir. Hastanın mimik, jest ve genel davranışlarında duygulanımın zayıf olması tipik bir bulgudur (87). Duygularını ifade etmekte güçlük yaşayan bireylerde, duygusal içeriği soyutlayarak daha çok somatik ve bilişsel düzeyde ifade etme eğilimi gözlenir. Ayrıca, konuşmanın içeriğinde duyguya ilişkin kelimelerin nadiren kullanılması, içgörüde kısıtlılık ve sosyal ilişkilerde mesafeli bir tutum da sık karşılaşılan özellikler arasındadır (89).

Sonuç olarak, aleksitimi tanısı için klinik görüşme ve ruhsal durum muayenesi, öz-bildirim ölçekleriyle birlikte tamamlayıcı bir rol oynar. Klinik görüşmede hastanın

duygusal yaşantıları ifade etme biçimi, sözel ve sözel olmayan davranışlar, affektin doğası ve sosyal ilişkilerdeki işlevsellik detaylıca değerlendirilmelidir. Böylece, duygusal farkındalık ve dışavurumun kısıtlılığı ile ilişkili diğer psikiyatrik bozukluklardan ayırıcı tanı yapılabilir ve uygun müdahale planı oluşturulabilir (68,87,89).

2.2.7. Aleksitimi ve Psikiyatrik Bozukluklar

2.2.7.1. Aleksitimi ve anksiyete bozuklukları

Anksiyete bozuklukları, YAB, panik bozukluk, sosyal anksiyete (sosyal fobi) ve çeşitli fobileri içeren bir grup ruhsal bozukluktur. Bu bozukluklarda sık görülen temel özellik, yoğun ve kontrolü güç kaygı veya korku duygularıdır. Yapılan araştırmalar, anksiyete bozukluğu olan bireylerde aleksitimi düzeylerinin sağlıklı kontrollere kıyasla anlamlı derecede yüksek olabildiğini göstermektedir. Nitekim kaygı temelli sorunları olan hastaların duygularını fark etme ve ifade etme konusunda zorlandıkları, bu nedenle içsel gerginliklerini yeterince işlemleyemedikleri düşünülmektedir. Aleksitimik eğilimler, anksiyete bozukluğu olan bireylerde duyguların tanınmamasına bağlı olarak bedensel belirtilerin ve kaygı hissinin daha da artmasına katkıda bulunabilir. Bazı kuramcılar, aleksitimik bireylerin yaşadıkları fizyolojik uyarılmaları uygun şekilde duygusal sinyaller olarak tanımlayamadıkları için bu uyarılmaları kontrol edilemeyen bir kaygı olarak deneyimleyebileceklerini öne sürmektedir. Bu bağlamda, aleksitimi ile anksiyete arasında pozitif yönde bir korelasyon saptanması şaşırtıcı değildir.

Nitel ve nicel araştırmalar, aleksitimi ile anksiyete belirtilerinin sıklıkla birlikte seyrettiğini ortaya koymaktadır. Örneğin 211 yetişkinle yapılan bir çalışmada aleksitimi ölçek puanlarının anksiyete düzeyleriyle anlamlı pozitif korelasyon gösterdiği rapor edilmiştir (90). Benzer şekilde, Çin'de gerçekleştirilen bir çalışmada aleksitimi, depresyon ve anksiyete puanları arasında anlamlı pozitif ilişkiler bulunmuştur (90). Bu bulgular, duygularını tanımlayamayan bireylerin artan düzeyde kaygı ve bunaltı yaşama eğiliminde olduklarını desteklemektedir. Aleksitimik kişilerin, yaşadıkları bedensel duyumları (örn. çarpıntı, terleme, titreme gibi) doğru

biçimde duygusal arousal olarak yorumlamak yerine tehlikeli bedensel belirtiler olarak algılayabileceği ve panik/anksiyete döngüsünü tetikleyebileceği düşünülür. Bu nedenle aleksitimi, anksiyete bozukluklarının hem oluşumunda hem de sürmesinde rol oynayabilecek bir hassasiyet faktörü olarak ele alınmaktadır.

Panik bozukluğu örneği: Anksiyete bozuklukları içinde özellikle panik bozukluğu ile aleksitimi arasındaki ilişkiye dair dikkat çekici bulgular vardır. Panik bozukluğu, beklenmedik panik ataklarla ve bu atakların tekrarına dair yoğun kaygıyla seyreden bir bozukluktur. Panik bozukluğu hastalarının duygusal uyarılmalarını yorumlama biçimleri ve bedensel duyumlara odaklanma eğilimleri, aleksitimik özelliklerle ilişkili olabilir. 2020 yılında yapılan bir kesitsel çalışmada, panik bozukluğu tanılı hastaların yaklaşık %27'sinin aleksitimik olduğu, oysa diğer anksiyete bozukluğu (örn. YAB veya fobiler) olan hastalarda bu oranın %13 civarında kaldığı gösterilmiştir (91). Aynı çalışmada, panik bozukluğu grubunun "duyguları tanımlamada güçlük" alt boyutunda, diğer anksiyete bozukluğu grubuna kıyasla %25 daha yüksek skor aldığı saptanmıştır (91). Bu veriler, panik bozukluğu olan bireylerde aleksitiminin yaygınlığının ve şiddetinin diğer kaygı bozukluklarına göre daha yüksek olabileceğini göstermektedir. Araştırmacılar, panik bozukluğu hastalarının ani bedensel duyumlarını felaketçi şekilde yorumlama eğiliminin, kendi duygusal durumlarını adlandıramama (aleksitimi) ile ilişkili olabileceğini öne sürmektedir (91). Aleksitimik panik hastaları, yaşadıkları fiziksel belirtilerin duygusal kökenini fark edemediklerinden, bu belirtileri hemen bir bedensel felaketin habercisi olarak algılayıp panik atağa yol açan bir kısır döngü yaşayabilirler.

YAB ve diğer Anksiyete bozuklukları: Panik bozukluğunun yanı sıra, YAB ve sosyal anksiyete bozukluğu gibi diğer yaygın kaygı bozukluklarında da aleksitimi yüksek oranda gözlemlenebilmektedir. YAB, hemen her konuda sürekli endişe ve kaygı duyma haliyle karakterizedir; bu hastaların da kendi duygularını tanımlamakta zorlandıkları ve endişelerinin somut olaylara odaklanan düşünceler şeklinde kendini gösterdiği bildirilmektedir. Sosyal anksiyete bozukluğunda ise bireylerin sosyal ortamlarda yaşadıkları yoğun korku ve utanma duygularını adlandırmakta ve düzenlemekte güçlük çektikleri, bunun da kaçınma davranışlarını pekiştirdiği düşünülmektedir. Bir çalışmada, sosyal fobi hastalarının yaklaşık %50'sinin Toronto

Aleksitimi Ölçeği'ne göre aleksitimik özellikler taşıdığı belirtilmiştir (11). Bu oran, toplum ortalamasının (yaklaşık %10 kadarı aleksitimik kabul edilir) oldukça üzerindedir ve sosyal kaygısı olan bireylerin önemli bir kısmının duygusal farkındalık eksikliği yaşadığını ima eder.

Sonuç ve klinik çıkarımlar: Tüm bu bulgular ışığında, aleksitiminin anksiyete bozukluklarıyla yakından ilişkili olduğu ve bu bozuklukların belirtilerinin şiddetini etkileyebileceği sonucuna varılabilir. Aleksitimik eğilimler, anksiyete bozukluğu olan bireylerin tedavisini de zorlaştırabilir; zira bu hastalar tedavi sürecinde duygularını ifade etmekte zorlanabilir ve duygusal içgörü kazanmakta diğer hastalara göre daha yavaş ilerleyebilirler. Nitekim bazı klinik gözlemler, aleksitimik özelliklerin yüksek olduğu anksiyete bozukluğu vakalarında psikoterapötik ilerlemenin daha güç olduğunu öne sürmektedir. Bu nedenle, anksiyete bozukluklarının tedavisinde aleksitimi düzeyinin değerlendirilmesi önemli olabilir. Duygu tanıma ve ifade etme becerilerini geliştirmeye yönelik terapötik müdahaleler (örneğin duygu odaklı terapi teknikleri), aleksitimik anksiyete hastalarında kaygının azaltılmasına katkı sağlayabilir. Sonuç olarak, literatür genelinde aleksitimi ile anksiyete bozuklukları arasında kuvvetli bir ilişki bulunduğu, özellikle bazı alt türlerde (panik bozukluğu gibi) bu ilişkinin daha belirgin olabileceği anlaşılmaktadır. Bu bulgu, klinisyenlerin anksiyete bozukluğu hastalarında duygusal farkındalık ve ifade becerilerini de değerlendirmeleri ve tedavi planına bu alanı destekleyici girişimleri dahil etmeleri gerekliliğini vurgulamaktadır.

2.2.7.2. Aleksitimi ve depresif bozukluklar

Aleksitimi ile depresyon arasındaki bağlantı: Depresif bozukluklar, başta majör depresyon olmak üzere duygudurumda belirgin ve kalıcı bir çöküntü ile karakterize ruhsal bozukluklardır. Aleksitimi kavramı, tarihsel olarak ilk kez psikosomatik hastalarda tanımlanmış olsa da, sonraki yıllarda en sık araştırıldığı psikiyatrik alanlardan biri depresyon olmuştur. Genel olarak literatür, aleksitimi ile depresyon arasında güçlü ve tutarlı bir ilişki olduğunu göstermektedir (92). Çok sayıda çalışma, depresyon düzeyi arttıkça aleksitimi puanlarının da yükseldiğini, yani depresif belirtilerin şiddeti ile duyguları tanımlama/ifadede yaşanan güçlük arasında

pozitif bir korelasyon olduğunu bildirmektedir (92). Benzer biçimde klinik örneklemlerde de majör depresyon hastalarının sağlıklı bireylere göre anlamlı derecede daha yüksek oranda aleksitimik özellikler taşıdığı tutarlı bir bulgu olarak ortaya konmuştur. Depresif bozukluklarda sık görülen karamsarlık, ilgi kaybı, düşük enerji gibi belirtilerin yanı sıra, hastaların çoğu içsel duygu durumlarını tanımlamakta zorluk yaşadıklarını ifade etmektedir. Bu da aleksitimik özelliklerin, depresyonun hem bir sonucu olabileceği hem de belki kısmen nedeni veya yatkınlık faktörü olabileceği yönünde tartışmalara yol açmıştır.

Epidemiyolojik bulgular: Toplum temelli çalışmalarda depresif belirtiler ile aleksitimi arasında çarpıcı bağlantılar bulunmuştur. Örneğin 1339 kişilik bir toplum örnekleminde, belirgin aleksitiminin, neredeyse daima eşzamanlı depresif semptomlarla birlikte ortaya çıktığı, tek başına aleksitimik özelliğe çok nadiren rastlandığı belirtilmiştir (92). Bu bulgu, ağır düzeyde duygusal ifadelenme güçlüğü yaşayan bireylerin çoğunda en azından subklinik düzeyde depresif belirtilerin eşlik ettiğini göstermektedir. Başka bir çalışmada, birinci basamak sağlık hizmetine başvuran ve depresyon taraması yapılan kişiler arasında aleksitimi skorları yüksek olanların önemli bir kısmının aynı zamanda depresyon tanı ölçütlerini de karşıladığı rapor edilmiştir (92). Bu veriler, aleksitiminin genel popülasyonda dahi depresyonla örtüşme eğiliminde olduğunu ima etmektedir.

Neden-sonuç ilişkisi ve cinsiyet farkı: Aleksitimi ve depresyon arasındaki ilişkinin yönü ve doğası, araştırmacılar tarafından yoğun bir biçimde tartışılmıştır. Bir görüşe göre aleksitimi, kişiyi depresyona yatkın kılan bir kişilik yapısı (birincil aleksitimi, yani depresyon öncesinde de mevcut olan kalıcı özellik) olabilir. Alternatif görüş ise depresyonun duygusal işlemlerde bozulmaya yol açarak kişide ikincil bir aleksitimi tablosu yarattığıdır. Güncel kanıtlar her iki mekanizmanın da kısmen doğru olabileceğini düşündürmektedir. Örneğin klinik gözlemler, ağır depresyon geçiren hastalarda duyguları ifade etme kapasitesinin, depresyon düzeldikçe iyileşme gösterebildiğine işaret etmektedir (92). Nitekim 54 depresyon hastasını izleyen bir çalışmada, depresyon tedavisiyle birlikte hastaların aleksitimi puanlarının da anlamlı oranda azaldığı bulunmuştur. Bu, depresyonun kısmen çözülmesiyle duygusal farkındalıkta toparlanma olabileceğini göstermektedir. Ancak diğer taraftan,

depresyon iyileşse bile aleksitimi yüksek kalmaya devam eden bazı bireylerde, tam düzlüğe çıkmanın zorlaştığı da gözlemlenmiştir. Bu bulgu, eğer ki depresyon sırasında mevcut olan aleksitimi çözülmezse, depresif patolojinin de inatçı olabileceğine işaret etmektedir. Dolayısıyla, aleksitimiyi göz ardı ederek sadece depresyon semptomlarına odaklanan bir tedavi yaklaşımı, tam iyileşme açısından yetersiz kalabilir.

İlginç bir diğer bulgu da cinsiyet farkıdır. Bazı çalışmalar, kadın depresyon hastalarında erkeklere kıyasla biraz daha yüksek oranda aleksitimi görüldüğünü bildirmiştir (92). Bunun nedenine dair net bir açıklama olmamakla birlikte, kültürel rollerin kadınların duygularını dışa vurumunda farklı etkiler yaratması veya erkeklerin duygusal zorluklarını ifade etmede isteksiz olması gibi yorumlar yapılmıştır. Ancak genel anlamda her iki cinsiyette de depresyon–aleksitimi ilişkisinin güçlü olduğu ve cinsiyetin sadece küçük bir etki boyutuna sahip olabileceği düşünülmektedir.

Depresyonun farklı alt tipleri ve aleksitimi: Depresif bozukluklar heterojen bir gruptur ve her hastada aynı belirtiler ağırlıkta değildir. Örneğin melankolik özellikli depresyonda yoğun bir duygusal çökkünlük ve haz alamama ön plandayken, atipik depresyonda duygudurum reaktivitesi görülebilir. Bazı araştırmalar, aleksitiminin özellikle somatik yakınmaların eşlik ettiği depresyon alt tiplerinde daha belirgin olabileceğini öne sürmüştür (93). Örneğin eş zamanlı bedensel rahatsızlıkları (örn. diyabet, kalp hastalığı) olan depresyon hastalarında aleksitiminin daha yüksek bulunduğunu bildiren çalışmalar vardır (92). Bu durum, kronik bedensel hastalıkların yarattığı stresin ve duygu yönetim güçlüğünün, depresif tabloyla birleşerek aleksitimiyi pekiştirmesi şeklinde yorumlanabilir. Diğer yandan, kronik ağrı, fibromiyalji gibi durumlarla seyreden depresyonlarda da aleksitimi puanlarının yüksek olduğu, bu hasta grubunda depresyon, anksiyete ve somatizasyonun birlikte ilişkili olduğu görülmüştür (94). Bu bulgular, depresyonun bedensel belirtilerle ifade bulduğu tablolarda duygusal farkındalık eksikliğinin daha da belirgin olabileceğini düşündürmektedir.

Tedavi yanıtı ve prognoz üzerine etkiler: Aleksitiminin, depresyon tedavi sürecini ve sonucunu etkileyebileceğine dair bulgular da mevcuttur. Özellikle psikoterapi alan depresyon hastalarında, başlangıçtaki aleksitimi düzeyi yüksekse

tedavi ittifakı kurmak ve terapötik ilerleme sağlamak daha zor olabilmektedir. Bir psikoterapi çalışmasında, tedavi öncesi aleksitimi düzeyi yüksek olan depresyon hastalarında terapi sonunda depresyon belirtilerinin azalmasının sınırlı kaldığı bildirilmiştir (95). Bu, aleksitimik hastaların terapiye daha dirençli olabileceğini akla getirmektedir. Bununla birlikte, bazı farmakolojik tedavi araştırmaları, antidepresan kullanımının aleksitimi skorlarını da düşürebildiğini, özellikle duygudurum düzelirken duygusal ifadenin kısmen iyileşebildiğini not etmişlerdir.

Sonuç olarak Depresif bozukluklar ile aleksitimi arasında kuvvetli ve çift yönlü bir ilişki olduğu açıktır. Depresyon, bireyin duygusal algı ve ifade kapasitesini olumsuz etkilerken; yüksek aleksitimi de depresyonun kalıcılığına ve şiddetine katkıda bulunabilir. Klinik uygulamada, depresyon hastalarının aleksitimi düzeylerinin değerlendirilmesi, risk grubundaki hastaların belirlenmesi açısından önemlidir. Örneğin, tedaviye dirençli depresyon olgularında aleksitimik özelliklerin görece yaygın olduğu ve bu hastaların özel terapötik yaklaşımlardan (duygu düzenleme beceri eğitimleri gibi) fayda görebileceği önerilmektedir. Genel olarak, literatürdeki veriler aleksitiminin depresyonun ayrılmaz bir bileşeni olabileceğini, hatta bazı yazarların deyimiyle "yüksek aleksitimi skorunun depresif bir belirti olarak ele alınması gerektiğini" ima etmektedir. Bu doğrultuda, depresyon tedavisinde sadece semptomların değil, hastanın duygusal farkındalık ve ifade kapasitesinin de hedef alınması, uzun vadeli iyileşme ve tekrarların önlenmesi açısından kritik görünmektedir.

2.2.7.3. Aleksitimi ve somatoform bozukluklar& psikosomatik hastalıklar

Tarihsel arka plan ve kavramsal çerçeve: Aleksitimi kavramı, kökeni itibarıyla psikosomatik tıp alanında ortaya atılmıştır. 20. yüzyılın ortalarında yapılan gözlemler, bazı psikosomatik hastaların (örneğin mide ülseri, astım, hipertansiyon gibi bedensel rahatsızlıkları olan ancak bu rahatsızlıkların ortaya çıkışında duygusal etkenlerin rol oynadığı düşünülen hastalar) duygularını tanımakta ve ifade etmekte belirgin güçlükler yaşadıklarını ortaya koymuştur. Özellikle MacLean ve Sifneos gibi araştırmacılar, psikosomatik hasta grubunda "duygularını dile getirememe" özelliklerinin yaygın olduğunu rapor etmişlerdir (65,72). Sifneos, 1973 yılında bu

durumu tanımlamak için “aleksitimi” terimini literatüre kazandırmıştır (65). Psikosomatik hastalıklarda, kişinin yaşadığı duygusal çatışmaların bilinçdışı bir biçimde bedensel semptomlara dönüştüğü (somatizasyon) kuramı yaygın kabul görmüştür. Bu bağlamda aleksitimi, duygusal farkındalığın düşüklüğü nedeniyle, duyguların zihinsel olarak işlenemeyip doğrudan bedensel ifadelere yol açmasına zemin hazırlayan bir faktör olarak görülmüştür. Aleksitimik birey, örneğin öfkelendiğinde bunu zihninde “ben öfkelendim” diye tanımlayamıyorsa, yaşadığı fizyolojik uyarılmayı (kalp atışında hızlanma, tansiyon yükselmesi gibi) fark etmeksizin dışavurumcu bir biçimde deneyimleyebilir; bu da uzun vadede psikosomatik rahatsızlıklara yatkınlığı artırabilir.

Somatoform bozukluk kavramı: Somatoform bozukluklar, tıbbi olarak açıklanamayan fiziksel semptomların (ağrı, yorgunluk, mide-bağırsak şikayetleri gibi) varlığıyla karakterize, ancak altta yatan psikolojik etkenlerin rol oynadığı düşünülen bozukluklardır. DSM sınıflandırmalarında bu grup, güncel olarak “somatik belirti bozukluğu” ve ilgili bozukluklar şeklinde tanımlanmaktadır (önceki DSM versiyonlarında “somatizasyon bozukluğu”, “histerik konversiyon” vb. terimler kullanılmıştır). Somatoform bozuklukların temel özelliği, hastaların gerçek ve rahatsız edici bedensel belirtileri olmasına karşın, bu belirtileri açıklayabilecek tıbbi bir neden bulunamaması veya mevcut küçük tıbbi bulguların hastanın şikayetlerinin şiddetini açıklamada yetersiz kalmasıdır. Bu durumun, kişinin ifade edilememiş duygusal çatışmalarının bedensel dil üzerinden dışavurumu olabileceği düşünülür. İşte tam bu noktada aleksitimi kritik bir rol oynayabilir: Duygularını tanıyamayan ve uygun şekilde boşaltamayan bireyler, yaşadıkları yoğun stresi, üzüntüyü ya da öfkeyi bilinçdışı bir mekanizma ile bedensel semptomlara çevirebilirler.

Aleksitimi ve somatizasyon ilişkisine dair araştırmalar: Hem klinik hem de toplum örneklemlerinde yapılan çalışmalar, aleksitimi ile somatik yakınmalar arasında anlamlı bağlantılar bulmuştur. Özellikle, aleksitiminin “duyguları fark etme güçlüğü” boyutunun somatizasyonla en yakından ilişkili unsur olduğu görülmüştür. Finlandiya’da 5000’den fazla kişinin dahil edildiği ulusal bir çalışmada, aleksitiminin somatik belirti bildirme ile bağımsız bir ilişkisinin olduğu gösterilmiştir (96). Bu çalışmada, bedensel hastalıklar, depresyon ve anksiyete gibi karıştırıcı faktörler

kontrol edildikten sonra bile, yüksek aleksitimi puanına sahip bireylerin daha fazla sayıda ve şiddette bedensel yakınma bildirdikleri saptanmıştır. Özellikle aleksitiminin "Duyguları Tanımlamada Güçlük" alt ölçeği, somatizasyon ile en güçlü ortak belirleyici olarak ortaya çıkmıştır (96). Bu bulgu, kişinin içsel duygusal durumunu adlandırma konusundaki yetersizliğinin, bedensel semptomlara yatkınlıkta önemli bir payı olabileceğini düşündürmektedir.

Psikiyatri kliniklerinde yapılan karşılaştırmalı bir çalışma, somatoform bozukluğu olan hastalar ile organik tıbbi hastalığı olan hastaları aleksitimi açısından karşılaştırmıştır. Sonuçlar, somatoform bozukluğu olan hastaların TAÖ-20 (Toronto Aleksitimi Ölçeği) toplam puanlarının, kronik tıbbi hastalığı olanlara kıyasla belirgin derecede daha yüksek olduğunu göstermiştir (8). Ayrıca aynı çalışmada, somatoform grupta aleksitimi düzeyini yordayan en önemli değişkenin, SCL-90 envanterinin somatizasyon alt ölçek puanı olduğu bulunmuştur. Buna karşın, tıbbi hastalığı olan grupta aleksitimi skorlarını en çok depresyon düzeyi ve psiko-sosyal işlevsellik belirlemekteydi. Bu bulgu, somatoform bozukluklarda aleksitiminin doğrudan doğruya bedensel belirti yüküyle ilişkili olduğunu, oysa tıbbi hastalıklarda aleksitiminin daha çok hastalığın yarattığı depresyon ve stresle bağlantılı ortaya çıktığını göstermektedir. Kısacası, aleksitimi özellikle somatoform bozukluğu olan bireylerde özgül bir rol oynamakta ve bu hastaların bedensel şikayetlerinin psikolojik kökenini anlamakta kilit bir değişken olarak ortaya çıkmaktadır.

Somatoform bozukluklar genellikle depresyon ve anksiyete ile de komorbid seyreder. Bu nedenle, aleksitiminin bu bozukluklardaki rolünü incelerken eşlik eden depresif/anksiyöz belirtileri de hesaba katmak gereklidir. Bu bağlamda yapılan bir araştırmada depresyon ve somatoform bozukluk hastaları aleksitimi açısından karşılaştırılmış, iki grup arasında toplam aleksitimi düzeyi bakımından anlamlı fark bulunmamıştır (97). Yani somatoform bozukluğu olanlar da en az depresyon hastaları kadar yüksek aleksitimi sergilemişlerdir. Sadece alt boyut analizinde, depresyon grubunun "duyguları ifade etmede güçlük" skorlarının somatoform gruptan daha yüksek olduğu, bunun dışında iki grubun benzer düzeyde aleksitimik olduğu görülmüştür. Bu sonuç, somatoform bozuklukların da depresyon kadar "aleksitimik"

bozukluklar olabileceğini, duygusal farkındalık ve ifade güçlüğünün her iki hasta grubunda da belirgin olduğunu ortaya koymaktadır.

Psikosomatik tıp alanındaki spesifik örnekler: Aleksitimi, klasik psikosomatik hastalıklarda (örneğin koroner kalp hastalığı, astım, mide ülseri, irritabl bağırsak sendromu, kronik ağrı bozuklukları gibi) da sıklıkla araştırılmıştır. Kronik ağrı ve fibromiyalji hastaları üzerinde yapılan çalışmalarda, bu hastaların yaklaşık yarıya yakınının aleksitimik özellikler gösterdiği bildirilmiştir (94). Özellikle fibromiyalji ve kronik bel ağrısı çeken kadın hastalarda yapılan bir araştırmada, aleksitimi düzeyi yüksek olanların depresyon, anksiyete ve somatizasyon skorlarının da paralel olarak yüksek olduğu bulunmuştur (94). Bu bulgu, fibromiyalji gibi tipik bir psikosomatik sendromda duygusal farkındalık eksikliğinin hem duygudurum bozukluklarıyla hem de bedensel semptom yüküyle ilişkili olduğunu gösterir. Yine fonksiyonel gastrointestinal bozukluklar (irritabl bağırsak sendromu vb.) üzerinde yapılan çalışmalarda, aleksitiminin özellikle "duyguları tanımlama güçlüğü" boyutunun, hastalardaki mide-bağırsak semptomlarının şiddetiyle anlamlı ilişkili olduğu görülmüştür (94). Bu hastalar, yaşadıkları stres ve sıkıntıyı tanımlayamadıklarında, vücutta karın ağrısı, şişkinlik gibi semptomlarla tepki verebilmektedirler. Hatta bazı araştırmacılar, irritabl bağırsak sendromu gibi bozuklukları "düzenlenememiş duyguların bedende konuştuğu" durumlar olarak tanımlamış ve aleksitiminin bu hastalıklarda kilit bir etken olabileceğini ileri sürmüşlerdir.

Klinik ve tedavi boyutu: Somatoform ve psikosomatik hastalıklarda aleksitiminin varlığı, tedavi planlamasında da önemli olabilir. Bu hastalar genellikle tıbbi tedavilere direnç gösterir ve sürekli yeni bedensel yakınmalarla sağlık sistemine başvururlar. Eğer altta yatan emosyonel sorunlar ve aleksitimik yapı ele alınmazsa, gereksiz tıbbi tetkik ve girişimler devam edip gider. Nitekim aleksitimik somatoform hastaların psikoterapiye kazandırılması zor olabilir, çünkü bu hastalar duygusal içerikli konuşmaları genellikle "anlamsız" bularak somut şikayetlerine odaklanmak isterler. Ancak uygun terapi (örneğin psikodinamik psikoterapi veya bilişsel-davranışçı yöntemlerle duygu düzenleme eğitimi) ile bu hastaların farkındalığında gelişme sağlanabildiği ve bedensel şikayetlerinde azalma görülebildiği bildirilmiştir.

Ayrıca, aleksitimi düzeyi yüksek somatoform hastalarda farmakoterapiden de sınırlı yanıt alınabileceği, çünkü duygusal işlemenin zayıf olması nedeniyle antidepresanların dolaylı etkilerinin tam gösterilemeyebileceği düşünülmektedir. Bazı vakalarda SSRI gibi ilaçların hem anksiyete/depresyon bileşenini azaltarak hem de dolaylı olarak duygusal işlemlemeyi iyileştirerek somatik semptomları azalttığı görülmüştür, ancak bu etki her hastada tutarlı olmayabilir. Burada asıl önemli nokta, psikosomatik tıp yaklaşımının bütüncül olması gerektiğidir: Hasta hem tıbbi hem psikolojik açıdan ele alınmalı, aleksitimik özellikleri değerlendirilmeli ve gerektiğinde psikiyatrik/psikolojik destek sağlanmalıdır.

Sonuç: Aleksitimi, somatoform bozukluklar ve çeşitli psikosomatik rahatsızlıklarla yakından ilişkili bulunan bir olgudur. Duygularını tanımayan ve ifade edemeyen bireylerin, içsel çatışmalarını ve streslerini bedensel semptomlar şeklinde yaşama ve göstermeye daha yatkın oldukları hem klinik deneyim hem de araştırma bulgularıyla desteklenmektedir. Özellikle psikosomatik hastalık kavramının tarihi gelişimi göz önüne alındığında, aleksitimi adeta bu hastalıkların anlaşılması için ortaya atılmış bir anahtar kavramdır. Modern literatür de bunu teyit edercesine, aleksitiminin bedensel belirti oluşumunda bağımsız bir risk faktörü olabileceğini ortaya koymaktadır (96). Bu nedenle, kronik açıklanamayan ağrıları, sürekli değişen bedensel yakınmaları olan hastaların değerlendirilmesinde aleksitimi ölçeklerinin kullanılması ve gerekiyorsa bu kişilere yönelik duygusal farkındalık kazandırıcı terapi yöntemlerinin uygulanması önerilir. Son tahlilde, "beden diliyle ağlayan" bu hastalara kendi duygularını sözcüklere dökebilme becerisini kazandırmak hem gereksiz tıbbi müdahalelerin önlenmesi hem de hastaların yaşam kalitesinin artması açısından temel bir hedef olmalıdır.

2.2.7.4. Aleksitimi ve diğer psikiyatrik bozukluklar

Aleksitimi olgusu, depresif bozukluklar ve anksiyete bozuklukları gibi yaygın ruhsal bozuklukların yanı sıra, psikotik bozukluktan bipolar bozukluğa, obsesif-kompulsif bozukluktan alkol ve madde kullanımına, nörogelişimsel bozukluklardan kişilik bozukluklarına kadar pek çok farklı psikiyatrik durumda da önem arz eden transdiyagnostik bir özellik olarak karşımıza çıkmaktadır (92). Bu bölümde,

aleksitiminin diğer bazı psikiyatrik bozukluklardaki yeri ve etkilerine dair bulgular ele alınacaktır. Özellikle psikoz (şizofreni gibi), bipolar bozukluk, obsesif-kompulsif bozukluk (OKB), alkol-madde kullanım bozuklukları ve kişilik bozuklukları bağlamında aleksitiminin rolü incelenecektir.

Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklarda aleksitimi: Şizofreni, düşünce, algı ve duygudurumda ciddi bozulmalarla seyreden kronik bir psikiyatrik bozukluktur. Şizofreni hastalarında duygusal ifadelerde küntleşme, duygusal yaşantıda sığlaşma ve içgörü eksikliği gibi belirtiler sıklıkla görülür. Bu bağlamda, aleksitimi şizofrenide beklenebilecek bir özellik olarak düşünülmüştür ve araştırmalar bunu doğrulamaktadır. Yapılan yeni tarihli bir çalışmada, stabil seyreden şizofreni hastalarının %35,2 gibi yüksek bir oranının aleksitimik olduğu bulunmuştur (98). Bu oran, genel toplumdaki aleksitimi oranının (yaklaşık %10) hayli üzerindedir ve şizofreni hastalarında duygusal ifadede güçlüklerin yaygınlığına işaret eder. Ayrıca aynı çalışmada aleksitimik şizofreni hastalarının, aleksitimik olmayanlara kıyasla daha belirgin negatif semptomlara (duygusal küntlük, sosyal çekilme vb.), daha yüksek düzeyde depresif belirtilere ve bilişsel işlev bozukluklarına sahip oldukları rapor edilmiştir. Çok değişkenli analizler, özellikle negatif semptom şiddeti ve eşlik eden depresif semptom düzeyinin, şizofreni hastalarında aleksitimi ile anlamlı şekilde ilişkili olduğunu göstermiştir. Bu bulgular, şizofrenide aleksitiminin "düzleşmiş duygu ifadesi" (affektif küntlük) ile paralel giden bir boyut olabileceğini düşündürmektedir. Nitekim şizofreni hastalarında duyguları tanıma ve adlandırma becerisinin düşüklüğü hem nörobilişsel defisitlere hem de hastalığın doğasındaki sosyal bilişim bozukluklarına bağlanmaktadır. Aleksitimi, şizofreni için "az tanınan bir duygulanım eksikliği" olarak tanımlanmış ve hastaların önemli bir kısmında bulunabildiği halde klinikte yeterince dikkat çekmediği vurgulanmıştır (98). Bunun pratik sonucu, şizofreni tedavisinde sadece sanrılar, halüsinasyonlar gibi pozitif semptomlara odaklanmanın yeterli olmayabileceği, hastaların duygusal içgörü ve ifade becerilerine yönelik rehabilitasyonunun da düşünülmesi gerektiğidir.

Aleksitimi, şizofreni dışındaki psikotik bozukluklarda da dikkate değer bir biçimde gözlenmektedir. Özellikle kısa psikotik bozukluk, şizoaffektif bozukluk ve sanrılı bozukluk gibi klinik tablolarda, hastaların duygusal yaşantılarını tanımlamada

ve ifade etmede güçlük yaşadıkları bilinmektedir. Ayrıca aleksitimi, bu hastalarda sosyal işlevsellikte bozulma ve olumsuz klinik seyirle de ilişkilendirilir. Dolayısıyla, psikotik bozuklukların değerlendirilmesinde aleksitimi düzeyinin ölçülmesi, bütüncül bir klinik yaklaşım açısından önem taşımaktadır

Bipolar bozukluk ve aleksitimi: İki uçlu duygudurum bozukluğu olarak da bilinen bipolar bozukluk, depresyon dönemleri ile mani/hipomani dönemlerinin sıklıka döngüsel seyriyle karakterizedir. Bipolar bozuklukta hastaların duygudurumu epizodik olarak büyük dalgalanmalar gösterebilir; mani döneminde aşırı coşku veya irritabilite, depresyonda ise derin keder ve enerji kaybı yaşanır. Bu denli yoğun duygudurum değişimlerine rağmen, bipolar hastaların da duygularını anlama ve ifade etme konusunda sorunlar yaşayabileceği ileri sürülmüştür. Aslında mani döneminde hastalar duygularını abartılı şekilde dışa vuruyor gibi görünseler de bu duyguların içsel farkındalığı düşük olabilir veya gerçek duygusal ihtiyaçlarını yansıtmıyor olabilir. Son yıllarda yapılan çalışmalar, bipolar bozukluğu olan bireylerde aleksitimi düzeyinin genel nüfusa göre belirgin derecede yüksek olabileceğini göstermiştir (99). Örneğin şizofreni ve bipolar bozukluk hastalarını sağlıklı kontrollerle karşılaştıran bir araştırmada, her iki hasta grubunun da kontrol grubundan anlamlı düzeyde daha yüksek aleksitimi puanları aldığı bulunmuştur. Bu, bipolar bozukluk hastalarının da duygularını tanıma ve ifade etme becerilerinde belirgin zorlanmalar yaşayabileceğini ortaya koyar. Bipolar hastalarda özellikle depresif epizodlarda aleksitimi düzeyinin yükseldiği, manik epizodlarda ise duygusal dışavurum artmış olsa bile bunun organize bir duygusal farkındalık taşımadığı düşünülmektedir. Klinik bir gözlem, manik hastaların coşkulu veya öfkeli davranışlarının aslında içsel duygusal durumlarından kopuk olabildiğini, yani aslında ne hissettiklerini tam anlamıyla bilemediklerini ileri sürer ki bu da bir tür aleksitimik durum sayılabilir.

Bipolar bozuklukla ilgili bir diğer önemli nokta, aleksitiminin bu hastalardaki psiko-sosyal işlevselliğe etkisidir. Birleşik Krallık'da yapılan çalışmada, şizofreni ve bipolar hastalarında aleksitimi düzeyinin günlük yaşamdaki işlevselliği öngördüğü gösterilmiştir (99). Özellikle bipolar hastalarda, aleksitimi puanlarının sosyal işlevsellik düzeyini olumsuz yönde etkilediği, yani duygularını anlama ve ifade etmede zorlanan bipolar bireylerin sosyal becerilerinin ve gündelik hayatı sürdürme

kapasitelerinin daha düşük olduğu bulunmuştur. Bu durum, bipolar bozuklukta duygudurum dengesini sağlamanın yanı sıra, hastaların duygu tanıma becerilerinin de geliştirilmesinin rehabilitasyon sürecinde önemli olabileceğine işaret eder.

Obsesif-Kompulsif Bozukluk (OKB): Obsesif-Kompulsif Bozukluk, yineleyici obsesyon düşünceleri (istemsiz zihin takıntıları) ve kompulsiyon davranışları (tekrarlayıcı zorlantılar) ile seyreden, anksiyete yüklü bir bozukluktur. OKB hastalarının düşünce süreçleri genellikle aşırı odaklı ve katı bir biçimde kuralcıdır; içsel olarak ise yoğun bir kaygı ve huzursuzluk yaşarlar. Bu hastaların duygusal farkındalık düzeyleri, düşüncelerine kıyasla geri planda kalabilir. Nitekim OKB ve aleksitimi arasındaki ilişkiye dair çalışmalar, OKB hastalarında kayda değer oranda aleksitimi görülebildiğini ortaya koymuştur. Bir çalışmada, OKB hastalarının %60 gibi yüksek bir bölümünün aleksitimik olarak sınıflandırıldığı bildirilmiştir (100). Aynı çalışmada, alkolizm hastalarının ise %48'inin aleksitimik olduğu saptanmış, bu iki grubun aleksitimi düzeylerinin her ikisinin de kontrol grubundan anlamlı derecede yüksek olduğu gösterilmiştir (100). OKB hastalarının aleksitimi puanlarının alkol bağımlılığı olanlardan bile daha yüksek bulunması dikkat çekicidir ve bu bozukluğun doğasında duygusal farkındalık eksikliğinin rol oynayabileceğini akla getirmektedir.

Bir başka çalışmada da OKB hastalarının sağlıklı kontrollere göre anlamlı derecede daha yüksek toplam aleksitimi skorları sergiledikleri ve "cinsel/dini obsesyonlar" içeren semptom alt tipinin, aleksitimi ile pozitif ilişki gösteren tek semptom boyutu olduğu bulunmuştur (101). Bu ilginç bulgu, özellikle utanç ve suçluluk duygularının yoğun olduğu obsesyon tiplerinde, hastaların bu duyguları adlandırmakta ve işlemede güçlük çektiğini göstermektedir. Genel olarak OKB'de aleksitiminin, hastalığın erken başlangıç yaşı ve yüksek anksiyete düzeyi ile bağlantılı olduğu da saptanmıştır (101). Bu da daha genç yaşta OKB geliştiren ve şiddetli kaygı yaşayan bireylerin duygularını tanımlamakta daha da zorlanabileceklerini düşündürmektedir.

Klinik anlamda bakıldığında, OKB'li aleksitimik hastaların tedavisinde bazı zorluklar gündeme gelebilir. Özellikle maruz bırakma ve tepki engelleme gibi duygusal tolerans gerektiren davranışçı terapilerde, aleksitimik hastaların içsel duygu

sinyallerini tanımlayamaması, terapötik süreçte ne hissettiklerini ifade edememeleri tedaviye direnç olarak ortaya çıkabilir. Bunun yanı sıra, OKB hastalarının içgörü düzeyi ile aleksitimi arasında olası bir ters ilişki olabileceği de öne sürülmüştür (iç görü düştükçe aleksitimi yükselir). Nitekim içgörüsüz (yani obsesyonlarının anlamsız olduğunun farkında olmayan) OKB olgularında aleksitimi puanlarının daha yüksek olabileceği bazı vakalarda gözlenmiştir. Sonuç olarak, OKB ve aleksitimi ilişkisi, duygusal ve bilişsel süreçlerin etkileşimi açısından önemli bir araştırma alanıdır ve eldeki bulgular OKB hastalarının önemli bir kısmında duygusal farkındalık eksikliği bulunduğunu ortaya koymaktadır.

Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları: Alkol ve madde kullanım bozuklukları, aleksitimi ile yakından ilişkili bulunan bir diğer psikiyatrik tanı grubudur. Madde bağımlılığı olan bireylerde duygusal regülasyon güçlüğü, dürtüsellik ve stresle baş etmede yetersizlik gibi özellikler sık görülür. Bu çerçevede, duygularını tanımlayamayan ve sağlıklı şekilde ifade edemeyen bireylerin, yaşadıkları yoğun duygusal gerilimden kaçınmak veya rahatlamak için alkol ya da maddeye yönelebileceği düşünülmüştür. Gerçekten de alkol ve madde bağımlılarında aleksitimi oranlarının oldukça yüksek olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir. Örneğin bir meta-analizde, genel olarak madde kullanan grupların aleksitimi ortalamasının, kullanmayanlara göre anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur (102). Bu meta-analizin sonuçları, aleksitimi ile madde kullanımı arasında genel olarak güçlü bir ilişki olduğunu ve özellikle tedavi arayışındaki bağımlı hastalarda bu ilişkinin çok daha belirgin olduğunu ortaya koymaktadır. Aleksitiminin alt boyutları incelendiğinde ise, duyguları tanıma ve duyguları sözel olarak ifade etme güçlüklerinin (TAÖ-20'nin "duyguları tanıma güçlüğü" ve "duyguları tanımlama güçlüğü" alt ölçekleri) madde kullanımına yatkınlıkla en çok ilişkili olan yönler olduğu saptanmıştır. Buna karşın, dışa dönük düşünme boyutunun madde kullanımıyla daha zayıf bir ilişki sergilediği görülmüştür (102). Bu bulgu, bağımlı bireylerde özellikle duygusal içgörü eksikliğinin ve duygusal ifadede yetersizliğin, bağımlılık davranışıyla bağlantılı olduğunu ima etmektedir.

Alkol bağımlılığı olan hastalarda yapılan klasik bir çalışmada, hastaların %48'inin Toronto Aleksitimi Ölçeği kriterlerine göre aleksitimik olduğu rapor

edilmiştir (103). Bu oran, normal popülasyonun neredeyse 4-5 katı kadardır ve alkol bağımlılarında duygusal körlüğün yaygınlığını göz önüne sermektedir. Özellikle kısa süreli ayıklık döneminde olan (1 yıldan az süreyle abstinan) alkoliklerde aleksitimi düzeyinin daha da yüksek olduğu, oysa 1 yıldan uzun süredir ayık kalabilmiş hastalarda ortalama aleksitimi skorlarının bir miktar düştüğü bulunmuştur. Bu da alkolün bırakılmasından hemen sonraki dönemde duygusal baş etme becerilerinin henüz gelişmediğini, belki de alkolün yokluğunda kişi duygularıyla baş başa kaldığında zorlandığı için aleksitimik belirtilerin daha belirgin olduğunu düşündürebilir. Uzm. klinisyenler, alkol ve madde kullanım bozukluğu hastalarının çoğunlukla "duygularını uyuşturmak" veya "hislerini bastırmak" amacıyla maddeye yöneldiklerini belirtmişlerdir. Aleksitimik birey, ne hissettiğini tam bilemediği yoğun bir sıkıntı yaşadığında, bunu dindirmek için dışsal bir araca (alkol, uyuşturucu) başvurma eğilimi gösterebilir. Bu nedenle aleksitimi, bağımlılığın hem bir nedeni hem de bir sonucu olarak görülebilir: Başlangıçta aleksitimik yapı, madde kullanımına yatkınlık yaratabilir; uzun süreli madde kullanımı da nörobiyolojik hasarlar yoluyla duygusal farkındalığı daha da zayıflatabilir.

Madde kullanım bozuklukları alanında yapılan çeşitli çalışmalarda da benzer bulgular rapor edilmiştir. Eroin, kokain, amfetamin gibi maddelere bağımlı hastalarda aleksitimi oranlarının %50'nin üzerinde olduğu bildirilen örneklemler mevcuttur. Bu denli yüksek oranlar, bağımlılığın belki de bir "kendini tedavi etme" girişimi olduğunu akla getirmiştir. Kendi duygularını anlamlandıramayan ve düzenleyemeyen kişi, madde kullanarak geçici bir rahatlama veya kaçış sağlamaya çalışır. Bununla birlikte, madde bağımlılığı ilerledikçe kişinin duygusal becerileri daha da körelir ve bir kısır döngü oluşur.

Aleksitimi, bağımlılık tedavisinde de ele alınması gereken bir faktör olarak önem kazanmıştır. Yapılan bazı takip çalışmalarında, aleksitimik özellikler gösteren bağımlı hastaların tedaviyi tamamlama ve uzun vadede ayık kalma oranlarının, aleksitimik olmayanlara kıyasla daha düşük olduğu tespit edilmiştir (103). Özellikle tedavi programları sırasında duygularını paylaşmakta zorlanan, grup terapilerinde içe kapanan aleksitimik hastalar, rehabilitasyon sürecinden yeterince fayda görmeyebilir. Ayrıca, aleksitimik bağımlılarda nüks oranlarının daha yüksek olduğuna dair bulgular

mevcuttur. Bu bulgu, aleksitimik bireylerin stresle başa çıkmada zorlandıklarını ve bir başa çıkma mekanizması olarak yeniden alkole sarılma risklerinin yüksek olduğunu gösterir (103). Bağımlılık tedavisinde klasik detoksifikasyon ve danışmanlık yaklaşımlarının yanı sıra, duygusal beceri eğitimi de verilmesi, hastaların uzun vadeli iyilik haline ulaşmasında anahtar rol oynayabilir. Dolayısıyla, bağımlılık tedavi programlarına duygusal farkındalık ve ifade becerilerini geliştirmeye yönelik psikoeğitim modülleri eklemek faydalı olabilir.

Kişilik Bozuklukları: Kişilik bozuklukları, bireyin ergenlik veya genç yetişkinlikten itibaren süregelen ve esneklik göstermeyen düşünce, his ve davranış kalıplarıyla belirli psikopatolojik kişilik örgütlenmeleridir. Kişilik bozukluğu olan bireyler duygularını deneyimleme ve ifade etmede belirli disfonksiyonel tarzlara sahip olabilirler. Son yıllarda yapılan kapsamlı bir sistematik derleme, aleksitimi ile çeşitli kişilik bozuklukları arasında anlamlı bir bağlantı olduğunu ortaya koymuştur (104). Özellikle Küme B (dramatik, duygusal, değişken kişilik bozuklukları: borderline, narsisistik, histrionik, antisosyal) ve Küme C (kaygılı, çekingen kişilik bozuklukları: çekingen, bağımlı, obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu) gruplarında aleksitimi düzeylerinin belirgin biçimde yüksek olduğu saptanmıştır. Bu hastalar, duygu düzenleme konusunda ciddi zorluklar yaşamakta ve kişilerarası ilişkilerinde de bu duygusal anlayışsızlık nedeniyle problemler yaşamaktadır. Örneğin sınır (borderline) kişilik bozukluğunda, yoğun duygular vardır ancak bu duygular genellikle tanımlanamadan ani davranış patlamaları şeklinde dışa vurulur; bu da bir tür aleksitimik işlemleme eksikliğini yansıtıyor olabilir. Nitekim borderline bireylerin bir kısmında, özellikle duygusal dalgalanma anlarında, ne hissettiklerini tarif edemedikleri ve bir boşluk veya belirsizlik yaşadıkları bildirilmiştir. Benzer biçimde narsisistik kişilik bozukluğunda da empati yoksunluğu ve başkalarının duygularını anlamada güçlük meşhurdur; bu kişiler kendi duygularını da gerçekçi biçimde değerlendirmekte başarısız olabilirler.

Kişilik bozukluklarıyla aleksitimi arasındaki ortak paydalardan biri, bağlanma ve erken dönem yaşantılardır. Yapılan araştırmalar, güvensiz bağlanma örüntülerine sahip bireylerde aleksitimi riskinin arttığını göstermektedir. Kaçıngan/çekingen bağlanma tarzına sahip, duygusal ihtiyaçları çocuklukta yeterince karşılanmamış

bireylerde yetişkinlikte hem kişilik bozukluğu gelişme hem de aleksitimi görülme olasılığı yükselebilir (104). Örneğin borderline kişilik bozukluğu hastalarının önemli bir bölümünün çocukluk travmaları yaşadığı, duygularını o dönemlerde ifade edemedikleri ve sonuçta duygu düzenleme becerilerinin gelişemediği bilinmektedir. Bu durum, borderline bireylerde aleksitimik eğilimlerin alt yapısını oluşturabilir. Kısacası, travmatik veya olumsuz çocukluk deneyimleri hem kişilik gelişimini patolojik yönde etkileyebilir hem de aleksitimi için zemin hazırlayabilir.

Antisosyal (sosyopatik) kişilik bozukluğunda ise durum biraz farklıdır: Bu bireyler genellikle duygusal tepkisizlik ve empati eksikliği ile tanımlanırlar ki bu da bir nevi "başkalarının duygularını anlayamama" halidir. Ancak antisosyal kişilikte kendi duygularını adlandırma konusunda durum net değildir; bazı araştırmacılar bu bireylerin aslında yüksek düzeyde aleksitimik olmadıklarını, duyguları anladıkları halde umursamadıklarını öne sürmüştür. Diğerleri ise empati eksikliğinin bir parçası olarak içsel duygusal hayatlarının da sığ olabileceğini, bir tür aleksitimi söz konusu olabileceğini belirtir. Bu konuda literatürde farklı görüşler olsa da, genel eğilim birçok kişilik bozukluğu türünde aleksitiminin normal populasyona göre daha yaygın olduğu yönündedir (104).

Kişilik bozuklukları kronik ve değişime dirençli yapılar olduğu için, tedavileri uzun soluklu ve zorludur. Aleksitimi varlığı, tedaviyi daha da karmaşık hale getirebilir çünkü psikoterapilerin çoğu, hastanın duygusal içgörü kazanmasını hedefler. Aleksitimik bir kişilik bozukluğu hastası, terapötik ittifak kurmakta, duygularını terapistine aktarmakta ve kendini anlamlandırmakta güçlük çeker. Örneğin, duygu düzenleme becerileri geliştirmeyi amaçlayan bir diyalektik davranış terapisi (DBT) programında, borderline hastalar arasında aleksitimi düzeyi yüksek olanların hedef becerileri kazanmada daha yavaş ilerlediği gözlemlenmiştir. Benzer şekilde, şema terapi uygulamalarında aleksitimik özellikler taşıyan hastaların terapötik ilişkiye ısınma sürecinin daha uzun sürdüğü bilinmektedir. Sonuç olarak, aleksitimi pek çok kişilik bozukluğunun gölge bir parçasıdır. Kişinin kendini ve başkalarını anlama kapasitesindeki bu yoksunluk hem bozukluğun oluşumuna katkıda bulunur hem de belirtilerini sürdürür. Bu nedenle, kişilik bozukluğu olan bireylerin

değerlendirilmesinde aleksitimi düzeyinin ölçülmesi, tedavi stratejilerinin belirlenmesine yardımcı olabilir.

2.2.8. Aleksitimi ve Tedavi Yaklaşımları

Aleksitimi, özellikle duyguların tanınması ve ifade edilmesindeki kısıtlılık nedeniyle tedaviye meydan okuyan bir tablo oluşturur. Duygularını fark etmekte zorlanan bireylerin psikoterapi sürecinde terapötik ittifak kurmaları ve içgörü kazanmaları daha güç olabilir; nitekim aleksitimi düzeyi yüksek hastaların terapi sürecinde daha kapalı olabildikleri ve terapistlerin kendilerini etkisiz hissetmelerine yol açabildikleri rapor edilmiştir (105). Yine de, araştırmalar aleksitimik özellikler sergileyen bireylerin de psikoterapiden yarar görebildiğini ortaya koymaktadır. Aleksitimi düzeyleri terapi sürecinde azalabilir ve bu azalma genel psikiyatrik iyileşmeyle paralel seyredebilir. Bu nedenle aleksitimiye yönelik müdahalelerde özel yaklaşımlar benimsemek ve bütüncül bir tedavi planı oluşturmak önemlidir.

2.2.8.1. Psikoterapötik yaklaşımlar

Psikoterapi, aleksitiminin tedavisinde birincil yöntem olarak kabul edilir. Son yıllarda yapılan kontrollü çalışmalarda çeşitli psikoterapi tekniklerinin aleksitimi düzeylerini azaltmada etkili olduğu gösterilmiştir. Özellikle bilişsel davranışçı terapi (BDT) ve türevi yaklaşımlar öne çıkmaktadır. 2010-2024 dönemindeki randomize kontrollü çalışmaları inceleyen yakın tarihli bir derlemede, incelenen 18 çalışmadan çoğunun psikolojik müdahaleler sonrasında Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20) skorlarında anlamlı düşüşler sağladığı bildirilmiştir (105). Bu çalışmalarda en yaygın kullanılan yöntemler BDT ve üçüncü dalga terapiler olmuştur. Kabul ve kararlılık terapisi, davranış aktivasyonu, şema terapisi gibi yaklaşımlar aleksitimiyi azaltmada başarılı bulunmuştur. Örneğin, söz konusu derlemede ele alınan tedavi kollarının %67'sinde (14/21 kol) BDT temelli yöntemlerle müdahale edilmiş ve bu kolların büyük kısmında aleksitimi skorlarında belirgin iyileşme görülmüştür (105). BDT dışında farklı psikoterapi modelleri de aleksitimiye uyarlanarak kullanılmıştır. Klinik çalışmalarda kişilerarası terapi, anlam odaklı terapi, duygu odaklı terapi, duygusal farkındalık eğitimi ve hatta dijital uygulamalar gibi çeşitli müdahaleler denenmiştir

(105). Bu çeşitlilik, aleksitimiye yönelik tek bir standart psikoterapi olmadığını, farklı yaklaşımların bireyin ihtiyacına göre uyarlanabileceğini göstermektedir. Nitekim araştırmaların büyük bölümü farklı yöntemlerle de olsa ortak bir hedefe, yani duygusal farkındalığın ve ifade becerilerinin geliştirilmesine odaklanmaktadır.

Psikodinamik psikoterapi alanında da aleksitimiye yönelik umut verici bulgular vardır. Özellikle uzun süreli psikodinamik terapi, bağlanma stilleri ve savunma mekanizmaları üzerinde çalışarak duygusal farkındalığı arttırmada etkili bulunmuştur. Depresyon ve anksiyete bozukluğu olan hastalarla yürütülen bir çalışmada, ortalama 1 yıl süren uzun süreli psikodinamik psikoterapi sonrasında hastaların aleksitimi düzeylerinde belirgin düşüş saptanmış; bu iyileşmenin tedavi bitiminden 6 ay sonra da korunduğu gösterilmiştir (106). Bu çalışma, kendilik psikolojisi yaklaşımıyla sürdürülen terapi sürecinde hastaların duygularını tanıma ve ifade etme kapasitesinin gelişebileceğini ortaya koymaktadır. Benzer şekilde, kişilik bozuklukları olan geniş bir hasta grubunu izleyen yakın tarihli bir gözlemsel araştırma da, yoğun psikoterapi tedavisi boyunca aleksitimi skorlarının zamanla orta düzeyde iyileştiğini rapor etmiştir (107). Bu bulgular, uygun şekilde yapılandırıldığında aleksitimik hastaların bile duygusal farkındalık becerilerinde artış sağlanabileceğini göstermektedir.

Psikoterapi yaklaşımlarının bir kısmı aleksitimik özelliklere doğrudan odaklanmıştır. Örneğin diyalektik davranış terapisi (DBT), duygusal düzenleme becerilerini geliştirmeyi hedefleyen bir yöntem olarak aleksitimi tedavisinde de incelenmiştir. DBT temelli müdahalelerin etkinliğini değerlendiren bir sistematik derlemede, ele alınan çalışmaların %75'inde terapi sonrasında aleksitimi düzeylerinde azalma rapor edilmiştir (108). Bununla birlikte, bu alandaki çalışmaların metodolojik heterojenliği sonuçların genellenmesini zorlaştırmaktadır; daha büyük örneklemlerle kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır. Farkındalık (mindfulness) temelli terapiler de aleksitimiye olumlu etki edebilmektedir. Mindfulness esaslı stres azaltma ve mindfulness temelli bilişsel terapi gibi girişimleri içeren bir meta-analiz, bu tür müdahalelerin TAÖ-20 skorlarını anlamlı düzeyde düşürdüğünü ortaya koymuştur (105). Bu bulgu, mindfulness teknikleriyle duyguların yargılayıcı olmadan farkına

varma pratiğinin, aleksitimik bireylerin duygusal içgörüsünü artırmada faydalı olabileceğini göstermektedir.

Genel olarak, aleksitimi tedavisinde çok boyutlu bir psikoterapötik strateji benimsemek önerilir. Bu strateji; duyguların tanınması ve adlandırılması, bedensel duyumların duygularla bağlantılandırılması, danışanın hayal gücünü kullanmasının teşvik edilmesi ve terapötik ilişki içinde güvenli bir duygusal alan yaratılması gibi hedefleri içerir. Bilişsel teknikler ile duygular üzerine odaklanan deneyimsel tekniklerin bir arada kullanılması, aleksitimik hastaların duygu süreçlerini kademeli olarak geliştirmelerini sağlayabilir. Örneğin, duygu tanıma çalışmaları, duygu günlüğü tutma, yaratıcı ifade yöntemleri (resim, yazı gibi) ve rol canlandırmaları terapide kullanılabilecek yardımcı araçlardandır. Grup terapileri de bazı durumlarda yararlı olsa da aleksitimik bireylerin gruplarda pasif kalma eğilimi olabileceği bildirildiğinden grup terapilerinde özel dikkat gerekebilir. Sonuç itibariyle, psikoterapi aleksitimi için temel tedavi yaklaşımıdır ve her bireyin ihtiyaçlarına göre yapılandırılmalıdır.

2.2.8.2. Farmakoterapi

Aleksitimi için spesifik bir farmakolojik tedavi bulunmamaktadır; yani bu durumu doğrudan hedef alan onaylı bir ilaç yoktur. Bununla birlikte, aleksitimi genellikle başka psikiyatrik bozukluklarla birlikte seyrettiği için, eşlik eden durumların tedavisi amacıyla ilaç tedavileri gündeme gelebilir. Örneğin, depresyon veya anksiyete bozukluğu olan ve aynı zamanda aleksitimik özellikler gösteren bir hastada, antidepresan veya anksiyolitik ilaç tedavisi uygun görülebilir. Bu tür ilaçlar doğrudan aleksitimiyi tedavi etmemekle birlikte dolaylı olarak duygudurumunu iyileştirerek ve kaygıyı azaltarak, bireyin duygusal farkındalığının artmasına zemin hazırlayabilir.

Özgül olmamakla birlikte, bazı farmakolojik yaklaşımların aleksitimi belirtilerini hafifletebileceğine dair öncü bulgular mevcuttur. Örneğin dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu ve aleksitimi özellikleri olan üniversite öğrencilerinde yapılan bir pilot çalışmada, uyarıcı (stimulan) tedavinin yalnızca dikkat sorunlarını değil, aynı zamanda aleksitimi düzeylerini de azalttığı bildirilmiştir (109).

Yine bazı araştırmalarda, oksitosin hormonunun sosyal ve duygusal işlemleme üzerindeki etkileri nedeniyle aleksitimiye potansiyel bir tedavi katkısı sunabileceği öne sürülmektedir. İlk klinik denemelerde, burun spreyi şeklinde verilen oksitosinin aleksitimik bireylerde duygusal ifadeleri tanıma becerisini arttırabildiği ve duygular hakkında konuşmayı kolaylaştırabildiği gözlenmiştir (110). Bu tür bulgular henüz deneysel düzeydedir ancak gelecekte aleksitimi tedavisine biyolojik destekleyici stratejilerin (ör. oksitosin takviyesi veya benzeri nöromodülatör yaklaşımlar) eklenebileceğine işaret etmektedir.

Farmakoterapinin genel yaklaşımı, aleksitimik hastanın bütüncül tedavi planının bir parçası olması şeklindedir. İlaçlar, kişinin eşlik eden psikiyatrik semptomlarını yatıştırarak psikoterapiye daha aktif katılımını sağlayacak bir ortam yaratır. Özellikle yoğun anksiyete, depresyon veya travma belirtileri olan aleksitimik bireylerde, uygun farmakoterapi ile bu belirtilerin kontrol altına alınması, duygular üzerine çalışmayı mümkün kılan bir pencere açabilir. Ancak tek başına ilaç tedavisi, kişinin duygu tanıma ve ifade etme becerilerini doğrudan geliştiremez; bu becerilerin kazandırılması psikoterapötik çalışma ile mümkündür. Dolayısıyla, gerektiğinde farmakoterapiye başvurulsa bile, esas tedavi edici değişimin terapi ortamında gerçekleşeceği dikkate alınmalı ve multidisipliner bir tedavi planı oluşturulmalıdır

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ÖRNEKLEM SEÇİMİ

Kesitsel bir tasarıma sahip olan bu çalışmaya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniğine 01.02.2025-14.04.2025 tarihleri arasında müracaat edip klinisyenler tarafından YAB ön tanısıyla araştırmacıya yönlendirilen hastalar arasından randomize seçilip DSM-5 bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme (SCID-5-CV) uygulanarak YAB tanısını almış olan ve çalışmaya dahil edilme kriterlerine uygun hastalar dahil edilmesi planlanmıştır.

Çalışma için hastaların dahil edilme kriterleri:

1. 18 yaş üstünde olma
2. Çalışmaya katılım için yazılı ve sözlü onam verme
3. DSM-5'e göre Yaygın Anksiyete Bozukluğu tanı kriterlerini karşılamış olma

Çalışma için hastaların dışlama kriterleri:

1. Araştırmaya katılmayı engelleyecek düzeyde mental retardasyonu olması
2. Bilişsel bozukluk veya genel tıbbi durumda bozukluk olması
3. Türkçe okuma ve yazma bilmeme
4. Halihazırda psikotik belirtisinin olması
5. DSM-5'e göre özgül alkol veya madde kullanım bozukluğu olması

3.2. ETİK KURUL ONAYI

Araştırmaya başlamadan önce ilk olarak Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Eğitim Planlama Kurulu (EPK) 23.10.2024 tarih ve 22 no'lu kararıyla izin alınmıştır. EPK izni sonrasında araştırma 26.12.2024 tarihinde Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Müdahale Olmayan Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulunca incelenmiş ve 2024-113 numaralı karar ile etik açıdan uygun bulunmuştur. Araştırma projesi değerlendirme raporuna ilişkin belge Ek-1'de sunulmuştur.

3.3. ARAŞTIRMA PROSEDÜRÜ

Çalışmaya dahil edilen hastalar çalışmayla ilgili bilgilendirilmiş ve her katılımcıdan gönüllü katılım onam formu alınmıştır. Bilgilendirilmiş onamı alınan hastaların araştırmacı tarafından ayrıntılı anamnezleri alınmış ve her katılımcının yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, ekonomik durum, psikiyatrik özgçemiş ve aile öyküsü gibi verileri araştırmacı tarafından hazırlanmış sosyodemografik veri formuna kaydedilmiştir. DSM-5 için Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin Klinisyen Versiyonu (SCID-5/CV) uygulanmış olan bu doğrultuda YAB tanısı ile uyumlu olduğu kanaatine varılan hastalara Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20), Hasta Sağlığı Anketi-Somatik, Anksiyete ve Depresyon Belirtileri Ölçeği (PHQ-SADS), Semptom Yorumlama Anketi (SYA) gibi öz-bildirim ilkesine dayalı ölçekler uygulanmıştır. Son olarak araştırmacı tarafından Hamilton Anksiyete Ölçeği (HAÖ) ile yapılan değerlendirmeler kayıt altına alınmıştır.

3.4. KULLANILAN ÖLÇÜM ARAÇLARI

3.4.1. Sosyodemografik Veri Formu

Araştırmacılar tarafından çalışmanın amaçları doğrultusunda geliştirilen, katılımcıların sosyodemografik ve klinik özelliklerini belirlemek amacıyla oluşturulmuştur. 22 maddeden oluşmaktadır. Sosyodemografik veri formunda hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, meslek, kentsel/kırsal yaşam, ekonomik durum, psikiyatrik özgeçmiş, tıbbi hastalıklar, aile öyküsü, intihar girişimi öyküsü gibi bilgiler yer almaktadır. Sosyodemografik veri formunun ve klinik değerlendirme ölçeklerini içeren formların bir örneği EK-4'de sunulmuştur.

3.4.2. DSM-5 için Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin Klinisyen Versiyonu (SCID-5/CV)

DSM-V'e göre psikiyatrik hastalıkların tanısının konulması için geliştirilmiş yapılandırılmış bir görüşme formudur. Klinisyen tarafından puanlanan SCID-5, 10 modülden oluşmaktadır. DSM-V'te yer alan tanı ölçütlerine göre tanı koydurucu sorular yer almaktadır. First ve arkadaşları tarafından 2015'te geliştirilmiş olup Türkçe geçerlik ve güvenirliği Elbir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (111,112). Ölçek kullanım izni alınmıştır.

3.4.3. Hamilton Anksiyete Ölçeği

Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HADÖ), başlangıçta Anksiyete nevrozlarının şiddetinin tayin edilmesi amacıyla geliştirilmiş yarı yapılandırılmış bir ölçektir (113). Günümüzde anksiyete bozuklukları ile ilgili yapılan araştırmalarda anksiyetenin şiddetini belirlemek için en sık kullanılan ölçeklerden biridir. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği: Kişinin son 72 saat içindeki anksiyete düzeyini tayin etmek amacıyla hazırlanmış 14 sorudan oluşan bir ölçektir. Anksiyetenin hem ruhsal hem de bedensel belirtilerini soruşturan maddeleri içermektedir. Görüşmeci her madde için "0" (yok) ile "4" (çok şiddetli) arasında derecelendirilen bir puan vererek belirti şiddetini kaydetmekte ve toplam puan elde edilmektedir. Ölçeğin bazı maddeleri anksiyete ve depresyonlarda ortak olarak görülen belirtileri içermektedir. 0-5 puan arası anksiyete olmadığını, 6-14 arası puan minör anksiyete olduğunu ve >15 puan majör anksiyete varlığını göstermektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Yazıcı ve arkadaşları (1998) tarafından test edilmiştir (114). Akademik çalışmalarda kullanımının izne tabi olmadığı belirtilmiştir.

3.4.4. Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20)

1994'te Bagby ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (68). 20 maddeden oluşan, likert tipi, maddelerin kişiyi ne düzeyde tanımladığına göre 1-5 arası (1=Hiçbir

zaman, 2=Nadiren, 3=Bazen, 4=Sık sık, 5=Her zaman) puanlanan, kişinin kendisinin doldurduğu bir ölçektir. Puan yüksekliği artmış aleksitimi düzeyiyle ilişkilidir. 51 puanın altı aleksitimi yokluğu, 61 puanın üstü aleksitimi varlığı şeklinde değerlendirilmektedir. 52-60 puanlar olası aleksitimik grubu göstermektedir.

3 alt ölçek belirlenmiş olup bunlar "Duyguları ifade etmede güçlük" (5 madde [2, 4, 11, 12, 17]), "Duyguları tanımada güçlük" (7 madde [1, 3, 6, 7, 9, 13, 14]) "Dışa odaklı düşünme" (8 madde [5, 8, 10, 15, 16, 18, 19, 20]) şeklindedir. Türkçe geçerlik ve güvenirliği Güleç ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (115). Ölçek kullanım izni alınmıştır.

3.4.5. Hasta Sağlık Anketi – Somatik, Anksiyete ve Depresif Semptomlar (PHQ-SADS)

Sağlık birimlerine başvuran hastalardaki, somatik, anksiyete ve depresif belirtilerin saptanması için kullanılan ölçek Kroenke ve arkadaşları tarafından 2010 yılında geliştirilmiş olup, ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Medine Yazıcı Güleç ve arkadaşları tarafından 2012 yılında yapılmıştır (116,117). Çoktan seçmeli ve özbildirime dayalı bir tarama ve değerlendirme ölçeğidir. PHQ-SADS başvuran hastaları arasında somatik, depresif ve anksiyete belirtilerinin sık görüldüğü birinci basamak sağlık çalışanlarının ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik olarak tasarlanmıştır. Ölçekler hep birlikte uygulanabileceği gibi PHQ-15 (somatizasyon), GAD-7 (anksiyete), PHQ-9 (depresyon) ve 5 soruluk panik modülü şeklinde ayrı ayrı da uygulanabilir. PHQ-SADS'ın son sorusu engellilik şiddetini tanımlar. 3 skalanın her birindeki 5,10,15 gibi skorlar artan şiddeti yansıtır ve iki veya üç modüldeki yüksek skorlar komorbiditeyi işaret eder. Ölçek kullanım izni alınmıştır.

3.4.6. Semptom Yorumlama Anketi

Yaygın bedensel belirtilerin yorumlanmasında kişilerin kullandığı atfı değerlendiren ölçektir. On üç bedensel belirtinin, fiziksel bir hastalık nedeniyle olduğu (somatizasyon), ruhsal nedenlerden kaynaklandığı (psikolojizasyon), veya normal çevresel uyaranlara bağlı olduğu (normalizasyon) şeklinde yorumlanması, şiddet

derecelendirilmesi ile birlikte sorgulanır. Robbins ve Kirmayer tarafından geliştirilmiştir (118). Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Güleç ve Sayar tarafından yapılmıştır (119). Ölçek kullanım izni alınmıştır.

3.5. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Çalışma öncesinde literatür verilerine dayanılarak güç analizi yapılmış ve r=0.34'lük korelasyon katsayısının anlamlı kabul edileceği varsayımı ile %95 güç ve 0.05 yanılma düzeyinde en az 108 hastanın çalışmaya alınması gerektiği hesaplanmıştır. Olası aksilikler göz önüne alınarak 120 hastanın çalışmaya dahil edilmesi planlanmıştır. 120 hastanın alınması planlanan çalışma için 136 hasta ile görüşme yapılmış olup çalışmaya dahil edilme kriterlerine uymadığı/dışlama kriterlerine sahip olduğu gerekçesiyle 6 hasta çalışmaya dahil edilmemiş; sonuç olarak 130 hasta ile çalışma gerçekleştirilmiştir.

Sürekli verilere ilişkin tanımlayıcı istatistiklerde Ortalama, Standart Sapma, Ortanca, Minimum, Maksimum değerleri, kesikli verilerde ise yüzde değerleri verilmiş, sürekli verilerin normal dağılıma uygunluğunun incelenmesinde Kolmogorov-Smirnov testinden yararlanılmıştır. Sürekli verilerin iki gruplu bağımsız değişkenlerle karşılaştırılmasında normal dağılıma uyan verilerde Bağımsız gruplarda t test normal dağılıma uymayan verilerde Mann Whitney U testi kullanıldı. İkiden fazla gruplu bağımsız değişkenlerle karşılaştırmalarında Kruskal Wallis Varyans Analizi kullanılmıştır.

Nominal değişkenlerin grup karşılaştırmalarında (çapraz tablolarda) Ki-Kare test / Fisher's Exact test kullanıldı. Ölçek puanları arasındaki ilişkiler Spearman's Korelasyon Katsayısı ile incelenmiş olup TAÖ puanlarını açıklamada hangi değişkenlerin etkili olduğu Çok Değişkenli Lineer regresyon Analizi (Multivariate Lineer Regresyon Analizi) ile incelenmiştir. Değerlendirmelerde IBM SPSS for Windows 20.0 (SPSS Inc. Chicago, IL) programı kullanıldı ve istatistiksel anlamlılık sınırı olarak $p<0,05$ kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. KATILIMCILARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

Çalışmaya YAB tanılı 130 hasta alınmış olup, hastaların yaş ortalaması 51,80±19,86 olarak hesaplanmıştır. En genç hasta 19, en yaşlı hasta ise 89 yaşındadır; katılımcıların %39,2'si 65 yaş ve üzerindedir. Hastaların %51,5'i kadın, %57,7'si evli ve %43,1'i lise mezunudur. Katılımcıların ortalama çocuk sayısı 2'dir ve %29,2'si çalışmaktadır. Ayrıca, hastaların %85,4'ü il merkezinde, %68,5'i ailesiyle birlikte yaşamaktadır. Gelir durumuna bakıldığında, %65,9'unun geliri giderine eşit olup, %40,9'unun aylık geliri 15.000-30.000 TL arasındadır. (Tablo 3)

Tablo 3: Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

	Ort ± SS Ortanca (Min-Max)	
Yaş (yıl)	51.80±19.86 50 (19-89)	
Çocuk sayısı	2 (0-10)	
	n	**%**
Yaş grup		
18-40 yaş	45	34.6
41-64 yaş	34	26.2
≥65 yaş	51	39.2
Cinsiyet		
Kadın	67	51.5
Erkek	63	48.5
Medeni durum		
Evli	75	57.7
Bekar	29	22.3
Ayrılmış/Dul	26	20.0
Eğitim		
Okuma yazma biliyor	5	3.8
İlkokul	28	21.5
Ortaokul	10	7.7
Lise	56	43.1
Yüksek okul ve üstü	31	23.8
Çalışma durumu		
Çalışıyor	38	29.2
Kısmi çalışıyor	12	9.2
Çalışmıyor	80	61.5

Yaşadığı yer		
İl merkezi	111	85.4
İlçe merkezi	15	11.5
Köy	4	3.1
Kimle yaşıyor		
Aile ile	89	68.5
Anne veya baba ile	10	7.7
Çocuğu ile	8	6.2
Yalnız	17	13.1
Diğer	6	4.6
Ekonomik durum (n=126)		
Gelir giderden az	33	26.2
Gelir gider eşit	83	65.9
Gelir giderden fazla	10	7.9
Aylık gelir (n=127)		
<15 bin	44	34.7
15-30 bin	52	40.9
>30 bin	31	24.4

Hastaların %39,2'sinde sigara kullanımı, %21,7'sinde ise sosyal alkol içiciliği saptanmıştır. Ayrıca, yalnızca bir hastada geçmişte Psikoaktif madde (PAM) kullanım öyküsü mevcuttur. Katılımcıların %7,8'inde özkıyım öyküsü bulunmakta olup, özkıyım öyküsü olanların %70'inde bu durum bir kez yaşanmıştır. Tamamı YAB tanısı ile takip edilmekte olan katılımcıların %53,8'i, daha önceki psikiyatrik değerlendirmelerinde anksiyete bozuklukları grubundaki tanılardan herhangi biriyle takip edildiğini belirtirken; %17,7'si ise anksiyete bozukluklarına ek olarak depresif bozukluk tanısıyla da takip edildiğini bildirmiştir. Bu bilgiler katılımcıların öz-bildirimine dayalı olarak, sosyodemografik veri formu aracılığıyla elde edilmiştir. Ayrıca katılımcıların %83,1'inde psikotrop ilaç kullanımı, %16,9'unda önceden psikiyatri sevisi yatış öyküsü, %36,4'ünde ailede psikiyatrik hastalık öyküsü ve %54,3'ünde kronik hastalık tespit edilmiştir. (Tablo 4)

Tablo 4: Hastaların sigara, alkol alışkanlıkları ve hastalık özellikleri

	n	%
Sigara kullanımı		
Yok	79	60.8
Var	51	39.2
Alkol (n=129)		
Yok	98	76.0
Var	3	2.3
Sosyal içici	28	21.7
PAM kullanım öyküsü (n=129)		
Yok	128	99.2
Var	1	0.8
Özkıyım (n=128)		
Yok	118	92.2
Var	10	7.8
Özkıyım sayısı (n=10)		
1	7	70.0
2	2	20.0
4	1	10.0
Daha önceki psikiyatrik tanıları		
Belirtilmemiş	16	12.3
Anksiyete bozuklukları (herhangi biri)	70	53.8
OKB	1	0.8
Depresif bozukluklar	8	6.2
Anksiyete+ Kişilik bozukluğu	2	1.5
Anksiyete+ OKB	2	1.5
Anksiyete+ MKB	1	0.8
Anksiyete+ Akut stres bzk.	2	1.5
Anksiyete+ Depresif bozukluk	23	17.7
Anksiyete+ İnsomni	2	1.5
Anksiyete+ OKB+ Depresif boz.	2	1.5
Anksiyete+ Somatoform bzk.	1	0.8
Psikotrop kullanımı		
Yok	22	16.9
Var	108	83.1
Psikiyatri servis yatışı		
Yok	108	83.1
Var	22	16.9
Ailede psikiyatrik öykü (n=129)		
Yok	82	63.6
Var	47	36.4
Kronik hastalık (n=129)		
Yok	59	45.7
Var	70	54.3

4.2. KATILIMCILARIN PSİKOMETRİK ÖLÇEK PUANLARININ TANIMLAYICI İSTATİSTİKLERİ

Tablo 5: Katılımcıların psikometrik ölçek puanlarının tanımlayıcı istatistikleri

	Ort ± SS	Ortanca (Min-Max)
TAÖ-Duygularını tanımada güçlük	20.55±5.55	21 (7-35)
TAÖ-Duyguları Söze Dökmede Güçlük	15.16±3.51	15 (6-23)
TAÖ-Dışa-Dönük Düşünme	22.45±3.35	23 (10-32)
TAÖ-Toplam skor	58.02±10.18	60 (30-85)
PHQ-Somatizasyon	13.55±5.38	13 (2-38)
PHQ-Anksiyete	11.57±4.18	12 (2-21)
PHQ-Depresyon	12.01±5.13	12 (1-27)
PHQ-Panik		
Yok	78 (60.0)	
Var	52 (40.0)	
SYA-Psikolojize (n=127)	26.46±6.88	26 (14-52)
SYA-Somatize (n=127)	23.66±5.56	24 (13-36)
SYA-Normalize (n=127)	21.15±5.12	20 (13-44)
HAÖ-Psişik	8.33±2.47	9 (3-14)
HAÖ-Somatik	12.11±4.07	12 (2-23)
HAÖ-Toplam	20.42±6.19	20 (5-37)

4.3. KATILIMCILARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE GÖRE TORONTO ALEKSİTİMİ ÖLÇEĞİ (TAÖ-20) PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 6: Hastaların sosyodemografik özellikleri ile TAÖ-Duygularını tanımada güçlük puanlarının karşılaştırılması

		TAÖ-Duygularını tanımada güçlük		Test istatistiği	p
	n	Ort ± SS	Ortanca (Min-Max)		
Cinsiyet					
Kadın	67	19.12±5.21	20 (8-28)	U=1514.0	**0.005** [b]
Erkek	63	22.08±5.53	23 (7-35)		
Medeni durum					
Evli	75	20.61±4.71	21 (8-34)	KW=0.093	0.955 [d]
Bekar	29	20.31±7.99	21 (7-35)		
Ayrılmış/Dul	26	20.65±4.66	21.5 (11-28)		
Yaş grup					
18-40 yaş	45	20.93±6.70	21 (7-35)	KW=6.635	**0.036** [d]
41-64 yaş	34	18.71±5.44	18.5 (8-30)		
≥65 yaş	51	21.45±4.13	22 (8-28)		
Eğitim					
İlkokul*	33	20.39±4.67	21 (8-28)	KW=6.384	0.094 [d]
Ortaokul	10	20.30±5.55	20.5 (12-30)		
Lise	56	21.70±6.15	23 (7-35)		
Yüksek okul	31	18.74±4.97	19 (8-27)		
Çalışma durumu					
Çalışıyor	38	20.63±5.82	20 (9-34)	KW=0.029	0.985 [d]
Kısmi çalışıyor	12	21.67±7.30	20.5 (12-35)		
Çalışmıyor	80	20.35±5.17	21 (7-30)		
Yaşadığı yer					
İl merkezi	111	20.20±5.61	21 (7-35)	U=764.5	0.055 [b]
İlçe merkezi/Köy	19	22.63±4.75	23 (11-34)		
Kimle yaşıyor					
Aile ile	89	20.79±5.26	21 (7-35)	KW=2.039	0.729 [d]
Anne/Baba ile	10	19.10±4.01	20.5 (12-23)		
Çocuğu ile	8	20.50±5.07	21.5 (12-26)		
Yalnız	17	19.53±7.29	19 (8-35)		
Diğer	6	22.50±7.63	22 (12-34)		
Ekonomik durum					
Gelir giderden az	33	20.88±6.33	22 (7-34)	KW=3.447	0.178 [d]
Gelir gidere eşit	83	20.87±5.24	21 (8-35)		
Gelir giderden fazla	10	17.50±5.75	15.5 (9-28)		
Aylık gelir					
<15 bin	44	20.34±5.50	22 (7-28)	KW=3.670	0.160 [d]
15-30 bin	52	19.69±4.73	20 (8-30)		
>30 bin	31	22.35±6.78	23 (9-35)		

b: Mann Whitney U test
d: Kruskal Wallis Varyans Analizi
*: Okuma-yazma bilen 5 hasta ilkokul grubuna dahil edilmiştir.

Kadın hastalar ile erkek hastaların TAÖ-Duygularını Tanımada Güçlük puanları arasında fark saptandı ($p<0,01$). Erkeklerin TAÖ-Duygularını Tanımada Güçlük puanları, kadınlara göre daha yüksek bulundu.

Evli, bekar ve ayrılmış/dul olan hastaların TAÖ-Duygularını Tanımada Güçlük puanları arasında ise fark bulunmadı ($p>0,05$).

Yaş grubu 18-40, 41-60 ve 65 yaş üzerinde olan hastaların TAÖ-Duygularını tanımada güçlük puanları arasında fark saptandı ($p<0.05$). Farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığı Kruskal Wallis Çoklu Karşılaştırma testi ile incelendiğinde;

18-40 yaş – 41-64 yaş $p=0.270$ $p>0.05$ fark yok

18-40 yaş – ≥65 yaş $p=1.000$ $p<0.05$ fark yok

41-64 yaş – ≥65 yaş $p=0.031$ $p<0.05$ fark var

Yaş grubu 65 yaş ve üzerinde olan hastaların TAÖ-Duygularını tanımada güçlük puanları 41-64 yaş grubundaki hastalara göre daha yüksek bulundu

Eğitim durumları arasında TAÖ-Duygularını Tanımada Güçlük puanları bakımından fark bulunmadı ($p>0,05$).

Çalışan, kısmi çalışan ve çalışmayan hastalar arasında TAÖ-Duygularını Tanımada Güçlük puanları açısından fark saptanmadı ($p>0,05$).

İl merkezinde yaşayanlar ile ilçe/köyde yaşayanların TAÖ-Duygularını Tanımada Güçlük puanları arasında fark bulunmadı ($p>0,05$).

Hastaların birlikte yaşadıkları kişilere göre incelemesi yapıldığında TAÖ-Duygularını Tanımada Güçlük puanları bakımından fark saptanmadı ($p>0,05$).

Ekonomik durum ve aylık gelir düzeyleri ile TAÖ-Duygularını Tanımada Güçlük puanları arasında da fark bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 7: Hastaların sigara, alkol kullanımları ve hastalık özellikleri ile TAÖ-Duygularını tanımada güçlük puanlarının karşılaştırılması

	TAÖ-Duygularını tanımada güçlük			Test istatistiği	p
	n	Ort ± SS	Ortanca (Min-Max)		
Sigara kullanımı					
Yok	79	19.81±5.22	21 (7-34)	U=1670.5	0.100 [b]
Var	51	21.71±5.89	22 (8-35)		
Alkol					
Yok	98	20.27±5.27	21 (8-35)	U=1325.0	0.284 [b]
Var/Sosyal içici	31	21.45±6.42	23 (7-35)		
Özkıyım					
Yok	118	20.37±5.55	21 (7-35)	U=553.5	0.745 [b]
Var	10	21.20±4.41	20 (14-27)		
Psikotrop kullanımı					
Yok	22	20.27±5.05	21 (9-28)	U=1183.0	0.975 [b]
Var	108	20.61±5.66	21 (7-35)		
Psikiyatri yatışı					
Yok	108	20.02±5.35	20.5 (7-35)	U=707.0	**0.003** [b]
Var	22	23.18±5.87	24 (8-34)		
Ailede psikiyatrik öykü (n=129)					
Yok	82	20.93±5.75	21.5 (8-35)	U=1747.0	0.377 [b]
Var	47	19.87±5.22	21 (7-30)		
Kronik hastalık (n=129)					
Yok	59	20.36±5.49	21 (7-35)	U=1959.5	0.617 [b]
Var	70	20.53±5.44	22 (8-35)		

b: Mann Whitney U test

Hastaların sigara ve alkol kullanımları yönünden incelenmesinde TAÖ-Duygularını tanımada güçlük puanları arasında fark bulunmadı ($p>0.05$).

Özkıyım öyküsü olmayan hastalarla olan hastaların TAÖ-Duygularını tanımada güçlük puanları arasında fark bulunmadı ($p>0.05$).

Psikotrop kullanımı olmayan hastalarla olan hastaların TAÖ-Duygularını tanımada güçlük puanları arasında fark bulunmadı (p>0.05).

Psikiyatri servisi yatış öyküsü olmayan hastalarla olan hastaların TAÖ-Duygularını tanımada güçlük puanları arasında fark saptandı (p<0.01). Psikiyatri yatışı olan hastaların TAÖ-Duygularını tanımada güçlük puanları daha yüksek bulundu.

Ailede psikiyatrik öyküsü olmayan hastalarla olan hastaların TAÖ-Duygularını tanımada güçlük puanları arasında fark bulunmadı (p>0.05).

Kronik hastalığı olmayan hastalarla olan hastaların TAÖ-Duygularını tanımada güçlük puanları arasında fark bulunmadı (p>0.05).

Tablo 8: Hastaların sosyodemografik özellikleri ile TAÖ-Duyguları Söze Dökmede Güçlük puanlarının karşılaştırılması

	TAÖ-Duyguları Söze Dökmede Güçlük			Test istatistiği	p
	n	Ort ± SS	Ortanca (Min-Max)		
Cinsiyet					
Kadın	67	14.28±3.28	14 (6-23)	U=1442.5	**0.002** [b]
Erkek	63	16.10±3.52	16 (7-23)		
Medeni durum					
Evli	75	15.24±3.34	16 (6-22)	KW=0.571	0.752 [d]
Bekar	29	14.76±4.18	15 (7-23)		
Ayrılmış/Dul	26	15.38±3.26	16 (9-23)		
Yaş grup					
18-40 yaş	45	15.64±4.11	16 (7-23)	KW=5.669	0.059 [d]
41-64 yaş	34	13.94±3.77	13 (6-22)		
≥65 yaş	51	15.55±2.47	16 (9-20)		
Eğitim					
İlkokul	33	14.76±3.20	15 (7-21)	KW=4.256	0.235 [d]
Ortaokul	10	15.50±3.59	15.5 (10-22)		
Lise	56	15.82±3.63	16 (7-23)		
Yüksek okul	31	14.29±3.48	15 (6-21)		
Çalışma durumu					

Çalışıyor	38	15.37±4.09	15.5 (7-23)	KW=1.493	0.474 [d]
Kısmi çalışıyor	12	16.42±3.42	16 (12-22)		
Çalışmıyor	80	14.88±3.20	15 (6-22)		
Yaşadığı yer					
İl merkezi	111	15.09±3.45	15 (6-23)	U=993.5	0.686 [b]
İlçe merkezi/Köy	19	15.58±3.89	15 (7-22)		
Kimle yaşıyor					
Aile ile	89	15.25±3.55	15 (6-23)	KW=3.194	0.526 [d]
Anne/Baba ile	10	14.00±3.68	14 (7-19)		
Çocuğu ile	8	15.00±2.56	15 (10-18)		
Yalnız	17	14.76±3.13	15 (9-21)		
Diğer	6	17.17±4.66	19 (10-22)		
Ekonomik durum					
Gelir giderden az	33	15.52±3.84	16 (7-23)	KW=4.899	0.086 [d]
Gelir gidere eşit	83	15.47±3.24	16 (6-23)		
Gelir giderden fazla	10	12.80±3.82	13 (7-20)		
Aylık gelir					
<15 bin	44	15.09±3.40	16 (7-21)	KW=4.545	0.103 [d]
15-30 bin	52	14.75±3.24	15 (6-23)		
>30 bin	31	16.42±3.68	16 (8-23)		

b: Mann Whitney U test
d: Kruskal Wallis Varyans Analizi

Kadın hastalarla erkek hastaların TAÖ-Duyguları Söze Dökmede Güçlük puanları arasında fark saptandı ($p<0.01$). Erkeklerin TAÖ-Duyguları Söze Dökmede Güçlük puanları kadınlara göre daha yüksek bulundu.

Evli, bekâr, Ayrılmış/Dul olan hastaların TAÖ-Duyguları Söze Dökmede Güçlük puanları arasında fark bulunmadı ($p>0.05$).

Yaş grubu 18-40, 41-60 ve 65 yaş üzerinde olan hastaların TAÖ-Duyguları Söze Dökmede Güçlük puanları arasında fark bulunmadı ($p>0.05$).

Eğitim durumları arasında TAÖ-Duyguları Söze Dökmede Güçlük puanları bakımından fark bulunmadı ($p>0.05$).

Çalışan, kısmi çalışan ve çalışmayan hastaların TAÖ-Duyguları Söze Dökmede Güçlük puanları arasında fark bulunmadı (p>0.05).

İl merkezinde yaşayanlarla ilçe/köyde yaşayanların TAÖ-Duyguları Söze Dökmede Güçlük puanları arasında fark bulunmadı (p>0.05).

Hastaların birlikte yaşadıkları kişilere göre incelemesi yapıldığında TAÖ-Duyguları Söze Dökmede Güçlük puanları bakımından fark bulunmadı (p>0.05).

Ekonomik durum ve aylık gelir düzeyleri arasında TAÖ-Duyguları Söze Dökmede Güçlük puanları bakımından fark bulunmadı (p>0.05).

Tablo 9: Hastaların sigara, alkol kullanımları ve hastalık özellikleri ile TAÖ-Duyguları Söze Dökmede Güçlük puanlarının karşılaştırılması

	TAÖ-Duyguları Söze Dökmede Güçlük			Test istatistiği	p
	n	Ort ± SS	Ortanca (Min-Max)		
Sigara kullanımı					
Yok	79	14.72±3.33	15 (6-22)	U=1723.0	0.163 [b]
Var	51	15.84±3.69	16 (7-23)		
Alkol					
Yok	98	15.05±3.33	15 (6-22)	U=1384.5	0.457 [b]
Var/Sosyal içici	31	15.52±4.11	16 (7-23)		
Özkıyım					
Yok	118	15.08±3.34	15.5 (6-22)	U=509.0	0.470 [b]
Var	10	16.10±3.98	15 (9-23)		
Psikotrop kullanımı					
Yok	22	15.64±2.21	16 (10-20)	U=1084.5	0.519 [b]
Var	108	15.06±3.72	15 (6-23)		
Psikiyatri yatışı					
Yok	108	14.87±3.29	15 (7-23)	U=785.0	**0.012** [b]
Var	22	16.59±4.22	17.5 (6-22)		
Ailede psikiyatrik öykü					
Yok	82	15.28±3.51	16 (6-23)	U=1770.0	0.440 [b]
Var	47	14.94±3.55	15 (7-23)		
Kronik hastalık					
Yok	59	15.69±3.50	16 (7-22)	U=1688.0	0.073 [b]
Var	70	14.60±3.35	15 (6-23)		

b: Mann Whitney U test

Hastaların sigara ve alkol kullanımları arasında TAÖ-Duyguları Söze Dökmede Güçlük puanları bakımından fark bulunmadı (p>0.05).

Özkıyım öyküsü olmayan hastalarla olan hastaların TAÖ-Duyguları Söze Dökmede Güçlük puanları arasında fark bulunmadı (p>0.05).

Psikotrop kullanımı olmayan hastalarla olan hastaların TAÖ-Duyguları Söze Dökmede Güçlük puanları arasında fark bulunmadı (p>0.05).

Psikiyatri yatışı olmayan hastalarla olan hastaların TAÖ-Duyguları Söze Dökmede Güçlük puanları arasında fark saptandı (p<0.05). Psikiyatri yatışı olan hastaların TAÖ-Duyguları Söze Dökmede Güçlük puanları daha YÜKSEK bulundu.

Ailede psikiyatrik öyküsü olmayan hastalarla olan hastaların TAÖ-Duyguları Söze Dökmede Güçlük puanları arasında fark bulunmadı (p>0.05).

Kronik hastalığı olmayan hastalarla olan hastaların TAÖ-Duyguları Söze Dökmede Güçlük puanları arasında fark bulunmadı (p>0.05).

Tablo 10: Hastaların sosyodemografik özellikleri ile TAÖ-Dışa-Dönük Düşünme puanlarının karşılaştırılması

	TAÖ-Dışa-Dönük Düşünme			Test istatistiği	p
	n	Ort ± SS	Ortanca (Min-Max)		
Cinsiyet					
Kadın	67	21.55±3.47	22 (10-27)	U=1496.5	**0.004** [b]
Erkek	63	23.41±2.95	23 (15-32)		
Medeni durum					
Evli	75	22.44±2.89	23 (12-29)	KW=1.946	0.378 [d]
Bekar	29	21.90±4.81	22 (10-32)		
Ayrılmış/Dul	26	23.12±2.53	23 (17-27)		
Yaş grup					
18-40 yaş	45	21.93±4.13	22 (10-32)	KW=9.179	**0.010** [d]
41-64 yaş	34	21.65±3.10	22 (12-27)		
≥65 yaş	51	23.45±2.44	23 (16-29)		

Eğitim					
İlkokul	33	22.39±2.79	23 (12-26)	KW=3.416	0.332 [d]
Ortaokul	10	22.60±2.91	23 (17-27)		
Lise	56	22.96±3.79	23 (10-32)		
Yüksek okul	31	21.55±3.13	22 (12-27)		
Çalışma durumu					
Çalışıyor	38	22.03±3.31	22 (12-31)	KW=1.857	0.395 [d]
Kısmi çalışıyor	12	23.67±3.57	22.5 (19-32)		
Çalışmıyor	80	22.48±3.33	23 (10-29)		
Yaşadığı yer					
İl merkezi	111	22.68±3.18	23 (10-32)	U=892.0	0.280 [b]
İlçe merkezi/Köy	19	21.16±4.05	22 (12-36)		
Kimle yaşıyor					
Aile ile	89	22.55±3.26	23 (12-31)	KW=1.776	0.777 [d]
Anne/Baba ile	10	22.60±2.27	23 (17-25)		
Çocuğu ile	8	22.62±2.87	22.5 (17-27)		
Yalnız	17	22.35±4.49	23 (10-32)		
Diğer	6	20.83±3.65	21.5 (15-26)		
Ekonomik durum					
Gelir giderden az	33	22.94±3.15	23 (17-31)	KW=0.531	0.767 [d]
Gelir gidere eşit	83	22.37±3.24	23 (10-32)		
Gelir giderden fazla	10	21.50±4.64	22.5 (12-26)		
Aylık gelir					
<15 bin	44	22.70±2.90	23 (16-28)	KW=1.212	0.545 [d]
15-30 bin	52	22.62±3.29	23 (10-29)		
>30 bin	31	22.32±3.69	22 (12-32)		

b: Mann Whitney U test
d: Kruskal Wallis Varyans Analizi

Kadın hastalarla erkek hastaların TAÖ-Dışa-Dönük Düşünme puanları arasında fark saptandı ($p<0.01$). Erkeklerin TAÖ-Dışa-Dönük Düşünme puanları kadınlara göre daha yüksek bulundu.

Evli, bekar, Ayrılmış/Dul olan hastaların TAÖ-Dışa-Dönük Düşünme puanları arasında fark bulunmadı ($p>0.05$).

Yaş grubu 18-40, 41-60 ve 65 yaş üzerinde olan hastaların TAÖ-Dışa-Dönük Düşünme puanları arasında fark saptandı ($p<0.05$). Farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığı Kruskal Wallis Çoklu Karşılaştırma testi ile incelendiğinde;

18-40 yaş – 41-64 yaş p=1.000 p>0.05 fark yok

18-40 yaş – ≥65 yaş p=0.050 p=0.05 fark var

41-64 yaş – ≥65 yaş p=0.020 p<0.05 fark var

Yaş grubu 65 yaş ve üzerinde olan hastaların TAÖ-Dışa-Dönük Düşünme puanları hem 18-40 yaş hem de 41-64 yaş grubundaki hastalara göre daha yüksek bulundu.

Eğitim durumları arasında TAÖ-Dışa-Dönük Düşünme puanları bakımından fark bulunmadı (p>0.05).

Çalışan, kısmi çalışan ve çalışmayan hastaların TAÖ-Dışa-Dönük Düşünme puanları arasında fark bulunmadı (p>0.05).

İl merkezinde yaşayanlarla ilçe/köyde yaşayanların TAÖ-Dışa-Dönük Düşünme puanları arasında fark bulunmadı (p>0.05).

Hastaların birlikte yaşadıkları kişilere göre incelemesi yapıldığında TAÖ-Dışa-Dönük Düşünme puanları bakımından fark bulunmadı (p>0.05).

Ekonomik durum ve aylık gelir düzeyleri arasında TAÖ-Dışa-Dönük Düşünme puanları bakımından fark bulunmadı (p>0.05).

Tablo 11: Hastaların sigara, alkol kullanımları ve hastalık özellikleri ile TAÖ-Dışa-Dönük Düşünme puanlarının karşılaştırılması

	TAÖ-Dışa-Dönük Düşünme			Test istatistiği	p
	n	Ort ± SS	Ortanca (Min-Max)		
Sigara kullanımı					
Yok	79	22.39±3.16	23 (12-29)	U=1978.0	0.861 [b]
Var	51	22.55±3.65	23 (10-32)		
Alkol					
Yok	98	22.34±3.14	23 (12-29)	U=1473.0	0.798 [b]
Var/Sosyal içici	31	22.27±4.02	23 (10-32)		

Özkıyım					
Yok	118	22.52±3.20	23 (10-32)	U=494.5	0.392 [b]
Var	10	21.90±2.68	22 (18-27)		
Psikotrop kullanımı					
Yok	22	22.59±2.42	23 (17-27)	U=1161.0	0.866 [b]
Var	108	22.43±3.52	23 (10-32)		
Psikiyatri yatışı					
Yok	108	22.54±3.21	23 (10-32)	U=1165.0	0.885 [b]
Var	22	22.05±4.01	23 (12-27)		
Ailede psikiyatrik öykü					
Yok	82	22.52±3.48	23 (12-32)	U=1894.5	0.872 [b]
Var	47	22.30±3.18	23 (10-28)		
Kronik hastalık					
Yok	59	22.22±3.00	22 (12-29)	U=1863.0	0.335 [b]
Var	70	22.53±3.51	23 (10-32)		

b: Mann Whitney U test

Hastaların sigara ve alkol kullanımları arasında TAÖ-Dışa-Dönük Düşünme Güçlük puanları bakımından fark bulunmadı ($p>0.05$).

Özkıyım öyküsü olmayan hastalarla olan hastaların TAÖ-Dışa-Dönük Düşünme puanları arasında fark bulunmadı ($p>0.05$).

Psikotrop kullanımı olmayan hastalarla olan hastaların TAÖ-Dışa-Dönük Düşünme puanları arasında fark bulunmadı ($p>0.05$).

Psikiyatri servisi yatış öyküsü olmayan hastalarla olan hastaların TAÖ-Dışa-Dönük Düşünme puanları arasında fark bulunmadı ($p>0.05$).

Ailede psikiyatrik öyküsü olmayan hastalarla olan hastaların TAÖ-Dışa-Dönük Düşünme puanları arasında fark bulunmadı ($p>0.05$).

Kronik hastalığı olmayan hastalarla olan hastaların TAÖ-Dışa-Dönük Düşünme puanları arasında fark bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 12: Hastaların sosyodemografik özellikleri ile TAÖ-Toplam puanlarının karşılaştırılması

	TAÖ-Toplam			Test istatistiği	p
	n	Ort ± SS	Ortanca (Min-Max)		
Cinsiyet					
Kadın	67	54.70±9.28	55 (30-73)	U=1276.5	**<0.001** [b]
Erkek	63	61.54±9.97	63 (37-85)		
Medeni durum					
Evli	75	58.12±8.92	60 (39-78)	KW=1.353	0.508 [d]
Bekar	29	56.72±13.72	59 (30-85)		
Ayrılmış/Dul	26	59.15±9.19	61 (41-73)		
Yaş grup					
18-40 yaş	45	58.20±12.20	60 (30-85)	KW=9.630	**0.008** [d]
41-64 yaş	34	54.12±9.50	52.5 (39-75)		
≥65 yaş	51	60.45±7.76	62 (40-73)		
Eğitim					
İlkokul	33	57.48±8.96	60 (39-73)	KW=7.834	**0.050** [d]
Ortaokul	10	58.40±11.18	60.5 (41-75)		
Lise	56	60.23±11.36	63 (30-85)		
Yüksek okul	31	54.45±7.94	54 (37-70)		
Çalışma durumu					
Çalışıyor	38	57.95±10.57	58.5 (37-85)	KW=0.311	0.856 [d]
Kısmi çalışıyor	12	60.92±12.22	67.5 (48-85)		
Çalışmıyor	80	57.61±9.72	60 (30-75)		
Yaşadığı yer					
İl merkezi	111	57.80±10.22	60 (30-85)	U=956.5	0.518 [b]
İlçe merkezi/Köy	19	59.26±10.11	61 (39-78)		
Kimle yaşıyor					
Aile ile	89	55.40±9.64	60 (36-85)	KW=1.7086	0.789 [d]
Anne/Baba ile	10	55.70±7.60	57.5 (44-67)		
Çocuğu ile	8	58.13±8.04	59.5 (41-65)		
Yalnız	17	56.41±13.81	59 (30-85)		
Diğer	6	60.50±14.16	62 (37-78)		
Ekonomik durum					
Gelir giderden az	33	59.24±10.96	60 (40-85)	KW=4.301	0.116 [d]
Gelir gidere eşit	83	58.53±9.71	60 (30-85)		
Gelir giderden fazla	10	51.60±10.69	50.5 (37-72)		
Aylık gelir					
<15 bin	44	58.14±10.06	61.5 (36-73)	KW=1.319	0.517 [d]
15-30 bin	52	56.96±9.39	58.5 (30-75)		
>30 bin	31	60.68±11.19	60 (44-85)		

b: Mann Whitney U test
d: Kruskal Wallis Varyans Analizi

Kadın hastalarla erkek hastaların TAÖ-Toplam puanları arasında fark saptandı ($p<0.001$). Erkeklerin TAÖ-Toplam puanları kadınlara göre daha yüksek bulundu.

Evli, bekar, Ayrılmış/Dul olan hastaların TAÖ-Toplam puanları arasında fark bulunmadı ($p>0.05$).

Yaş grubu 18-40, 41-60 ve 65 yaş üzerinde olan hastaların TAÖ-Toplam puanları arasında fark saptandı ($p<0.01$). Farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığı Kruskal Wallis Çoklu Karşılaştırma testi ile incelendiğinde;

18-40 yaş – 41-64 yaş $p=0.325$ $p>0.05$ fark yok
18-40 yaş – ≥65 yaş $p=0.353$ p $p>0.05$ fark yok
41-64 yaş – ≥65 yaş $p=0.006$ $p<0.01$ fark var

Yaş grubu 65 yaş ve üzerinde olan hastaların TAÖ-Toplam puanları 41-64 yaş grubundaki hastalara göre daha YÜKSEK bulundu.

Eğitim durumları arasında TAÖ-Toplam puanları bakımından fark saptandı ($p=0.050$). Farklılığın hangi eğitim gruplarından kaynaklandığı Kruskal Wallis çoklu karşılaştırma testi ile incelendiğinde Yüksek okul mezunu olan hastaların toplam puanları lise mezunu olan hastalara göre daha düşük bulundu ($p=0.031$, $p<0.05$). Diğer eğitim düzeyleri arasında TAÖ-Toplam puanları bakımından fark bulunmadı ($p<0.05$).

Çalışan, kısmi çalışan ve çalışmayan hastaların TAÖ-Toplam puanları arasında fark bulunmadı ($p>0.05$).

İl merkezinde yaşayanlarla ilçe/köyde yaşayanların TAÖ-Toplam puanları arasında fark bulunmadı ($p>0.05$).

Hastaların birlikte yaşadıkları kişilere göre incelemesi yapıldığında TAÖ-Toplam puanları bakımından fark bulunmadı ($p>0.05$).

Ekonomik durum ve aylık gelir düzeyleri arasında TAÖ-Toplam puanları bakımından fark bulunmadı (p>0.05).

Tablo 13: Hastaların sigara, alkol kullanımları ve hastalık özellikleri ile TAÖ-Toplam puanlarının karşılaştırılması

	TAÖ-Toplam			Test istatistiği	p
	n	Ort ± SS	Ortanca (Min-Max)		
Sigara kullanımı					
Yok	79	56.79±9.41	58 (36-78)	U=1677.0	0.107 [b]
Var	51	59.96±11.08	61 (30-85)		
Alkol					
Yok	98	57.48±9.73	59 (36-79)	U=1367.0	0.402 [b]
Var/Sosyal içici	31	59.65±11.63	61 (30-85)		
Özkıyım					
Yok	118	57.85±9.96	60 (30-85)	U=551.5	0.732 [b]
Var	10	59.20±8.49	60 (41-73)		
Psikotrop kullanımı					
Yok	22	57.86±7.82	60 (41-73)	U=1161.5	0.869 [b]
Var	108	58.05±10.62	60 (30-85)		
Psikiyatri yatışı					
Yok	108	57.26±10.08	58.5 (30-85)	U=843.0	**0.032** [b]
Var	22	61.73±10.07	63.5 (39-78)		
Ailede psikiyatrik öykü					
Yok	82	58.49±10.68	60 (36-85)	U=1809.5	0.565 [b]
Var	47	57.11±9.38	59 (30-75)		
Kronik hastalık					
Yok	59	58.19±9.31	60 (36-79)	U=2056.0	0.966 [b]
Var	70	57.49±10.49	60.5 (30-85)		

b: Mann Whitney U test

Hastaların sigara ve alkol kullanımları arasında TAÖ-Toplam puanları bakımından fark bulunmadı (p>0.05).

Özkıyım öyküsü olmayan hastalarla olan hastaların TAÖ-Toplam puanları arasında fark bulunmadı (p>0.05).

Psikotrop kullanımı olmayan hastalarla olan hastaların TAÖ-Toplam puanları arasında fark bulunmadı (p>0.05).

Psikiyatri servisi yatış öyküsü olmayan hastalarla olan hastaların TAÖ-Toplam puanları arasında fark saptandı (p<0.05). Psikiyatri servisi yatış öyküsü olan hastaların TAÖ-Toplam puanları daha yüksek bulundu.

Ailede psikiyatrik öyküsü olmayan hastalarla olan hastaların TAÖ-Toplam puanları arasında fark bulunmadı (p>0.05).

Kronik hastalığı olmayan hastalarla olan hastaların TAÖ-Toplam puanları arasında fark bulunmadı (p>0.05).

4.4. KATILIMCILARIN KLİNİK DEĞERLENDİRME ÖLÇEKLERİNE GÖRE TORONTO ALEKSİTİMİ ÖLÇEĞİ (TAÖ-20) PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 14: Hastaların PHQ, SYA, HAÖ puanları ile TAÖ puanları arasındaki ilişkiler

		TAÖ-Duygularını tanımada güçlük	TAÖ-Duyguları Söze Dökmede Güçlük	TAÖ-Dışa-Dönük Düşünme	TAÖ-Toplam
PHQ-Somatizasyon	r*	**0.628**	**0.532**	**0.194**	**0.590**
	p	**<0.001**	**<0.001**	**0.027**	**<0.001**
PHQ-Anksiyete	r*	**0.502**	**0.611**	0.128	**0.533**
	p	**<0.001**	**<0.001**	0.147	**<0.001**
PHQ-Depresyon	r*	**0.565**	**0.583**	0.167	**0.556**
	p	**<0.001**	**<0.001**	0.057	**<0.001**
SYA-Psikolojize	r*	**0.459**	**0.463**	0.084	**0.427**
	p	**<0.001**	**<0.001**	0.349	**<0.001**
SYA-Somatize	r*	**0.330**	**0.238**	**0.302**	**0.361**
	p	**<0.001**	**0.007**	**0.001**	**<0.001**
SYA-Normalize	r*	-0.174	**-0.218**	-0.031	**-0.290**
	p	0.051	**0.014**	0.727	**0.019**
HAÖ-Psişik	r*	**0.634**	**0.690**	**0.351**	**0.719**
	p	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**
HAÖ-Somatik	r*	**0.666**	**0.692**	**0.398**	**0.748**
	p	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**
HAÖ-Toplam	r*	**0.705**	**0.739**	**0.405**	**0.791**
	p	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**

* Spearman's Korelasyon Katsayısı

PHQ-Somatizasyon puanları ile TAÖ-Duygularını tanımada güçlük puanları arasında pozitif yönlü korelasyon saptandı ($r=0.628$ $p<0.001$). Hastaların PHQ-Somatizasyon puanları arttıkça TAÖ-Duygularını tanımada güçlük puanları da artmakta.

PHQ-Anksiyete puanları ile TAÖ-Duygularını tanımada güçlük puanları arasında pozitif yönlü korelasyon saptandı ($r=0.502$ $p<0.001$). Hastaların PHQ-Anksiyete puanları arttıkça TAÖ-Duygularını tanımada güçlük puanları da artmakta.

PHQ-Depresyon puanları ile TAÖ-Duygularını tanımada güçlük puanları arasında pozitif yönlü korelasyon saptandı ($r=0.565$ $p<0.001$). Hastaların PHQ-Depresyon puanları arttıkça TAÖ-Duygularını tanımada güçlük puanları da artmakta.

SYA-Psikolojize puanları ile TAÖ-Duygularını tanımada güçlük puanları arasında pozitif yönlü korelasyon saptandı ($r=0.459$ $p<0.001$). Hastaların SYA-Psikolojize puanları arttıkça TAÖ-Duygularını tanımada güçlük puanları da artmakta.

SYA-Somatize puanları ile TAÖ-Duygularını tanımada güçlük puanları arasında pozitif yönlü korelasyon saptandı ($r=0.330$ $p<0.001$). Hastaların SYA-Somatize puanları arttıkça TAÖ-Duygularını tanımada güçlük puanları da artmakta.

SYA-Normalize puanları ile TAÖ-Duygularını tanımada güçlük puanları arasında pozitif yönlü korelasyon bulunmadı ($p>0.05$).

HAÖ-Psişik puanları ile TAÖ-Duygularını tanımada güçlük puanları arasında pozitif yönlü korelasyon saptandı ($r=0.634$ $p<0.001$). Hastaların HAÖ-Psişik puanları arttıkça TAÖ-Duygularını tanımada güçlük puanları da artmakta.

HAÖ-Somatik puanları ile TAÖ-Duygularını tanımada güçlük puanları arasında pozitif yönlü korelasyon saptandı ($r=0.666$ $p<0.001$). Hastaların HAÖ-Somatik puanları arttıkça TAÖ-Duygularını tanımada güçlük puanları da artmakta.

HAÖ-Toplam puanları ile TAÖ-Duygularını tanımada güçlük puanları arasında pozitif yönlü korelasyon saptand ($r=0.706$ $p<0.001$). Hastaların HAÖ-Toplam puanları arttıkça TAÖ-Duygularını tanımada güçlük puanları da artmakta.

PHQ-Somatizasyon puanları ile TAÖ-Duyguları Söze Dökmede Güçlük puanları arasında pozitif yönlü korelasyon saptandı ($r=0.532$ $p<0.001$). Hastaların PHQ-Somatizasyon puanları arttıkça TAÖ-Duyguları Söze Dökmede Güçlük puanları da artmakta.

PHQ-Anksiyete puanları ile TAÖ-Duyguları Söze Dökmede Güçlük puanları arasında pozitif yönlü korelasyon saptandı ($r=0.611$ $p<0.001$). Hastaların PHQ-Anksiyete puanları arttıkça TAÖ-Duyguları Söze Dökmede Güçlük puanları da artmakta.

PHQ-Depresyon puanları ile TAÖ-Duyguları Söze Dökmede Güçlük puanları arasında pozitif yönlü korelasyon saptandı ($r=0.583$ $p<0.001$). Hastaların PHQ-Depresyon puanları arttıkça TAÖ-Duyguları Söze Dökmede Güçlük puanları da artmakta.

SYA-Psikolojize puanları ile TAÖ-Duyguları Söze Dökmede Güçlük puanları arasında pozitif yönlü korelasyon saptandı ($r=0.463$ $p<0.001$). Hastaların SYA-Psikolojize puanları arttıkça pozitif yönlü korelasyon saptandı ($r=0.463$ $p<0.001$). Hastaların SYA-Somatize puanları arttıkça TAÖ-Duyguları Söze Dökmede Güçlük puanları da artmakta.

SYA-Somatize puanları ile TAÖ-Duyguları Söze Dökmede Güçlük puanları arasında pozitif yönlü korelasyon saptandı ($r=0.238$ $p<0.01$). Hastaların SYA-Somatize puanları arttıkça TAÖ-Duyguları Söze Dökmede Güçlük puanları da artmakta.

SYA-Normalize puanları ile TAÖ-Duyguları Söze Dökmede Güçlük puanları arasında negatif yönlü korelasyon saptandı ($r=-0.218$ $p<0.05$). Hastaların SYA-

Normalize puanları arttıkça TAÖ-Duyguları Söze Dökmede Güçlük puanları AZALMAKTA.

HAÖ-Psişik puanları ile TAÖ-Duyguları Söze Dökmede Güçlük puanları arasında pozitif yönlü korelasyon saptandı ($r=0.690$ $p<0.001$). Hastaların HAÖ-Psişik puanları arttıkça TAÖ-Duyguları Söze Dökmede Güçlük puanları da artmakta.

HAÖ-Somatik puanları ile TAÖ-Duyguları Söze Dökmede Güçlük puanları arasında pozitif yönlü korelasyon saptandı ($r=0.692$ $p<0.001$). Hastaların HAÖ-Somatik puanları arttıkça TAÖ-Duyguları Söze Dökmede Güçlük güçlük puanları da artmakta.

HAÖ-Toplam puanları ile TAÖ-Duyguları Söze Dökmede Güçlük puanları arasında pozitif yönlü korelasyon saptandı ($r=0.739$ $p<0.001$). Hastaların HAÖ-Toplam puanları arttıkça TAÖ-Duyguları Söze Dökmede Güçlük puanları da artmakta.

PHQ-Somatizasyon puanları ile TAÖ-Dışa-Dönük Düşünme puanları arasında pozitif yönlü korelasyon saptandı ($r=0.194$ $p<0.05$). Hastaların PHQ-Somatizasyon puanları arttıkça TAÖ-Dışa-Dönük Düşünme puanları da artmakta.

PHQ-Anksiyete puanları ile TAÖ-Dışa-Dönük Düşünme puanları arasında korelasyon bulunmadı ($p>0.05$).

PHQ-Depresyon puanları ile TAÖ-Dışa-Dönük Düşünme puanları arasında korelasyon bulunmadı ($p>0.05$).

SYA-Psikolojize puanları ile TAÖ-Dışa-Dönük Düşünme puanları arasında korelasyon bulunmadı ($p>0.05$).

SYA-Somatize puanları ile TAÖ-Dışa-Dönük Düşünme puanları arasında pozitif yönlü korelasyon saptandı ($r=0.302$ $p<0.01$). Hastaların SYA-Somatize puanları arttıkça TAÖ-Dışa-Dönük Düşünme puanları da artmakta.

SYA-Normalize puanları ile TAÖ-Dışa-Dönük Düşünme puanları arasında korelasyon bulunmadı ($p>0.05$).

HAÖ-Psişik puanları ile TAÖ-Dışa-Dönük Düşünme puanları arasında pozitif yönlü korelasyon saptandı ($r=0.351$ $p<0.001$). Hastaların HAÖ-Psişik puanları arttıkça TAÖ-Dışa-Dönük Düşünme puanları da artmakta.

HAÖ-Somatik puanları ile TAÖ-Dışa-Dönük Düşünme puanları arasında pozitif yönlü korelasyon saptandı ($r=0.395$ $p<0.001$). Hastaların HAÖ-Somatik puanları arttıkça TAÖ-Dışa-Dönük Düşünme puanları da artmakta.

HAÖ-Toplam puanları ile TAÖ-Duyguları Söze Dökmede Güçlük puanları arasında pozitif yönlü korelasyon saptandı ($r=0.405$ $p<0.001$). Hastaların HAÖ-Toplam puanları arttıkça TAÖ-Dışa-Dönük Düşünme puanları da artmakta.

PHQ-Somatizasyon puanları ile TAÖ-Toplam puanları arasında pozitif yönlü korelasyon saptandı ($r=0.590$ $p<0.001$). Hastaların PHQ-Somatizasyon puanları arttıkça TAÖ-Toplam puanları da artmakta.

PHQ-Anksiyete puanları ile TAÖ-Toplam puanları arasında pozitif yönlü korelasyon saptandı ($r=0.533$ $p<0.001$). Hastaların PHQ-Anksiyete puanları arttıkça TAÖ-Toplam puanları da artmakta.

PHQ-Depresyon puanları ile TAÖ-Toplam puanları arasında pozitif yönlü korelasyon saptandı ($r=0.556$ $p<0.001$). Hastaların PHQ-Depresyon puanları arttıkça TAÖ-Toplam puanları da artmakta.

SYA-Psikolojize puanları ile TAÖ-Toplam puanları arasında pozitif yönlü korelasyon saptandı ($r=0.427$ $p<0.001$). Hastaların SYA-Psikolojize puanları arttıkça pozitif yönlü korelasyon saptandı ($r=0.463$ $p<0.001$). Hastaların SYA-Somatize puanları arttıkça TAÖ-Toplam puanları da artmakta.

SYA-Somatize puanları ile TAÖ-Toplam puanları arasında pozitif yönlü korelasyon saptandı (r=0.361 p<0.01). Hastaların SYA-Somatize puanları arttıkça TAÖ-Toplam puanları da artmakta.

SYA-Normalize puanları ile TAÖ-Toplam puanları arasında negatif yönlü korelasyon saptandı (r=-0.209 p<0.05). Hastaların SYA-Normalize puanları arttıkça TAÖ-Toplam puanları AZALMAKTA.

HAÖ-Psişik puanları ile TAÖ-Toplam puanları arasında pozitif yönlü korelasyon saptandı (r=0.719 p<0.001). Hastaların HAÖ-Psişik puanları arttıkça TAÖ-Toplam puanları da artmakta.

HAÖ-Somatik puanları ile TAÖ-Toplam puanları arasında pozitif yönlü korelasyon saptandı (r=0.748 p<0.001). Hastaların HAÖ-Somatik puanları arttıkça TAÖ-Toplam güçlük puanları da artmakta.

HAÖ-Toplam puanları ile TAÖ-Toplam puanları arasında pozitif yönlü korelasyon saptandı (r=0.791 p<0.001). Hastaların HAÖ-Toplam puanları arttıkça TAÖ-Toplam puanları da artmakta.

Tablo 15: PHQ ölçeğine göre panik bozukluk belirtileri olan ve olmayan hastaların TAÖ puanlarının karşılaştırılması

	PHQ panik Yok	**PHQ panik Var**		
	Ort ± SS Ortanca (Min-Maks)	Ort ± SS Ortanca (Min-Maks)	Test istatistiği	p
TAÖ-Duygularını tanımada güçlük	19.14±5.34 20 (7-35)	22.67±5.22 22.5 (8-35)	U=1292.5	**<0.001** [b]
TAÖ-Duyguları Söze Dökmede Güçlük	14.32±3.19 14.5 (6-20)	16.42±3.61 16.5 (7-23)	U=1358.0	**0.001** [b]
TAÖ-Dışa-Dönük Düşünme	22.41±3.18 23 (12-32)	22.52±3.62 23 (10-31)	U=1903.5	0.550 [d]
TAÖ-Toplam	55.65±9.55 56.5 (36-85)	61.56±10.14 62 (30-85)	U=1326.0	**0.001** [b]

b: Mann Whitney U test

PHQ panik bozukluk belirtileri olamayanlarla olan hastaların TAÖ-Duygularını tanımada güçlük puanları arasında fark saptandı ($p<0.001$). PHQ panik olan hastaların TAÖ-Duygularını tanımada güçlük puanları daha YÜKSEK bulundu.

PHQ panik bozukluk belirtileri olamayanlarla olan hastaların TAÖ-Duyguları Söze Dökmede Güçlük puanları arasında fark saptandı ($p<0.01$). PHQ panik olan hastaların TAÖ-Duyguları Söze Dökmede Güçlük puanları daha YÜKSEK bulundu.

PHQ panik bozukluk belirtileri olamayanlarla olan hastaların TAÖ-Dışa-Dönük Düşünme puanları arasında fark bulunmadı ($p>0.05$).

PHQ panik bozukluk belirtileri olamayanlarla olan hastaların TAÖ-Toplam puanları arasında fark saptandı ($p<0.01$). PHQ panik olan hastaların TAÖ-Toplam puanları daha YÜKSEK bulundu.

4.5. REGRESYON ANALİZİ SONUÇLARI

Tablo 16: TAÖ-Duygularını tanımada güçlük puanları için açıklayıcı değişkenlerle Multivariate Lineer Regresyon analizi sonuçları

Değişkenler	B	Std.Error	95 % CI		p value
HAÖ-Toplam	0.430	0.064	0.303	0.558	**<0.001**
PHQ-Depresyon	0.378	0.081	0.218	0.538	**<0.001**

CI: Confidence Interval

Tek değişkenli analizlerde TAÖ-Duygularını tanımada güçlük puanları ile ilişkili bulunan değişkenler **(**Cinsiyet, yaş, psikiyatri yatışı, PHQ-Somatizasyon, PHQ-Anksiyete, PHQ-Depresyon, PHQ-Panik, SYA-Psikolojize, SYA-Somatize, HAÖ-Psişik, HAÖ-Somatik, HAÖ-Toplam**)** modele alınarak Stepwise yöntemi ile sonuç Multivariate Lineer Regresyon modeli elde edildi.

Bağımlı değişken TAÖ-Duygularını tanımada güçlük puanı; bağımsız değişkenlerin (Cinsiyet, yaş, psikiyatri yatışı, PHQ-Somatizasyon, PHQ-Anksiyete, PHQ-Depresyon, PHQ-Panik, SYA-Psikolojize, SYA-Somatize, SYA-Somatize, HAÖ-Psişik, HAÖ-Somatik, HAÖ-Toplam puanları) olduğu Regresyon analizinde

TAÖ-Duygularını tanımada güçlük puanları için açıklayıcı faktörlerin HAÖ-Toplam ve PHQ-Depresyon puanları olduğu belirlendi.

(R^2 =0.546, F=74.495, p<0.001).

HAÖ-Toplam puanlarındaki 1 puanlık artış TAÖ-Duygularını tanımada güçlük puanlarında 0.430 puanlık artışa neden olmakta (p<0.001).

PHQ-Depresyon puanlarındaki 1 puanlık artış TAÖ-Duygularını tanımada güçlük puanlarında 0.378 puanlık artışa neden olmakta (p<0.001).

Not: Multivariate Regresyon Analizinde bağımsız değişkenlerin birbiri ile ilişkisiz olması istenir. Çalışmada ölçek puanları arasında korelasyon olduğu için Stepwise yöntemi kullanılarak sonuç model elde edildi.

Tablo 17: TAÖ-Duyguları Söze Dökmede Güçlük puanları için açıklayıcı değişkenlerle Multivariate Lineer Regresyon analizi sonuçları

Değişkenler	B	Std.Error	95 % CI		p value
HAÖ-Toplam	0.312	0.041	0.230	0.105	**<0.001**
PHQ-Depresyon	0.207	0.052	0.105	0.309	**<0.001**

CI: Confidence Interval

Tek değişkenli analizlerde TAÖ-Duyguları Söze Dökmede Güçlük puanları ile ilişkili bulunan değişkenler (Cinsiyet, yaş, psikiyatri yatışı, PHQ-Somatizasyon, PHQ-Anksiyete, PHQ-Depresyon, PHQ-Panik, SYA-Psikolojize, SYA-Somatize, SYA-Normalize HAÖ-Psişik, HAÖ-Somatik, HAÖ-Toplam) modele alınarak Stepwise yöntemi ile sonuç Multivariate Lineer Regresyon modeli elde edildi.

Bağımlı değişken TAÖ-Duyguları Söze Dökmede Güçlük puanı; bağımsız değişkenlerin (Cinsiyet, yaş, psikiyatri yatışı, PHQ-Somatizasyon, PHQ-Anksiyete, PHQ-Depresyon, PHQ-Panik, SYA-Psikolojize, SYA-Somatize, SYA-Somatize, SYA-Normalize, HAÖ-Psişik, HAÖ-Somatik, HAÖ-Toplam puanları) olduğu Regresyon analizinde TAÖ-Duyguları Söze Dökmede Güçlük puanları için açıklayıcı faktörlerin HAÖ-Toplam ve PHQ-Depresyon puanları olduğu belirlendi.

(R^2 =0.561, F=79.275, p<0.001).

HAÖ-Toplam puanlarındaki 1 puanlık artış TAÖ-Duyguları Söze Dökmede Güçlük puanlarında 0.312 puanlık ARTIŞA neden olmakta (p<0.001).

PHQ-Depresyon puanlarındaki 1 puanlık artış TAÖ-Duyguları Söze Dökmede Güçlük puanlarında 0.207 puanlık ARTIŞA neden olmakta (p<0.001).

Tablo 18: TAÖ-Dışa-Dönük Düşünme puanları için açıklayıcı bağımsız değişkenlerle Multivariate Lineer Regresyon analizi sonuçları

Değişkenler	B	Std.Error	95 % CI		p value
HAÖ-Toplam	0.178	0.044	0.092	0.265	**<0.001**
Cinsiyet (Erkek)	1.319	0.526	0.279	2.360	**0.013**
Yaş≥65	1.282	0.535	0.224	2.341	**0.018**

CI: Confidence Interval

Tek değişkenli analizlerde TAÖ-Dışa-Dönük Düşünme puanları ile ilişkili bulunan değişkenler (Cinsiyet, Yaş, PHQ-Somatizasyon, SYA-Somatize, HAÖ-Psişik, HAÖ-Somatik, HAÖ-Toplam) modele alınarak Stepwise yöntemi ile sonuç Multivariate Lineer Regresyon modeli elde edildi.

Bağımlı değişken TAÖ-Dışa-Dönük Düşünme puanı; bağımsız değişkenlerin (Cinsiyet, Yaş, PHQ-Somatizasyon, SYA-Somatize, HAÖ-Psişik, HAÖ-Somatik, HAÖ-Toplam puanları) olduğu Regresyon analizinde TAÖ-Dışa-Dönük Düşünme puanları için açıklayıcı faktörlerin HAÖ-Toplam, Cinsiyet, Yaş değişkeni olduğu belirlendi.

(R^2 =0.247, F=13.443, p<0.001).

HAÖ-Toplam puanlarındaki 1 puanlık artış TAÖ-Dışa-Dönük Düşünme puanlarında 0.178 puanlık artışa neden olmakta (p<0.001).

Erkek cinsiyeti kadınlara göre TAÖ-Dışa-Dönük Düşünme puanlarında 1.319 puanlık artışa neden olmakta (p<0.05).

Yaş grubu 65 yaş üzerinde olanların yaş grubu 18-40 yaş grubuna göre TAÖ-Dışa-Dönük Düşünme puanlarında 1.282 puanlık artışa neden olmakta ($p<0.05$).

Tablo 19: TAÖ-Toplam puanları için açıklayıcı değişkenlerle Multivariate Lineer Regresyon analizi sonuçları

Değişkenler	B	Std.Error	95 % CI		p value
HAÖ-Toplam	0.881	0.107	0.670	1.093	**<0.001**
PHQ-Depresyon	0.588	0.129	0.334	0.843	**<0.001**
Cinsiyet (Erkek)	3.334	1.044	1.267	5.401	**0.002**
Yaş≥65	2.505	1.084	0.358	4.652	**0.023**

CI: Confidence Interval

Tek değişkenli analizlerde TAÖ-Toplam puanları ile ilişkili bulunan değişkenler (Cinsiyet, Yaş, Eğitim, psikiyatri yatışı, PHQ-Somatizasyon, PHQ-Anksiyete, PHQ-Depresyon, PHQ-Panik, SYA-Psikolojize, SYA-Somatize, SYA-Normalize HAÖ-Psişik, HAÖ-Somatik, HAÖ-Toplam) modele alınarak Stepwise yöntemi ile sonuç Multivariate Lineer Regresyon modeli elde edildi.

Bağımlı değişken TAÖ-Toplam puanı; bağımsız değişkenlerin (Cinsiyet, Yaş, Eğitim, psikiyatri yatışı, PHQ-Somatizasyon, PHQ-Anksiyete, PHQ-Depresyon, PHQ-Panik, SYA-Psikolojize, SYA-Somatize, SYA-Normalize HAÖ-Psişik, HAÖ-Somatik, HAÖ-Toplam puanları) olduğu Regresyon analizinde TAÖ-Toplam puanları için açıklayıcı faktörlerin HAÖ-Toplam PHQ-Depresyon puanları, Cinsiyet, Yaş değişkeni olduğu belirlendi.

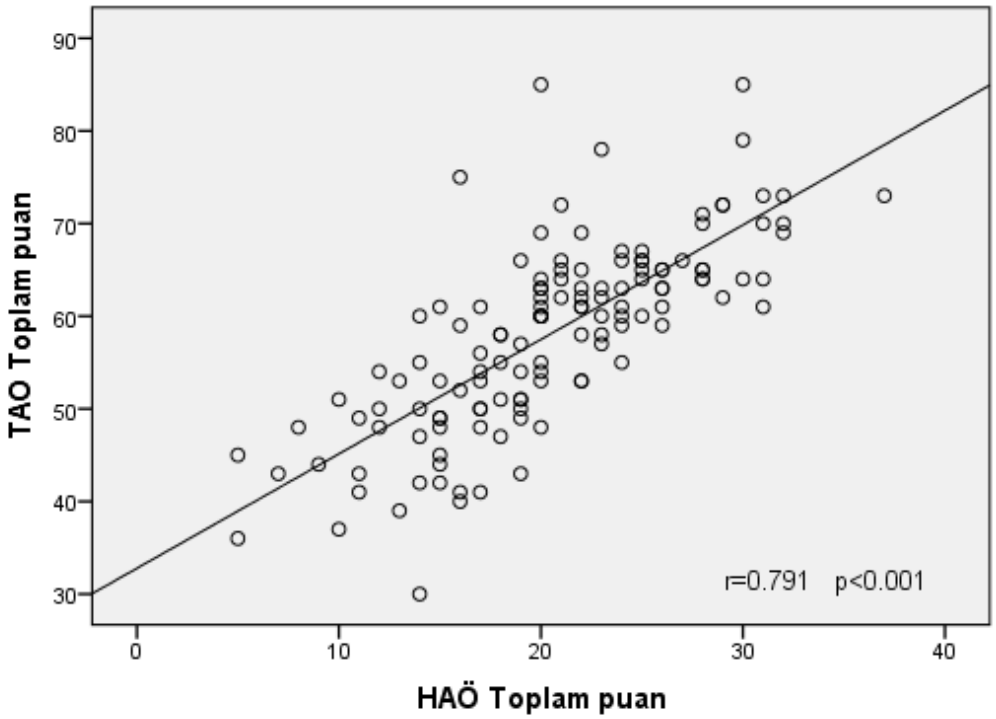
(R^2 =0.681, F=65.026, $p<0.001$).

HAÖ-Toplam puanlarındaki 1 puanlık artış TAÖ-Toplam puanlarında 0.881puanlık artışa neden olmakta ($p<0.001$).

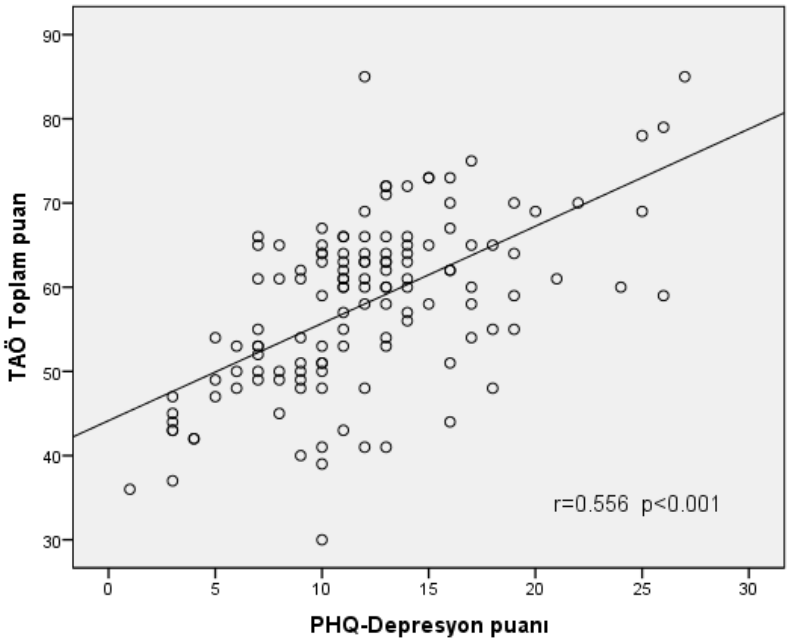
PHQ-Depresyon puanlarındaki 1 puanlık artış TAÖ-Toplam puanlarında 0.588 puanlık artışa neden olmakta ($p<0.001$).

Erkek cinsiyeti kadınlara göre TAÖ-Toplam puanlarında 3.334 puanlık artışa neden olmakta ($p<0.01$).

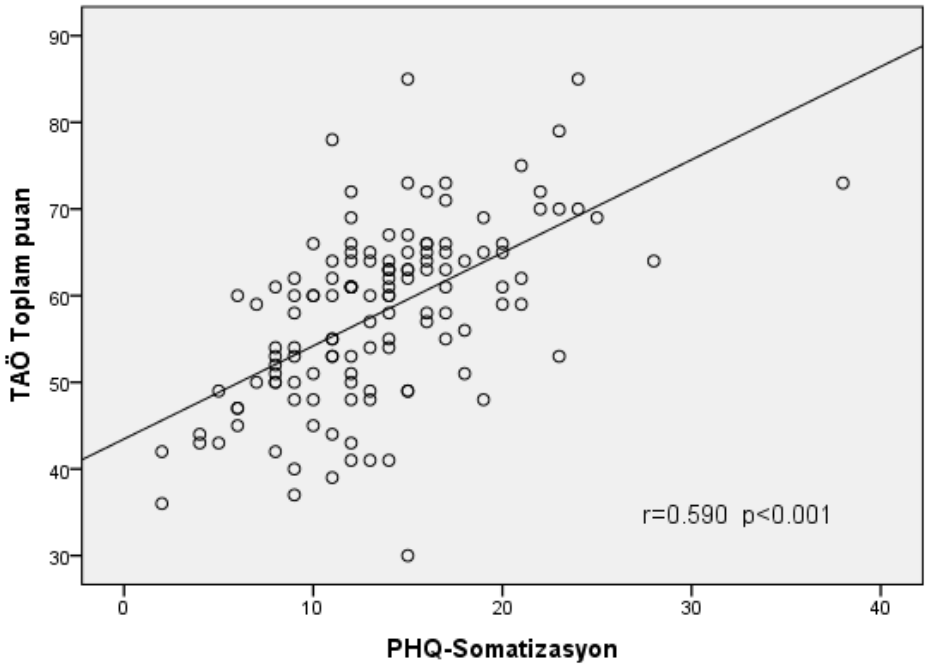
Yaş grubu 65 yaş üzerinde olma yaş grubu 41-64 yaş olanlara göre TAÖ-Toplam puanlarında 2.505 puanlık artışa neden olmakta ($p<0.05$).



Grafik 1: Hastaların HAÖ Toplam puanları ile TAÖ Toplam puanları arasındaki dağılım grafiği



Grafik 2: Hastaların PHQ-Depresyon puanları ile TAÖ Toplam puanları arasındaki dağılım grafiği



Grafik 3: Hastaların PHQ-Somatizasyon puanları ile TAÖ Toplam puanları arasındaki dağılım grafiği

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB) tanılı bireylerde aleksitimi düzeylerinin çeşitli sosyodemografik ve klinik değişkenlerle ilişkisi incelenmiştir. Bulgular genel olarak aleksitiminin YAB hastalarının önemli bir kısmında yüksek olduğunu ve bazı değişkenlerle anlamlı ilişkiler taşıdığını göstermiştir. Literatürde de YAB ve diğer anksiyete bozukluklarında aleksitimi prevalansının yüksek olduğu bildirilmiştir. Örneğin, bir çalışmada Anksiyete Bozukluğu alt tiplerinde aleksitimi oranının %12,5 ile %58 arasında değiştiği; özellikle YAB olgularının yaklaşık %40'ında klinik düzeyde aleksitimi saptandığı ve aleksitimi düzeyi ile anksiyete şiddeti arasında pozitif korelasyon bulunduğu rapor edilmiştir (120). Çalışmanın bulguları da YAB hastalarında aleksitiminin yaygınlığına işaret etmektedir. Ayrıca aleksitimi düzeyi yüksek olan YAB hastalarının, duyguları tanıma ve ifade etme güçlüğü nedeniyle anksiyete belirtilerini bedensel rahatsızlıklar şeklinde yaşama eğiliminde olabilecekleri düşünülmektedir. Nitekim YAB tanılı aleksitimik bireylerin belirgin bedensel belirtiler (ör., ağrı, yorgunluk, baş dönmesi vb) sergiledikleri, bedensel duyumların abartımı ve sağlık kaygılarının eşlik ettiği, sıkça fiziksel sıkıntıları başvuru nedeni olarak öne çıkardıkları bildirilmiştir (121). Bu durum, duygusal uyarılmayı temsil düzeyine taşıyamayıp psikolojik sıkıntıyı bedensel semptomlarla ifade etme eğiliminden kaynaklanabilir (122). Bulgular YAB hastalarında görülen bu eğilimi destekler niteliktedir. Ayrıca literatürde aleksitiminin YAB tedavisini de etkileyebildiği, aleksitimik özellikler gösteren hastalarda farmakoterapi ve psikoterapinin etkinliğinin düşük olabileceği belirtilmiştir (121). Bu bağlamda YAB'da aleksitimi varlığının tanınması, tedavi planlamasında önem arz edebilir.

Yaş ve cinsiyet değişkenleri açısından, çalışmada aleksitimi düzeyleri ile anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Üç yaş grubunda (18-40, 41-64 ve ≥65 yaş) TAÖ-Toplam (Toronto Aleksitimi Ölçeği Toplam) puanları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.01$). Detaylı analizde, 65 yaş ve üzeri hastaların TAÖ-Toplam puanlarının, 41-64 yaş grubundaki hastalara kıyasla anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir ($p=0.006$). Ancak, 18-40 yaş grubu ile diğer iki

yaş grubu arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (18-40 yaş vs. 41-64 yaş p=0.325; 18-40 yaş vs. ≥65 yaş p=0.353). Bu bulgu, özellikle ileri yaş grubunda aleksitiminin belirgin biçimde arttığını göstermektedir. Artışta, beyinde yaşlanma ile meydana gelen nörobiyolojik değişikliklerin, bilişsel gerilemenin, yalnızlık ve sosyal izolasyon ile kayıp ve yas süreçleri gibi sosyal faktörlerin ve ön plana çıkan fiziksel sağlık problemlerinin rol oynadığı düşünülmektedir. Cinsiyete göre inceleme yapıldığında ise erkek hastalarda aleksitimi düzeylerinin kadın hastalara göre anlamlı derecede yüksek olduğu ($p<0.001$) görülmektedir. Erkeklerin genel olarak duygularını ifade etmeye daha az teşvik edilmeleri gibi sosyalizasyon farkları bu grupta aleksitimi puanlarının daha yüksek olmasını açıklayabilecek etkenler olarak değerlendirilebilir. Literatürde de benzer şekilde, bazı çalışmalarda aleksitimi prevalansının ileri yaş gruplarında ve erkeklerde daha yüksek olduğu bildirilmiştir (73, 123). Ancak, bazı klinik örneklemlerde ve özellikle psikiyatrik hasta gruplarında bu ilişki tutarsız bulunmuştur (71). Farklılıkların olası nedenleri arasında örneklem özellikleri, ölçüm araçları ve kültürel değişkenler yer almaktadır. Bulgular YAB tanılı hastalarda yaş ve cinsiyetin aleksitimi düzeyini etkileyen önemli değişkenler olabileceğini göstermektedir. Bu sonuç, tedavi planlamasında yaş ve cinsiyete özgü müdahale stratejilerinin geliştirilmesi gerekliliğine işaret edebilir.

Çalışmada, eğitim düzeyleri arasında aleksitimi toplam puanları bakımından anlamlı bir fark saptanmıştır (p=0.050). Çalışma sonuçlarına göre, özellikle yüksekokul mezunu olan hastaların TAÖ-toplam puanlarının, lise mezunlarına göre anlamlı derecede daha düşük olduğu belirlenmiştir (p=0.031). Bununla birlikte, diğer eğitim düzeyleri arasında aleksitimi puanları açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu bulgu, eğitim düzeyinin aleksitimi ile ilişkisini tam olarak yansıtmakta sınırlı kalmış, anlamlı fark yalnızca belirli iki grup arasında ortaya çıkmıştır. Bunun olası nedenleri arasında, örneklemde eğitim gruplarının dengesiz dağılımı, gruplar arası birey sayısının azlığı, eğitim seviyelerinin toplumsal olarak benzer demografik ve kültürel özellikler taşıması veya eğitim grupları arasındaki ayrımın bireylerin duygusal farkındalığına etkisinin beklenenden daha sınırlı olması sayılabilir. Literatürde ise, genel olarak daha yüksek eğitim seviyesinin duygusal farkındalık ve ifade becerilerinin gelişimini desteklediği ve aleksitimi riskini azalttığı belirtilmektedir

(123, 124). Ayrıca aleksitimik bireylerin duygusal kelime dağarcığının sınırlı olması, soyutlama ve iç gözlem kapasitesinin düşük olması eğitimle kısmen ilişkili olabilir. Çalışmada anlamlı farkın sadece yüksekokul ve lise mezunları arasında görülmesi, bu iki grubun eğitimle edinilen duygusal işleme becerileri bakımından belirgin biçimde ayrıştığını, diğer eğitim grupları arasında ise bu ayrışmanın belirginleşmemiş olabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmada sosyoekonomik durum ile aleksitimi düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Ekonomik durum ve aylık gelir grupları açısından aleksitimi toplam ve alt boyut puanları benzer bulunmuştur. Literatürde ise, düşük sosyoekonomik düzeyin aleksitimi riskini artırdığı, bunun muhtemelen erken yaşam stresörleri, sınırlı kaynaklar ve duygusal eğitim fırsatlarının azlığıyla ilişkili olabileceği öne sürülmektedir (123). Ancak çalışmada bu ilişkinin gözlenmemiş olması, sosyoekonomik durumun ölçümünde kullanılan değişkenlerin sınırlı olması, örneklem büyüklüğü, kültürel etkenler veya diğer örtük değişkenlerin etkisiyle ilişkili olabilir. Yine de bulgular aleksitiminin sosyoekonomik belirleyicileriyle ilgili olarak daha fazla araştırmaya ihtiyaç olduğunu göstermektedir.

Çalışmada, aleksitimi düzeyi ile mesleki işlevsellik (çalışma durumu) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Çalışan, kısmi çalışan ve çalışmayan hastaların aleksitimi puanları benzer düzeyde bulunmuştur. Bu bulgu, literatürde sıklıkla vurgulanan aleksitiminin günlük yaşam ve işlevsellik üzerindeki olumsuz etkilerinin, her hasta grubunda aynı düzeyde ortaya çıkmayabileceğini göstermektedir. Nitekim, daha önce yapılan bazı araştırmalarda aleksitimi ile iş yaşamında işlev kaybı, sosyal iletişimde güçlük ve tükenmişlik arasında anlamlı bir ilişki saptanmış; özellikle iş ortamında duyguları ifade edememe ve başkalarının duygusal ipuçlarını algılamada yaşanan zorlukların, ekip çalışması ve stresle başa çıkmada sorunlara yol açabileceği belirtilmiş olsa da bu bulgular her örneklemde tutarlı biçimde gözlenmemektedir (73,125-127). Bulgular, özellikle YAB tanılı hastalarda aleksitimi düzeyinin mesleki işlevsellik üzerindeki etkisinin, başka değişkenler ve bireysel farklılıklar tarafından da şekillendirilebileceğine işaret etmektedir. İleride yapılacak çalışmalarda, aleksitimi ve işlevsellik ilişkisini daha

detaylı incelemek, farklı iş alanları, çalışma koşulları ve psikososyal faktörleri de dikkate almak yararlı olacaktır.

Çalışmanın bir diğer önemli bulgusu, bedensel belirtiler ile aleksitimi arasındaki pozitif ilişkidir. YAB tanılı bireylerde sık görülen bedensel yakınmalar (örn. baş ağrıları, çarpıntı, mide-bağırsak şikayetleri gibi) aleksitimi düzeyi yüksek olan hastalarda daha belirgin bulunmuştur. Bu sonuç, duygularını tanımlayamayan ve ifade edemeyen bireylerin psikolojik gerginliklerini bedensel belirtiler olarak yaşadıkları kuramıyla uyumludur (122). Aleksitimik kişiler, içsel duygusal uyarımlarını fark etmekte güçlük çektikleri için, bu uyarımları daha çok bedensel duyumlar şeklinde deneyimlemeye yatkındırlar. Literatürde aleksitiminin somatizasyonla yakından ilişkili olduğu iyi bilinmektedir. Örneğin, bir çalışmada tıbbi açıklaması olmayan bedensel yakınmaları olan hastaların yaklaşık yarısında aleksitimi saptanmış; bedensel belirti şiddeti ile aleksitimi skorları arasında anlamlı pozitif korelasyon bulunmuştur (128). Aynı çalışmada özellikle aleksitiminin "duyguları tanımlamada güçlük" alt boyutunun bedensel belirti yoğunluğuyla en güçlü ilişkiyi gösterdiği belirtilmektedir. YAB hastalarında da yaygın kaygı, sıklıkla kas gerginliği, yorgunluk, baş dönmesi, gastrointestinal rahatsızlıklar gibi fiziksel semptomlarla kendini gösterir. Aleksitimik özellikler taşıyan YAB hastalarının, yaşadıkları yoğun anksiyeteyi duygusal olarak adlandıramayıp doğrudan bu tür bedensel rahatsızlıklara odaklanması olasıdır. Nitekim aleksitimik YAB hastalarının bedensel duyumları abartma ve sağlık kaygısı (hipokondriyak düşünceler) eğilimlerinin yüksek olduğu, duygusal streslerini "bir hastalık varmış" gibi bedenlerine yansıttıkları vurgulanmaktadır (4,129). Bu durum, aleksitimik bireylerin interoseptif sinyalleri yanlış yorumlamaları ve duygusal gerilimi bir bedensel hastalık belirtisi sanmaları biçiminde açıklanabilir. Çalışmadaki bulgular da söz konusu mekanizmayı destekler niteliktedir. Aleksitimi düzeyi yüksek YAB hastalarında bedensel belirti yükünün fazla oluşu, bu hastaların duygusal sorunlarını yeterince tanımlayamadıkları için bedensel yakınmalar geliştirdiklerini düşündürmektedir. Klinik pratikte de YAB'lı birçok hastanın kaygı yerine öncelikle bedensel şikayetlerle başvurduğu, altta yatan anksiyetenin ancak detaylı değerlendirmeyle anlaşıldığı bilinmektedir. Bulgular, bu klinik gözlemleri bilimsel verilerle doğrulamaktadır. Sonuç olarak YAB'da aleksitimi,

psikosomatik etkileşimi güçlendiren bir faktör olarak değerlendirilebilir. Bu da tedavide bu hastaların bedensel belirtilerinin yanı sıra duygusal farkındalıklarının da artırılmasına yönelik müdahalelerin yararlı olabileceğini göstermektedir.

Çalışmada depresif ve anksiyöz semptomlarla aleksitimi arasında anlamlı ilişkiler saptanmıştır. YAB hastalarında depresyon belirtileri arttıkça aleksitimi düzeyinin yükseldiği; benzer şekilde anksiyete şiddeti ile aleksitimi arasında pozitif bir bağ olduğu görülmüştür. Bu bulgu, aleksitiminin genel psikopatoloji yüküyle ilişkili olduğunu göstermektedir. Depresyon ve anksiyete bozukluklarında aleksitimi sıklıkla eşlik eden bir özellik olarak tanımlanmıştır (92). Örneğin depresif bozuklukları olan hastaların yaklaşık yarısında aleksitimi tespit edildiği ve aleksitimik depresif hastaların, duygularını tanımlayabilenlere kıyasla belirti şiddeti açısından daha olumsuz bir tablo sergiledikleri bildirilmektedir (130). Benzer şekilde, YAB hastalarında yapılan bir çalışmada aleksitimik olanların anksiyete ve depresyon ölçek puanlarının, aleksitimik olmayanlara kıyasla anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır (131). De Berardis ve arkadaşlarının YAB hastalarıyla yürüttüğü çalışmada aleksitimik grubun hem anksiyete (Hamilton Anksiyete Değerlendirmesi) hem de depresyon (Montgomery–Åsberg Ölçeği) puanları diğer gruba göre belirgin biçimde yüksek bulunmuştur. Bu sonuçlar, aleksitiminin hastalığın semptom şiddetiyle paralel gittiğini düşündürmektedir. İlişkinin yönü konusunda görüş ayrılıkları bulunmaktadır; aleksitimi, kimi çalışmalarda depresyon ve anksiyete gelişimine zemin hazırlayan bir kişilik özelliği olarak değerlendirilirken, bazı bulgular ise bu bozuklukların bir sonucu olarak ortaya çıkabileceğini göstermektedir. Literatürde her iki yönde de bulgular mevcuttur. Bazı araştırmacılar aleksitiminin göreli olarak stabil bir kişilik özelliği olduğunu, bireyin duyguları işlemleme kapasitesindeki yapısal bir yetersizlikten kaynaklandığını ve bu nedenle depresyon/anksiyete gibi bozukluklara zemin hazırladığını öne sürmektedir. Nitekim bir çalışmada YAB'lı aleksitimik hastalar ile aleksitimik olmayanlar benzer düzeyde anksiyete skorları sergilemiş; bu da aleksitiminin kaygıdan bağımsız, değişmez bir özellik olabileceği şeklinde yorumlanmıştır (120). Diğer yandan, özellikle ikinci tip (sekonder) aleksitimi kavramına işaret eden çalışmalar, şiddetli depresyon veya anksiyete yaşayan bireylerde duygusal farkındalığın azalabileceğini, yani

aleksitiminin kısmen mevcut psikopatolojinin bir ürünü olabileceğini dile getirmektedir (132). Örneğin depresyonun bilişsel ve duygusal işlevlerde yarattığı baskılanmanın, kişinin duygularını tanımlama becerisini geçici olarak zayıflatabileceği ileri sürülmüştür. Çalışmanın tasarımı gereği nedensel bir çıkarım yapmak mümkün olmamakla birlikte, aleksitimi ile depresif/anksiyöz semptomlar arasındaki çift yönlü ilişkiye dikkat etmek gerekir. Aleksitimik özellikler, bireyin yaşadığı duygusal sıkıntıyı artırıp kronikleştirerek depresyon ve kaygıyı şiddetlendirebilir; aynı şekilde, kronik anksiyete ve depresyon da duygusal ifadenin körelmesine yol açarak aleksitimi düzeyini yükseltebilir. Önemli olan, bu döngüyü erken fark edip kırabilmektir. Klinik uygulamada YAB'lı hastalarda eşzamanlı depresyon belirtileri ve yoğun sağlık kaygıları görüldüğünde, aleksitimi varlığını değerlendirmek hem tanı hem de tedavi planı açısından faydalı olabilir. Nitekim, depresif bozukluklarda aleksitimik hastaların intihar düşünceleri ve özkıyım riskinin daha yüksek olabileceğini bildiren çalışmalar vardır (131). Aleksitimik YAB hastalarında da artmış intihar düşüncesi ve işlevsellik kaybı riskine dikkat edilmelidir.

Genel olarak çalışma, YAB tanılı bireylerde aleksitimi ile çeşitli değişkenler arasındaki ilişkileri literatür ışığında tartışmaya olanak sağlamıştır. Bulgular, aleksitiminin YAB'ın klinik görünümünde önemli bir faktör olduğunu düşündürmektedir. YAB hastalarında daha yaşlı ve sosyoekonomik olarak dezavantajlı kesimde aleksitimi düzeyinin nispeten yüksek olabileceği, aleksitiminin bu bozukluğa eşlik eden bedensel belirtileri ve ek depresif semptomları ağırlaştırabileceği ortaya konmuştur. Bu sonuçlar, YAB belirtileri olan bireylerin tedavisinde duygusal farkındalık ve ifade becerilerinin güçlendirilmesine yönelik yaklaşımların potansiyel yararına işaret etmektedir. Nitekim duyguları tanıma ve düzenleme becerilerine odaklanan psikoterapötik müdahalelerin hem aleksitimi düzeyini azaltarak hem de anksiyete ve depresyonu hafifleterek olumlu sonuçlar verebildiği gösterilmiştir (121). Sonuç olarak YAB'da aleksitimi varlığı, hastalığın seyrini ve tedaviye yanıtını etkileyebilecek bir bileşen olup, bu alanda farkındalığın artırılması klinik sonuçları iyileştirebilir.

5.1. ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI

Bu çalışmanın bazı kısıtlılıkları bulunmaktadır. Öncelikle, örneklem büyüklüğü güç analizine göre yeterli olsa da bazı alt gruplarda düşük örneklem sayısı istatistiksel analizlerin gücünü sınırlamış olabilir. Ayrıca, çalışmanın kesitsel tasarımı nedeniyle nedensellik ilişkileri kurulamamış; aleksitimi ile diğer değişkenler arasındaki ilişkilere yalnızca korelasyon düzeyinde yaklaşılabilmiştir. Veri toplama araçlarının tamamı öz-bildirime dayalı ölçeklerden oluştuğu için, özellikle aleksitimik bireylerin duygularını algılamada ve ifade etmede yaşadıkları güçlükler, ölçek puanlarının güvenilirliğini etkileyebilir. Bunun yanı sıra, bedensel belirtiler ve mesleki işlevsellik gibi bazı değişkenler standartize ölçeklerle değil, öznel değerlendirme ile saptanmıştır; bu durum bulguların güvenilirliği ve diğer çalışmalarla karşılaştırılabilirliği açısından bir kısıt oluşturmaktadır. Son olarak, örneklem yalnızca YAB tanılı hastalardan oluştuğu ve kontrol grubu içermediği için, aleksitimi düzeylerinin sağlıklı bireylerle veya diğer tanı gruplarıyla karşılaştırılması mümkün olmamıştır. Bu nedenle, elde edilen ilişkilerin YAB'a özgü olup olmadığı net olarak yorumlanamamaktadır. Tüm bu sınırlılıklar göz önüne alındığında, bulgular temkinli değerlendirilmelidir. Gelecekte, daha geniş ve çeşitli örneklemlerle, kontrol gruplu ve prospektif çalışmalar yapılması, YAB ve aleksitimi ilişkisinin daha kapsamlı anlaşılmasına katkı sağlayacaktır.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

1. YAB tanılı bireylerin aleksitimi düzeyleri yaşa göre anlamlı şekilde farklılık göstermektedir. İleri yaş gruplarında duyguları tanıma ve ifade etmede daha fazla güçlük yaşanmakta; özellikle "duyguları tanıma güçlüğü" alt boyutunda puanların yükseldiği görülmektedir.
2. YAB tanılı erkek bireyler, kadınlara kıyasla daha yüksek aleksitimi düzeylerine sahiptir. Bu bulgu, aleksitiminin cinsiyetle ilişkili olduğunu ve erkeklerin duygusal farkındalık ve ifade becerilerinde daha fazla zorluk yaşayabileceğini göstermektedir. Bulgular, toplumsal cinsiyete dayalı sosyalizasyon süreçleriyle de örtüşmektedir.
3. Çalışmada, YAB tanılı hastalarda eğitim düzeyi ile aleksitimi arasında anlamlı bir ilişki saptanmış; bu ilişki özellikle lise ve yükseköğretim mezunları arasında belirginleşmiştir. Gruplar arası karşılaştırmada, yükseköğretim mezunlarının lise mezunlarına kıyasla anlamlı düzeyde daha düşük aleksitimi skorlarına sahip olduğu görülmüştür.
4. Buna karşın, ekonomik düzey ve mesleki işlevsellik ile aleksitimi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Ancak bu sonuç, örneklem grubunun özellikleri veya ölçüm araçlarının sınırlılıkları gibi faktörlerden etkilenmiş olabilir. Dolayısıyla, ekonomik ve mesleki değişkenlerin aleksitimi üzerindeki etkisi konusunda kesin bir yargıya varmak güçtür.
5. YAB tanılı hastalarda bedensel belirtilerin şiddeti arttıkça aleksitimi düzeyleri de yükselmektedir. "Duyguları ayırt etmede güçlük" ve "dışsal düşünme tarzı" ile somatik yakınmalar arasında pozitif korelasyon saptanmıştır. Bu durum, duygusal yaşantıların fiziksel yollarla ifade edilme eğilimini desteklemektedir.
6. YAB tanılı hastalarda Depresif ve anksiyöz belirtiler ile aleksitimi düzeyleri arasında pozitif ilişki bulunmaktadır. Her iki semptom şiddeti arttıkça aleksitimi puanları da artmakta; bu da aleksitiminin yalnızca eşlik

eden bir özellik değil, semptomların şiddetlenmesinde etkili bir faktör olabileceğini düşündürmektedir.

6.2. ÖNERİLER

1. YAB hastalarında duygusal farkındalık mutlaka değerlendirilmelidir. Bu hastalarda aleksitimi düzeylerinin yüksek olması, tanı ve tedavide duyguları tanıma ve ifade etme becerilerinin de en az anksiyete kadar dikkate alınmasını gerektirmektedir.
2. Psikoterapilere aleksitimi odaklı yaklaşımlar entegre edilmelidir.
3. İleri yaş grubuna özel psikoeğitim programları geliştirilmelidir. Yaşla birlikte artan aleksitimi düzeyleri, bu gruba özgü müdahaleleri gerekli kılmaktadır.
4. Cinsiyete duyarlı ruh sağlığı hizmetleri yapılandırılmalıdır. Erkek bireylerde daha yüksek aleksitimi düzeyleri, toplumsal cinsiyet temelli yaklaşımları dikkate alan hizmet modellerini ön plana çıkarmaktadır.
5. Düşük eğitim düzeyine sahip bireylere yönelik duygusal okuryazarlık çalışmaları yaygınlaştırılmalıdır. Eğitim seviyesi ile aleksitimi arasındaki ters ilişki, önleyici müdahaleleri desteklemektedir.
6. Çalışmada ekonomik ve mesleki durum ile aleksitimi arasında anlamlı bir ilişki saptanamamış olmakla birlikte, bu konuda daha geniş ve farklı örneklemlerde yapılacak ileri araştırmalara ihtiyaç vardır.
7. Somatik yakınmalarla başvuran bireylerde aleksitimi taraması yapılmalıdır. Açıklanamayan fiziksel belirtiler, duygusal işlemleme güçlüğünün bir yansıması olabilir.
8. Aleksitimi-YAB ilişkisini inceleyen prospektif çalışmalar yürütülmelidir. Kesitsel çalışmalar nedensellik ilişkisini açıklamada yetersiz kalmaktadır.

6.3. ÇIKAR ÇATIŞMASI

Yazarlar, bu araştırmanın planlanması, yürütülmesi, sonuçların analizi, raporlanması ve yayımlanması süreçlerinde herhangi bir ticari kuruluş, kurum veya üçüncü tarafla finansal veya kişisel çıkar çatışması içinde olmadığını açıkça beyan

eder. Araştırmanın tasarımına, verilerin analizine veya bulguların yorumlanmasına dış kaynaklardan herhangi bir etki veya müdahale söz konusu olmamıştır.

7. KAYNAKLAR

1. Şaşıoğlu M, Gülol Ç, Tosun A. Aleksitimi Kavramı. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar- Current Approaches in Psychiatry. December 2013;5(4):507-527.
2. Ak İ, Sayar K, Yöntem T. Alexithymia, somatosensory strengthening and antagonism in chronic pain patients. Birinci Basamak İçin Psikiyatri 2003;2(4):25-35.
3. Grabe HJ, Frommer J, Ankerhold A, Ulrich C, Groger R, Franke GH et al. Alexithymia and outcome in psychotherapy. Psychother Psychosom 2008; 77:189- 194.
4. Taylor GJ. Recent developments in alexithymia theory and research. Can J Psychiatry 2000; 45:134-142.
5. Lesser IM. Current concepts in psychiatry. Alexithymia. N Engl J Med 1985; 312:690-692.
6. Freyberger H. Supportive psychotherapeutic techniques in primary and secondary alexithymia. Psychother Psychosom 1977;28(1- 4):337-42
7. Taylor GJ, Bagby MR, Ryan DP, Parker JD, Doody KF, Keefe P. Criterion validity of the Toronto Alexithymia Scale. Psychosom Med 1988;50(5):500-9.
8. Bach M, Bach D. Predictive value of alexithymia: a prospective study in somatizing patients. Psychother Psychosom 1996;64(1): 43-8.
9. Yiğitbaş, Ç., & Deveci, S. E. (2018). Yaşlılık ve Aleksitimi. Turkiye Klinikleri Journal of Health Sciences, 3(1), 80-87.
10. Marchesi, C., Fontò, S., Balista, C., Cimmino, C., & Maggini, C. (2004). Relationship between alexithymia and panic disorder: a longitudinal study to answer an open question. Psychotherapy and psychosomatics, 74(1), 56-60.
11. Ertekin E, Koyuncu A, Aslantas Ertekin B, Ozyildirim I. Alexithymia in social anxiety disorder: is there a specific relationship or is it a feature of comorbid major depression? Anadolu Psikiyatri Derg 2015; 16(2):130-137
12. Paniccia, M. F., Gaudio, S., Puddu, A., Di Trani, M., Dakanalis, A., Gentile, S., & Di Ciommo, V. (2018). Alexithymia in parents and adolescents with generalised anxiety disorder. *Clinical Psychologist, 22*(3), 336–343
13. Tükel R, Alkın T, editörler. *Anksiyete Bozuklukları*. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları; 2006.
14. Nutt, D. J., Argyropoulos, S., Forshall, S. (1998). *Generalised Anxiety Disorder: Diagnosis, Treatment and Its Relationship to Other Anxiety Disorders.* London: Martin Dunitz

15. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.)

16. Öztürk, M. & Uluşahin, N. A. (2023). *Ruh sağlığı ve bozuklukları* (Güncellenmiş 18. baskı). Ankara

17. GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. (2020). Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet, 396*(10258), 1204–1222.

18. Dünya Sağlık Örgütü. (2022). Uluslararası Hastalık Sınıflandırması (ICD-11). Erişim adresi: https://icd.who.int/

19. Dünya Sağlık Örgütü. (2023, 27 Eylül). Anksiyete Bozuklukları. Erişim adresi: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders

20. Alonso, J., Liu, Z., Evans-Lacko, S., Sadikova, E., Sampson, N., Chatterji, S., Abdulmalik, J., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Andrade, L. H., Bruffaerts, R., Cardoso, G., Cia, A., Florescu, S., de Girolamo, G., Gureje, O., Haro, J. M., He, Y., de Jonge, P., Karam, E. G., … WHO World Mental Health Survey Collaborators (2018). Treatment gap for anxiety disorders is global: Results of the World Mental Health Surveys in 21 countries. *Depression and anxiety*, *35*(3), 195–208.

21. National Comorbidity Survey Replication (NCSR). (2007). Lifetime prevalence of DSM-IV/WMH-CIDI disorders by sex and cohort.

22. Lieb, R., Becker, E., & Altamura, C. (2005). The epidemiology of generalized anxiety disorder in Europe. *European Neuropsychopharmacology*, *15*(4), 445-452.

23. T.C. Sağlık Bakanlığı. (2021). *Anksiyete Bozuklukları Klinik Protokolü (Versiyon 1.0)*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.

24. Weisberg, R. B. (2009). Overview of generalized anxiety disorder: Epidemiology, presentation, and course. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 70(Suppl 2), 4–9

25. Merikangas KR, He JP, Burstein M, Swanson SA, Avenevoli S, Cui L, Benjet C, Georgiades K, Swendsen J. Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication--Adolescent Supplement (NCS-A). J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2010 Oct;49(10):980-9.

26. Emily J. Russell, MA; Jonathan M. Fawcett, PhD; Dwight Mazmanian, PhD J Clin Psychiatry 2013;74(4):377-385

27. Carmen P. McLean, Emily R. Anderson, Brave men and timid women? A review of the gender differences in fear and anxiety, Clinical Psychology Review, Volume 29, Issue 6, 2009, Pages 496-505

28. Menta, C., Bisol, L. W., Nogueira, E. L., Engroff, P., & Cataldo Neto, A. (2020). Prevalence and correlates of generalized anxiety disorder among elderly people in primary health care. Jornal Brasileiro De Psiquiatria, 69(2), 126–130.

29. Rosellini, A.J., Brown, T.A. (2023). Anxiety and Fear-Related Disorders: Generalized Anxiety Disorder. In: Tasman, A., *et al.* Tasman's Psychiatry. Springer, Cham.

30. Fonzo, G. A., & Etkin, A. (2017). Affective neuroimaging in generalized anxiety disorder: an integrated review. Dialogues in Clinical Neuroscience, 19(2), 169–179.

31. Yassa MA, Hazlett RL, Stark CEL, Hoehn-Saric R. (2012). Functional MRI of the amygdala and bed nucleus of the stria terminalis during conditions of uncertainty in generalized anxiety disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 46(8), 1045–1052.

32. Mantella RC, Butters MA, Amico JA, Mazumdar S, Rollman BL, Begley AE, Reynolds CF, Lenze EJ. Salivary cortisol is associated with diagnosis and severity of late-life generalized anxiety disorder. Psychoneuroendocrinology. 2008 Jul;33(6):773-81.

33. Nuss P. Anxiety disorders and GABA neurotransmission: a disturbance of modulation. Neuropsychiatr Dis Treat. 2015 Jan 17;11:165-75.

34. Stein MB. Neurobiology of generalized anxiety disorder. J Clin Psychiatry. 2009;70 Suppl 2:15-9.

35. Gottschalk, M. G., & Domschke, K. (2017). Genetics of generalized anxiety disorder and related traits. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 19(2), 159–168

36. Hettema, J. M., An, S. S., Neale, M. C., Bukszar, J., van den Oord, E. J. C. G., Kendler, K. S., & Chen, X. (2006). Association between glutamic acid decarboxylase genes and anxiety disorders, major depression, and neuroticism. *Molecular Psychiatry*, 11(8), 752–762

37. Freud, S. (1926). *Inhibitions, symptoms and anxiety* (J. Strachey, Trans.). The Hogarth Press

38. Bowlby, J. (1969–1980). *Attachment and loss* (Vols. 1–3). Basic Books

39. Cassidy, J., & Shaver, P. R. (Eds.). (2009). *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (2nd ed.). The Guilford Press

40. Freud, A. (1936). *The ego and the mechanisms of defence*. London: Hogarth Press and Institute of Psycho-Analysis.

41. Shear, M. K., & Westen, D. (1998). The Psychodynamic Formulation of Panic Disorder: Issues and Controversies. *American Journal of Psychiatry*, 155(12), 1637–1645.

42. Yalom, I. D. (1980). *Existential psychotherapy*. Basic Books.

43. Beck, A. T., & Clark, D. A. (1997). An information processing model of anxiety: Automatic and strategic processes. *Behaviour Research and Therapy*, 35(1), 49–58

44. Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. Basic Books.

45. Dugas, M. J., Gagnon, F., Ladouceur, R., & Freeston, M. H. (1998). Generalized anxiety disorder: A preliminary test of a conceptual model. *Behaviour Research and Therapy*, 36(2), 215–226.

46. Borkovec, T. D., Ray, W. J., & Stöber, J. (1998). Worry: A cognitive phenomenon intimately linked to affective, physiological, and interpersonal behavioral processes. *Cognitive Therapy and Research*, 22(6), 561–576

47. Green, J. G., McLaughlin, K. A., Berglund, P. A., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Kessler, R. C. (2010). Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey Replication I: Associations with first onset of DSM-IV disorders. *Archives of General Psychiatry*, 67(2), 113–123.

48. Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310–357

49. Mineka, S., & Zinbarg, R. E. (2006). A contemporary learning theory perspective on the etiology of anxiety disorders: It's not what you thought it was. *American Psychologist*, 61(1), 10–26.

50. Hoyer, J., Beesdo, K., Gloster, A. T., Runge, J., Höfler, M., & Becker, E. S. (2009). Worry exposure versus applied relaxation in the treatment of generalized anxiety disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78(2), 106–115.

51. Twenge, J. M. (2000). The age of anxiety? Birth cohort change in anxiety and neuroticism, 1952–1993. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79(6), 1007–1021

52. Ünsalver, B. Ö., & Balcıoğlu, İ. (2006). Yaygın anksiyete bozukluğu: Epidemiyoloji, prognoz ve farmakolojik olmayan tedaviler. *Cerrahpaşa Tıp Dergisi*, 37(3), 115-120.

53. Keller, M. B. (2002). The long-term clinical course of generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry, 63*(Suppl 8), 11–16.

54. Gale, C. K., & Millichamp, J. (2013). Generalized anxiety disorder. *American Family Physician, 87*(2), 122–124

55. Hoge, E. A., Oppenheimer, J. E., & Simon, N. M. (2004). Generalized Anxiety Disorder. *Focus*, *2*(3), 346–359.

56. Carpenter JK, Andrews LA, Witcraft SM, Powers MB, Smits JAJ, Hofmann SG. Cognitive behavioral therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. Depress Anxiety. 2018 Jun;35(6):502-514.

57. Durham, R. C., Chambers, J. A., MacDonald, R. R., Power, K. G., & Major, K. (2003). Does cognitive-behavioural therapy influence the long-term outcome of generalized anxiety disorder? An 8–14 year follow-up of two clinical trials. *Psychological Medicine, 33*(3), 499–509.

58. Dugas, M. J., & Robichaud, M. (2007). *Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: From science to practice*. Routledge.

59. Saatçioğlu, Ö. (2001). Yaygın anksiyete bozukluğunun tedavisi ve yeni yaklaşımlar. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 11(1), 60-77.

60. Baldwin, D. S., Woods, R., Lawson, R. H., & Taylor, D. (2011). Efficacy of drug treatments for generalised anxiety disorder: Systematic review and meta-analysis. *BMJ*, *342*, d1199.

61. Strawn JR, Geracioti L, Rajdev N, Clemenza K, Levine A. Pharmacotherapy for generalized anxiety disorder in adult and pediatric patients: an evidence-based treatment review. Expert Opin Pharmacother. 2018 Jul;19(10):1057-1070

62. Aydın PÇ, Akyalçın S, Mete L. Anksiyete Bozukluklarının Tedavisinde Antiepileptik İlaçların Kullanımı. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. Haziran 2009;1(2):80-94.

63. Bayır, E., & Elgin Cebe, G. (2023). Anksiyete ve uyku bozukluklarında kullanılan tıbbi bitkiler. *Ankara Eczacılık Fakültesi Dergisi*, 47(3), 1084-1100.

64. Akhondzadeh, S., Naghavi, H. R., Vazirian, M., Shayeganpour, A., Rashidi, H., & Khani, M. (2001). Passionflower in the treatment of generalized anxiety: a pilot double-blind randomized controlled trial with oxazepam. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 26(5), 363-367.

65. Sifneos, P. E. (1973). The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics, 22*(2), 255-262

66. Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A. (1997). *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge University Press.

67. Moriguchi, Y., & Komaki, G. (2013). Neuroimaging studies of alexithymia: Physical, affective, and social perspectives. *BioPsychoSocial Medicine, 7*(1), 8.

68. Bagby, R. M., Parker, J. D. A., & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale—I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research, 38*(1), 23–32.

69. Lane, R. D. (2000). Neural correlates of consciousness of emotion. In L. F. Barrett, P. M. Niedenthal, & P. Winkielman (Eds.), *Emotion: Conscious and unconscious* (pp. 237–256). Guilford Press

70. Leweke, F., Leichsenring, F., Kruse, J., & Hermes, S. (2012). Alexithymia as a predictor of treatment outcome: A meta-analysis. *Psychotherapy and Psychosomatics, 81*(5), 316–326.

71. Karukivi, M., & Saarijärvi, S. (2014). Development of alexithymic personality features. *World Journal of Psychiatry, 4*(4), 91–102.

72. Salminen, J. K., Saarijärvi, S., Äärelä, E., Toikka, T., & Kauhanen, J. (1999). Prevalence of alexithymia and its association with sociodemographic variables in the general population of Finland. *Journal of Psychosomatic Research, 46*(1), 75–82

73. Mattila, A. K., Salminen, J. K., Nummi, T., & Joukamaa, M. (2006). Age is strongly associated with alexithymia in the general population. *Journal of Psychosomatic Research, 61*(5), 629–635.

74. MacLean PD: Psychosomatic disease and the visceral brain; recent developments bearing on the Papez theory of emotion. Psychosom Med. 1949, 11: 338-353

75. Hoppe KD, Bogen JE: Alexithymia in twelve commissurotomized patients. Psychother Psychosom. 1977, 28: 148-155. 10.1159/000287057.

76. Kano, M., Fukudo, S. The alexithymic brain: the neural pathways linking alexithymia to physical disorders. *BioPsychoSocial Med* 7, 1 (2013).

77. Meza-Concha N, Arancibia M, Salas F, Behar R, Salas G, Silva H, et al. (2017). Towards a neurobiological understanding of alexithymia. *Medwave, 17*(4), e6960.

78. Jørgensen MM, Zachariae R, Skytthe A, Kyvik K. Genetic and environmental factors in alexithymia: a population-based study of 8,785 Danish twin pairs. Psychother Psychosom. 2007;76(6):369-75.

79. Hernández-Díaz, Y., Genis-Mendoza, A. D., González-Castro, T. B., Fresán, A., Tovilla-Zárate, C. A., López-Narváez, M. L., Juárez-Rojop, I. E., & Nicolini, H. (2024). Exploring candidate gene studies and alexithymia: A systematic review. *Genes, 15*(8), 1025

80. Zhang, J., Zhang, Y., Mao, Y. *et al.* The relationship between insecure attachment and alexithymia: A meta-analysis. *Curr Psychol* 43, 5804–5825 (2024).

81. Ditzer, J., Wong, E. Y., Modi, R. N., Behnke, M., Gross, J. J., & Talmon, A. (2023). Child maltreatment and alexithymia: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin, 149*(5-6), 311–329

82. Zdankiewicz-Ścigała, E., & Ścigała, D. K. (2020). Attachment style, early childhood trauma, alexithymia, and dissociation among persons addicted to alcohol: Structural equation model of dependencies. *Frontiers in Psychology, 10*, 2957.

83. Kench S, Irwin HJ. Alexithymia and childhood family environment. J Clin Psychol. 2000 Jun;56(6):737-45.

84. Huggins CF, Williams JHG, Sato W. Cross-cultural differences in self-reported and behavioural emotional self-awareness between Japan and the UK. BMC Res Notes. 2023 Dec 21;16(1):380.

85. Dere J, Tang Q, Zhu X, Cai L, Yao S, Ryder AG. The cultural shaping of alexithymia: values and externally oriented thinking in a Chinese clinical sample. Compr Psychiatry. 2013 May;54(4):362-8.

86. Barańczuk, U. (2019). The five factor model of personality and alexithymia: A meta-analysis. *Journal of Research in Personality, 78*, 227–248

87. Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A. (2016). Assessment and diagnosis of alexithymia. In *The Handbook of Alexithymia* (pp. 23–40). Cambridge University Press.

88. van der Velde, J., Servaas, M. N., Goerlich, K. S., Bruggeman, R., Horton, P., Costafreda, S. G.,... & Aleman, A. (2013). Neural correlates of alexithymia: A meta-analysis of emotion processing studies. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 37*(8), 1774–1785.

89. Lumley, M. A., Neely, L. C., & Burger, A. J. (2007). The assessment of alexithymia in medical settings: Implications for understanding and treating health problems. *Journal of Personality Assessment, 89*(3), 230–246.

90. Quinto, R. M., De Vincenzo, F., Graceffa, D., Bonifati, C., Innamorati, M., & Iani, L. (2022). The Relationship between Alexithymia and Mental Health Is Fully Mediated by Anxiety and Depression in Patients with Psoriasis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(6), 3649.

91. Šago, D., Babić, G., Bajić, Ž., & Filipčić, I. (2020). Panic disorder as unthinkable emotions: Alexithymia in panic disorder, a Croatian cross-sectional study. *Frontiers in Psychiatry, 11*, 466.

92. Sagar R, Talwar S, Desai G, Chaturvedi SK. Relationship between alexithymia and depression: A narrative review. Indian J Psychiatry. 2021 Mar-Apr;63(2):127-133.

93. Kojima M, Senda Y, Nagaya T, Tokudome S, Furukawa TA. Alexithymia, depression and social support among Japanese workers. Psychother Psychosom. 2003;72:307–14

94. Tuzer V, Bulut SD, Bastug B, Kayalar G, Göka E, Beştepe E. Causal attributions and alexithymia in female patients with fibromyalgia or chronic low back pain. Nord J Psychiatry. 2011;65:138–44.

95. Marino R, Picci RL, Ferro G, Carezana C, Gandolfo S, Pentenero M. Peculiar alexithymic traits in burning mouth syndrome: Case-control study. Clin Oral Investig. 2015;19:1799–805.

96. Mattila, A. K., Kronholm, E., Jula, A., Salminen, J. K., Koivisto, A. M., Mielonen, R. L., & Joukamaa, M. (2008). Alexithymia and somatization in general population. *Psychosomatic medicine*, *70*(6), 716–722.

97. Duddu V, Isaac M, Chaturvedi S. Alexithymia in somatoform and depressive disorders. J Psychosom Res. 2003;54:435–8.

98. Yi Y, Huang Y, Jiang R, Chen Q, Yang M, Li H, Feng Y, Feng S, Zhou S, Zhang L, Ning Y, Li Z, Wu F. The percentage and clinical correlates of alexithymia in stable patients with schizophrenia. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2023 Apr;273(3):679-686

99. Ospina, L. H., Shanahan, M., Perez-Rodriguez, M. M., Chan, C. C., Clari, R., & Burdick, K. E. (2019). Alexithymia predicts poorer social and everyday functioning in schizophrenia and bipolar disorder. *Psychiatry research*, *273*, 218–226.

100. Khosravani, V., Samimi Ardestani, S. M., Sharifi Bastan, F., & Kamali, Z. (2017). The relationship between alexithymia and symptom dimensions in patients with obsessive–compulsive disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 14*, 127–133.

101. Roh, D., Kim, W. J., & Kim, C. H. (2011). Alexithymia in obsessive-compulsive disorder: clinical correlates and symptom dimensions. *The Journal of nervous and mental disease*, *199*(9), 690–695.

102. Honkalampi K, Jokela M, Lehto SM, Kivimäki M, Virtanen M. Association between alexithymia and substance use: A systematic review and meta-analysis. Scand J Psychol. 2022 Oct;63(5):427-438.

103. Ziółkowski, M., Gruss, T., & Rybakowski, J. K. (1995). Does alexithymia in male alcoholics constitute a negative factor for maintaining abstinence?. *Psychotherapy and psychosomatics*, *63*(3-4), 169–173.

104. Chaim, C.H., Almeida, T.M., de Vries Albertin, P. *et al.* The implication of alexithymia in personality disorders: a systematic review. *BMC Psychiatry* **24**, 647 (2024).

105. Tsubaki, K., & Shimizu, E. (2024). Psychological Treatments for Alexithymia: A Systematic Review. *Behavioral Sciences*, *14*(12), 1173

106. Khademi, M., Hajiahmadi, M., & Faramarzi, M. (2019). The role of long-term psychodynamic psychotherapy in improving attachment patterns, defense styles, and alexithymia in patients with depressive/anxiety disorders. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy, 41*(1), 43–50.

107. Sayar, H., Wilberg, T., Eikenæs, I. U., Ekberg, A., Leitemo, K., Morken, K. T. E., Oftedal, E., Omvik, S., Ulvestad, D. A., Pedersen, G., & Kvarstein, E. H. (2025). Improvement of alexithymia in patients treated in mental health services for personality disorders: A longitudinal, observational study. *Frontiers in Psychiatry, 16*, 1558654

108. Salles, B. M., Maturana de Souza, W., Dos Santos, V. A., & Mograbi, D. C. (2023). Effects of DBT-based interventions on alexithymia: a systematic review. *Cognitive behaviour therapy*, *52*(2), 110–131

109. Matuszak, J., Miller, G., Kemmelmeier, M., & Mason, N. (2013). A pilot study of the impact of stimulant pharmacotherapy in college students with ADHD on alexithymia and psychological mindedness. *Open Journal of Medical Psychology, 2*(4), 139–142.

110. Quirin, M., Carter, C. S., Bode, R., Düsing, R., Radtke, E. L., & Tops, M. (2014). The role of oxytocin and alexithymia in the therapeutic process. *Frontiers in Psychology, 5*, Article 1074.

111. First, M. B., Williams, J. B. W., Karg, R. S., & Spitzer, R. L. (2015). *Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders, Clinician Version (SCID-5-CV)*. American Psychiatric Association Publishing.

112. Elbir, M., Alp Topbaş, Ö., Bayad, S., Kocabaş, T., Topak, Ö. Z., Çetin, S., & Aydemir, Ö. (2019). Adaptation and reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-5-Disorders - Clinician Version (SCID-5/CV) to the Turkish language. *Turkish Journal of Psychiatry*, 30(1), 51–56.

113. Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology, 32*(1), 50–55

114. Yazıcı, M. K., Demir, B., Tanrıverdi, N., Karaağaoğlu, E., & Yolaç, P. (1998). Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği: Değerlendiriciler arası güvenirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi, 9*(2), 114–117

115. Güleç, H., Tamam, L., Yazıcı, M. K., Güleç, M. Y., Turhan, M., Karakuş, G., & Zengin, M. (2009). Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20) Türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 19*(3), 214–220.

116. Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2010). The Patient Health Questionnaire Somatic, Anxiety, and Depressive Symptom Scales: A systematic review. *General Hospital Psychiatry, 32*(4), 345–359.

117. Yazıcı Güleç, M., Aydemir, Ö., Sorias, O., Bosgelmez, S., Vahip, S., Yalın, N.,... & Kırlı, S. (2012). The validity and reliability of the Turkish version of the Patient Health Questionnaire–Somatic, Anxiety, and Depressive Symptoms. *Journal of Mood Disorders, 2*(3), 77–83

118. Robbins, J. M., & Kirmayer, L. J. (1991). Attributions of common somatic symptoms. *Psychological Medicine, 21*(4), 1029–1045.

119. Güleç, H., & Sayar, K. (2007). Atıf Ölçeği: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Dergisi, 8*(4), 135–144.

120. Baykan, H., & Şahin Can, M. (2023). Yaygın anksiyete bozukluğunda aleksitiminin başa çıkma tutumları ile ilişkisi [Relationship between alexithymia and coping attitudes in generalized anxiety disorder]. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 15(Suppl 1), 133–138.

121. Wang, Y., Cao, J., & Wei, J. (2024). Case report: Short-term psychotherapy for alexithymia in a patient with generalized anxiety disorder. *Frontiers in Psychiatry, 15*, Article 1342398.

122. Raffagnato A, Angelico C, Valentini P, Miscioscia M, Gatta M. Using the body when there are no words for feelings: alexithymia and somatization in self-harming adolescents. Front Psychiatry. (2020) 11:262.

123. Franz, M., Popp, K., Schaefer, R., Sitte, W., Schneider, C., Hardt, J., Decker, O., & Braehler, E. (2008). Alexithymia in the German general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 43*(1), 54–62

124. Mattila, A. K., Salminen, J. K., Nummi, T., & Joukamaa, M. (2008). Alexithymia and health-related quality of life in a general population. Psychosomatics, 49(1), 49–57.

125. Kirmayer, L. J., & Taylor, G. J. (1997). Somatoform disorders: Psychiatric diagnosis and classification. *Comprehensive Psychiatry, 38*(3), 135–146.

126. Mikolajczak, M., Menil, C., & Luminet, O. (2007). Explaining the protective effect of trait emotional intelligence regarding occupational stress: Exploration of emotional labour processes. *Journal of Research in Personality, 41*(5), 1107–1117.

127. Di Tella M, Tesio V, Ghiggia A, Romeo A, Colonna F, Fusaro E et al. (2018) Coping strategies and perceived social support in fibromyalgia syndrome: Relationship with alexithymia. Scand J Psychol, 59:167-176.

128. Rady A, Alamrawy RG, Ramadan I, El Raouf MA. Prevalence of Alexithymia in Patients with Medically Unexplained Physical Symptoms: A Cross-sectional Study in Egypt. Clin Pract Epidemiol Ment Health. 2021 Oct 15;17:136-145.

129. Kumar V, Avasthi A, Grover S. Somatosensory amplification, health anxiety, and alexithymia in generalized anxiety disorder. Ind Psychiatry J. (2018) 27:47.

130. Simic, K., Latas, M., Pantovic, M., & Nesic, M. (2024). Alexithymia—A neglected factor influencing educational satisfaction and psychological wellbeing in medical students. *Journal of Nervous & Mental Disease, 212*(4)

131. De Berardis, D., Serroni, N., Campanella, D., Marini, S., Rapini, G., Valchera, A., Iasevoli, F., Mazza, M., Fornaro, M., Perna, G., Di Iorio, G., Martinotti, G., & Di Giannantonio, M. (2017). Alexithymia, Suicide Ideation, C-Reactive Protein, and Serum Lipid Levels Among Outpatients with Generalized Anxiety Disorder. *Archives of suicide research : official journal of the International Academy for Suicide Research*, *21*(1), 100–112.

132. Marchesi, C., Brusamonti, E., & Maggini, C. (2000). Are alexithymia, depression, and anxiety distinct constructs in affective disorders?. *Journal of psychosomatic research*, *49*(1), 43–49.

8. ÖZGEÇMİŞ

I. Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: Berk Erim BİLGİLİ

İletişim adresi:

Yabancı dili: İngilizce

II. Eğitim

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi (2013-2019)

III. İş Tecrübesine Ait Bilgiler

1. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon ABD (2020-2020)
2. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı (2021-Halen)

IV. Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

Türkiye Psikiyatri Derneği

9. EKLER

Ek-1. 23.10.2024 TARİHLİ EPK KARARLARI

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
EĞİTİM PLANLAMA KURULU (EPK)
KARAR DEFTERİ

KARAR TARİHİ: 23.10.2024
KARAR NO: 22

1. GEAH Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniğinde görev yapmakta olan **Dr. Berk Erim BİLGİLİ**'nin 07.10.2024 tarihli, SAYI: 50687469-619-255920685 sayılı "Araştırma İzni (Dr. Berk Erim BİLGİLİ)" konulu dilekçesi ve **"Yaygın Anksiyete Bozukluğu Tanılı Hastalarda Yaşa Göre Aleksitimi Düzeyleri ve Sosyodemografik Veriler ve Klinik Özelliklerle İlişkisi"** başlıklı tez çalışması incelenmiş ve araştırma izni talebi oybirliği ile **uygun görülmüştür.**
2. GEAH Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniğinde görev yapmakta olan **Dr. Ertuğrul ŞAHİN**'in 15.10.2024 tarihli, SAYI: 50687469-929-256784352 sayılı "Araştırma İzni Onayı Hk." konulu dilekçesi ve **"Kadavralarda, Beyin Parankimini Çevreleyen Dura Pia ve Araknoid Membranların Süperior Sagital Sinüs Çevresinde Alınan Örneklerinde Lenfatik Sistemin Varlığının Gösterilmesi"** başlıklı tez çalışması incelenmiş ve araştırma izni talebi oybirliği ile **uygun görülmüştür.**
3. GEAH Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde görev yapmakta olan **Dr. Şükrü Hakan GENÇER**'in 16.10.2024 tarihli, SAYI: 50687469-799-256969563 sayılı "Dr. Şükrü Hakan GENÇER'in Tıpta Uzmanlık Tezi Hk" konulu dilekçesi ve **"Dinoproston ile Doğum İndüksiyonu Yapılan Hastalarda Pan-immun İnflamasyon Değerinin Doğum Şekli ve Kord Kan Gazı pH Değeri Üzerine Etkileri"** başlıklı tez çalışması incelenmiş ve araştırma izni talebi oybirliği ile **uygun görülmüştür.**
4. GEAH Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniğinde görev yapmakta olan **Dr. Nevin KILINÇ**'ın 15.10.2024 tarihli, SAYI: E-50687469-771-256769061 sayılı "Dr. Nevin KILINÇ'ın Uzmanlık Eğitimi Süre Uzatımı Hk." konulu dilekçesi ile Covid-19 pandemi nedeniyle uzmanlık eğitimi süresi için 6 (Altı) ay ek süre talebi incelenmiş ve oybirliği ile **uygun görülmüştür.**
5. GEAH Göğüs Hastalıkları Kliniğinin 15.10.2024 tarihli, SAYI: E-50687469-771-256759563 sayılı "Tütün Bağımlılığı İle Mücadele Konferansı Hk." konulu yazısı ve **"Tütün Bağımlılığı İle Mücadele Konferansı"** başlıklı konferansı Gülhane EAH Prof.Tbp.Tümg. Fahrettin ALPARSLAN Amfisinde 15 Kasım 2024 tarihinde saat:14:00-15:00 saatleri arasında yapılması talebi incelenmiş ve oybirliği ile **uygun görülmüştür.**
6. GEAH Eğitim Biriminin 15.10.2024 tarihli, SAYI: E-50687469-771-256752495 sayılı "Diyabet Günü Sempozyumu Hk." konulu yazısı ve **"Diyabet: İyi Hisset Sempozyumu"** başlıklı sempozyumu Gülhane EAH Prof.Tbp.Tümg. Fahrettin ALPARSLAN Amfisinde 14 Kasım 2024 tarihinde saat:14:00-15:30 saatleri arasında yapılması talebi incelenmiş ve oybirliği ile **uygun görülmüştür.**
7. GEAH Nöroloji Kliniğinin 22.10.2024 tarihli, SAYI: E-50687469-929-257436036 sayılı "Rotasyon (Dr. Berza ÖZCAN) (DR240207) Hk." konulu yazısı ile **"Nöroloji Kliniğinde Uzmanlık Eğitimi Görmekte Olan (T.C. Kimlik Nu.:26815161460) (DR240207) Dr. Berza ÖZCAN'ın Tababet ve Uzmanlık Tüzüğü Gereğince Yapmakla Sorumlu Olduğu Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Rotasyonunun 01.12.2024-31.12.2024 Tarihleri Arasında Gaziler Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Yapılması"** talebi incelenmiş ve oybirliği ile **uygun görülmüştür.**
8. GEAH Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde görev yapmakta olan **Dr. Ömer KADIRHAN'**ın 18.10.2024 tarihli, SAYI: E- 50687469-799-257141618 sayılı "Dr. Ömer KADIRHAN'ın Uzmanlık Eğitimi Süre Uzatımı Hk." konulu dilekçesi ile Covid-19 pandemi nedeniyle uzmanlık eğitimi süresi için 6 (Altı) ay ek süre talebi incelenmiş ve oybirliği ile **uygun görülmüştür.**

9. GEAH Ortopedi ve Travmatoloji Kliniğinin 18.10.2024 tarihli, SAYI: E-50687469-020-257227322 sayılı "Tıpta Uzmanlık Eğitim Programında (2024-25) Güncelleme" konulu yazısı ve ""**Ortopedi ve Travmatoloji Tıpta Uzmanlık Eğitim Programı" Doç.Dr. Yusuf ERDEM ve Doç.Dr. Çağrı NEYİŞCİ'nin istifa etmesi, Prof.Dr. Abdullah Yalçın TABAK'ın katılış yapmış olması ve Uzm.Dr. Uğur YÜZÜGÜLDÜ'nün tayin olması nedeniyle güncellenmiştir. Programın konu ve uygulama esaslarında değişiklik yapılmamış, ders anlatan ve ders sorumlusu öğretim üyeleri listesine Prof.Dr. Abdullah Yalçın TABAK'ın dahil edilmesi ile güncellenen eğitim programı**" incelenmiş ve oybirliği ile **uygun görülmüştür.**

10. GEAH Ortopedi ve Travmatoloji Kliniğinde görev yapmakta olan **Dr. Bahadır DOĞU**'nun 14.10.2024 tarihli, SAYI: E-50687469-020-256702467 sayılı "Uzmanlık Eğitimi Tez Savunma Sınav Tarihi ve Jürileri Hk." konulu yazısı ve **"Uzmanlık Eğitimi Tez Savunma Sınav Tarihi ve Jüri Teklifleri"** talebi incelenmiş ve oybirliği ile **uygun görülerek kayıt altına alınmıştır.**

11. GEAH Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniğinde görev yapmakta olan **Dr. Hazal Selin SOYUGÜR**'ün 15.10.2024 tarihli, SAYI: E-50687469-799-256769142 sayılı "Uzmanlık Eğitimi Tez Savunma Sınav Tarihi ve Jürileri Hk." konulu yazısı ve **"Uzmanlık Eğitimi Tez Savunma Sınav Tarihi ve Jüri Teklifleri"** talebi incelenmiş ve oybirliği ile **uygun görülerek kayıt altına alınmıştır.**

12. GEAH Tıbbi Mikrobiyoloji Kliniğinde görev yapmakta olan **Dr. Hasan KARAKUŞ**'un 16.10.2024 tarihli, SAYI: E-50687469-770-256967996 sayılı "Uzmanlık Eğitimi Tez Savunma Sınav Tarihi ve Jürileri Hk." konulu yazısı ve **"Uzmanlık Eğitimi Tez Savunma Sınav Tarihi ve Jüri Teklifleri"** talebi incelenmiş ve oybirliği ile **uygun görülerek kayıt altına alınmıştır.**

13. GEAH İç Hastalıkları Kliniğinde görev yapmakta olan **Dr. Ahmet Fatih KÖSE, Dr. Ali İÇLİ ve Dr. Çağla Sena KESER**'in 16.10.2024 tarihli, SAYI: E-50687469-799-256895158 sayılı "Uzmanlık Eğitimi Tez Savunma Sınav Tarihi ve Jürileri Hk." konulu yazısı ve **"Uzmanlık Eğitimi Tez Savunma Sınav Tarihi ve Jüri Teklifleri"** talebi incelenmiş ve oybirliği ile **uygun görülerek kayıt altına alınmıştır.**

14. GEAH Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde görev yapmakta olan **Dr. Dilşad Kübra SÖNMEZ ÖZGÜR'**ün 23.10.2024 tarihli, SAYI: E-50687469-799-257547847 sayılı "Uzmanlık Eğitimi Tez Savunma Sınav Tarihi ve Jürileri Hk." konulu yazısı ve **"Uzmanlık Eğitimi Tez Savunma Sınav Tarihi ve Jüri Teklifleri"** talebi incelenmiş ve oybirliği ile **uygun görülerek kayıt altına alınmıştır**

Ek-2: ETİK KURUL ONAYI

MÜDAHALE OLMAYAN BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Yaygın Anksiyete Bozukluğu tanılı hastalarda yaşa göre aleksitimi düzeyleri ve sosyodemografik veriler ve klinik özelliklerle ilişkisi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	2024/113

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	SBÜ Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Müdahale Olmayan Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Aşağı Eğlence Mah. General Doktor Tevfik Sağlam Cad. No:1, Keçiören, Ankara
	TELEFON	0(312) 304 12 86
	FAKS	0(312) 304 12 88
	E-POSTA	geahbilimseletikkurul@gmail.com

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Kamil Nahit ÖZMENLER			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Psikiyatri			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Gülhane EAH Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı			
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI	-			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)	-			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-			
	ARAŞTIRMANIN FAZI VE TÜRÜ	FAZ 1	☐		
		FAZ 2	☐		
		FAZ 3	☐		
		FAZ 4	☐		
		Gözlemsel ilaç çalışması	☐		
		Tıbbi cihaz klinik araştırması	☐		
		İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	☐		
		İlaç dışı bilimsel araştırma	☒		
		Diğer ise belirtiniz			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☒	ULUSLARARASI ☐

	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐

MÜDAHALE OLMAYAN BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Yaygın Anksiyete Bozukluğu tanılı hastalarda yaşa göre aleksitimi düzeyleri ve sosyodemografik veriler ve klinik özelliklerle ilişkisi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	2024/113

	Belge Adı		Açıklama
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	SİGORTA	☐	
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐	
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐	
	İLAN	☐	
	YILLIK BİLDİRİM	☐	
	SONUÇ RAPORU	☐	
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐	
	DİĞER:	☐	
KARAR BİLGİLERİ	**Karar No**: 2024/113	**Tarih:** 26.12.2024	
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili sorumlu araştırmacı Prof. Dr. Kamil Nahit ÖZMENLER ve yardımcı araştırmacı Asistan Dr. Berk Erim BİLGİLİ'ye ait belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş **ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına** toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.		

MÜDAHALE OLMAYAN BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	SBÜ GEAH Müdahale Olmayan Bilimsel Araştırmalar Etik Kurul Yönergesi, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Cantürk TAŞÇI

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katı
Prof. Dr. Cantürk TAŞÇI	Göğüs Hst.	Gülhane EAH	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐
Prof. Dr. Gülden YILMAZ TEHLİ	Enfeksiyon Hst.	Gülhane EAH	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐
Prof. Dr. Özhan ÖZDEMİR	Kadın Doğum	Gülhane EAH	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐
Doç. Dr. Gökhan ARSLAN	Kalp Damar Cerrahisi	Gülhane EAH	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐
Doç. Dr. Aydan ÖRSÇELİK	Spor Hekimliği	Gülhane EAH	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐
Doç. Dr. G. Berktuğ BAHADIR	Çocuk Cerrahisi	Gülhane EAH	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐
Doç. Dr. Aydın ÖZKAN	Ağız Diş ve Çene Cerrahisi	SBÜ Gülhane Diş H. F.	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐
Doç. Dr. Aysun TEKELİ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Gülhane EAH	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐
Dr. Öğr. Üyesi Saliha Ayşenur ÇAM ÖZÜNLÜ	Tıbbi Farmakoloji	Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐
Aslıhan Burcu KILIÇ	Biyomedikal	Gülhane EAH	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐
Çiğdem Filiz EKER	Hukuk	Serbest Avukat	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐
Necmeddin TEKİN	İmam-Sivil Üye	Ankara Atatürk Sanatoryum EAH	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐

Ek-3: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Araştırma Projesinin Adı: Yaygın Anksiyete Bozukluğu tanılı hastalarda yaşa göre aleksitimi düzeyleri ve sosyodemografik veriler ve klinik özelliklerle ilişkisi

Danışman Araştırmacının Adı: Prof. Dr. Kamil Nahit ÖZMENLER

Yardımcı Araştırmacının Adı: Uzm. Dr. Mehmet KOÇER

Sorumlu Araştırmacının Adı: Araştırma Görevlisi Dr. Berk Erim BİLGİLİ

"Yaygın Anksiyete Bozukluğu tanılı hastalarda yaşa göre aleksitimi düzeyleri ve sosyodemografik veriler ve klinik özelliklerle ilişkisi" isimli bir çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır ve katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir. Bu araştırma, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında, Prof. Dr. Kamil Nahit ÖZMENLER danışmanlığı altındadır.

Çalışmanın amacı nedir; benden başka kaç kişi bu çalışmaya katılacak?

- *Araştırmanın amacı: Bu araştırmada Yaygın Anksiyete Bozukluğu tanısı alan hastaların yaşa göre aleksitimi düzeyleri incelenecektir. Ayrıca elde edeceğimiz veriler ışığında diğer sosyodemografik veriler ve klinik özellikler ile ilişkisi değerlendirilecektir.*

- *Çalışmaya; Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniğine müracaat eden kişiler arasından DSM-5'e göre Yaygın Anksiyete Bozukluğu tanısı almış ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan hastaların dahil edilmesi planlanmıştır.*

Bu çalışmaya katılmalı mıyım?

Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Şu anda bu formu imzalasanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalışmayı bırakmakta özgürsünüz. Eğer katılmak istemez iseniz veya çalışmadan ayrılırsanız, doktorunuz tarafından sizin için en uygun tedavi planı uygulanacaktır. Aynı şekilde çalışmayı yürüten doktor çalışmaya devam etmenizin sizin için yararlı olmayacağına karar verebilir ve sizi çalışma dışı bırakabilir, bu durumda da sizin için en uygun tedavi seçilecektir.

Bu çalışmaya katılırsam beni ne bekliyor?

Çalışmaya dahil olmayı kabul etmeniz durumunda bilgi toplamak amacıyla araştırıcı tarafından katılımcılara; SCID-5(klinisyen tarafından gerekli görülürse), Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAM-A), Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ), Semptom Yorumlama Anketi (SYA) ve Hasta Sağlığı Anketi- Somatik, Anksiyete, Depresif Belirtiler (PHQ-SADS) uygulanacaktır. Araştırmanın etik kurul onayı alınmasından itibaren 7 ayda bitirilmesi planlanmıştır.

Çalışmanın riskleri ve rahatsızlıkları var mıdır?

Çalışmaya dahil olmanız durumunda sizi herhangi bir risk veya rahatsızlık beklememektedir.

Çalışmada yer almamın yararları nelerdir?

Bu araştırmada Yaygın Anksiyete Bozukluğu tanılı hastaların duygularını ifade etme ve tanıma yönünden yaşadığı güçlüklerin ve bunun ortaya çıkarabileceği zihinsel ve fiziksel belirtilerin daha iyi anlaşılması ve bu durum için daha riskli nitelik taşıyan sosyodemografik gruplar için daha çok dikkatli olunması açısından farkındalık sağlanması hedeflenmektedir.

Bu çalışmaya katılmamın maliyeti nedir?

Çalışmaya katılmakla maddi yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Kişisel bilgilerim nasıl kullanılacak?

Çalışma doktorunuz kişisel bilgilerinizi, araştırmayı ve istatiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ancak kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Yalnızca gereği halinde, sizinle ilgili bilgileri etik kurullar ya da resmi makamlar inceleyebilir. Çalışmanın sonunda, kendi sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Çalışma sonuçları çalışma bitiminde tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

Daha fazla bilgi için kime başvurabilirim?

Çalışma ile ilgili ek bilgiye gereksiniminiz olduğunuzda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

ADI : Dr. Berk Erim BİLGİLİ

GÖREVİ : Araştırma Görevlisi

Gülhane Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim dalında, Dr. Berk Erim BİLGİLİ tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "katılımcı" olarak davet edildim.

Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımıma ve hekim ile olan ilişkime herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (*Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim).* Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırmadan elde edilen benimle ilgili kişisel bilgilerin gizliliğinin korunacağını biliyorum.

Araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Adı, soyadı:
Adres:
Tel:
İmza:
Tarih:

Katılımcı ile görüşen hekim

Adı soyadı, unvanı:
Adres:
Tel:
İmza:
Tarih:

(Katılımcının/Hastanın Beyanı)

Ek-4: SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

Tarih: Görüşmeci:

SOSYODEMOGRAFİK VERİ TOPLAMA FORMU:

1. Ad-Soyad :…….
2. Doğum Tarihi :……..
3. Boy ve kilo :……
4. Cinsiyet: ◯ Kadın ◯ Erkek
5. Medeni Durum: ◯ Bekâr ◯ Evli ◯ Ayrılmış/Dul
6. Çocuk Sayısı: ◯ Yok ◯ Varsa sayısı……
7. Meslek :…….
8. Çalışma Durumu: ◯ Çalışmıyor ◯ Çalışıyor ◯ Kısmi çalışıyor
9. Eğitim durumu: ◯ Okuryazar ◯ İlkokul ◯ Ortaokul ◯ Lise ◯ Yük. Öğretim
10. Yaşadığı yer: ◯ İl merkezi ◯ İlçe merkezi ◯ Köy
11. Kimle yaşıyor: ◯ Aile ◯ Anne-baba ◯ Yalnız ◯ Diğer……
12. Ekonomik durum: ◯ Geliri giderinden az ◯ Geliri gideri ile eşit ◯ Geliri giderinden fazla
13. Aylık gelir: ◯ <15000 TL ◯ 15000-30000 TL ◯ >30000 TL
14. Sigara Kullanımı: ◯ Yok ◯ Varsa sayısı……
15. Alkol Kullanımı: ◯ Yok ◯ Sosyal ◯Düzenli
16. Madde Kullanımı: ◯ Yok ◯ Varsa türü ve sıklığı……..
17. Özkıyım girişimi öyküsü ◯ Yok ◯ Var (ise sayısını belirtiniz ……..)
18. Daha önce herhangi bir psikiyatrik tanı aldınız mı?

    ◯ Hayır ◯ Evet (ise belirtiniz ……..)
19. Psikiyatrik ilaç kullanıyor musunuz?

    ◯ Hayır ◯ Evet (ise belirtiniz……..)

20. Daha önce hiç psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gördünüz mü?

◯ Hayır ◯ Evet (ise belirtiniz ……..)

21. Ailenizde tanı almış psikiyatrik hastalığı olan var mı?

◯ Hayır ◯ Evet (ise belirtiniz ……..)

22. Kronik hastalığınız var mı?

◯ Hayır ◯ Evet (ise belirtiniz……)

Ek-5: TORONTO ALEKSİTİMİ ÖLÇEĞİ (TAÖ-20)

Lütfen aşağıdaki maddelerin sizi ne ölçüde tanımladığını işaretleyiniz.

Hiçbir zaman (1),....., Her zaman (5) olacak şekilde bu maddelere puan veriniz.

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Sık sık Her zaman

	1	2	3	4	5
1. Ne hissettiğimi çoğu kez tam olarak bilemem					
2. Duygularım için uygun kelimeleri bulmak benim için zordur					
3. Bedenimde doktorların dahi anlamadığı hisler oluyor					
4. Duygularımı kolayca tarif edebilirim					
5. Sorunları yalnızca tarif etmektense onları çözümlemeyi yeğlerim					
6. Keyfim kaçtığında, üzgün mü, korkmuş mu yoksa kızgın mı olduğumu bilemem.					
7. Bedenimdeki hisler kafamı karıştırır					
8. Neden öyle sonuçlandığını anlamaya çalışmaksızın, işleri oluruna bırakmayı yeğlerim					
9. Tam olarak tanımlayamadığım duygularım var					
10. İnsanların duygularını tanıması gerekir					
11. İnsanlar hakkında ne hissettiği tarif etmek bana zor geliyor.					
12. İnsanlar duygularımı kolayca tarif etmemi isterler.					
13. İçimde ne olup bittiğini bilmiyorum					
14. Çoğu zaman neden kızgın olduğumu bilmem					
15. İnsanlarla, duygularından çok günlük uğraşları hakkında konuşmayı yeğlerim.					
16. Psikolojik dramalar yerine eğlendirici programlar izlemeyi yeğlerim					
17. İçimdeki duyguları yakın arkadaşlarıma bile açıklamak bana zor gelir					
18. Sessizlik anlarında dahi, kendimi birisine yakın hissedebilirim					
19. Kişisel sorunlarımı çözerken duygularımı incelemeyi yararlı bulurum.					
20. Film veya oyunlarda gizli anlamlar aramak, onlardan alınacak hazzı azaltır.					

Ek-6: HASTA SAĞLIĞI ANKETİ (PHQ-SADS)

A- PHQ.15

Son 4 hafta içinde aşağıdaki sorunların herhangi birinden ne kadar rahatsızlık duydunuz?

(0) Hiç rahatsız olmadım **(1)** Biraz rahatsız oldum **(2)** Çok rahatsız oldum

	0	1	2
1. Karın ağrısı			
2. Sırt ağrısı			
3. Kollarda, bacaklarda ve eklemlerde (diz, kalça vs.) ağrı			
4. Yorgunluk ve enerji azlığı			
5. Uykuya dalmada ve sürdürmede zorluk veya çok fazla uyuma			
6. Adet (aybaşı) sancısı veya adetlerinizle ilgili başka problemler			
7. Cinsel ilişki sırasında ağrı ya da cinsel başka problemler			
8. Baş ağrısı			
9. Göğüs ağrısı			
10. Baş dönmesi			
11. Fenalık hissi			
12. Kalbinizin hızla çarptığını hissetme			
13. Nefes darlığı			
14. Kabızlık, yumuşak dışkı ya da ishal			
15. Bulantı, şişkinlik veya hazımsızlık			

B- GAD.7

Son 2 hafta içinde aşağıdaki sorunların herhangi birinden ne sıklıkta rahatsızlık duydunuz?

(0) Hiçbir zaman **(1)** Sadece birkaç gün **(2)** Günün yarısından fazla **(3)** Hemen hemen her gün

	0	1	2	3
1. Sinirli, kaygılı ya da sabırsız hissetme				
2. Endişelenmeyi kontrol altına alamama ya da durduramama				
3. Değişik şeyler hakkında çok fazla endişelenme				
4. Gevşemede zorlanma				
5. Hareketsiz oturmada zorlanacak kadar çok huzursuz olma				
6. Keyfin çabuk kaçması ve çabuk kırılma (alıngan olma)				
7. Sanki kötü bir şey olacak gibi korku hissetme				

C- P.5

Kaygı atakları ile ilgili sorular

	Evet	Hayır
a. Son 4 hafta içinde kaygı-endişe atağınız (birden korkma ya da panikleme) oldu mu?		
b. Daha önce de oldu mu?		
c. Bu ataklardan bazıları *birdenbire ansızın* (rahatsız ya da sinirli olmayı ummadığınız durumlarda) mı gelir?		
d. Bu ataklar sizi çok mu rahatsız eder ya da başka bir atağın gelmesinden endişelenir misiniz?		
e. Son ciddi kaygı atak esnasında, nefes darlığı, terleme veya kalp çarpıntısı şikayetleriniz oldu mu?		

D- PHQ.9

Son 2 hafta içinde aşağıdaki sorunların herhangi birinden ne sıklıkta rahatsızlık duydunuz?

(0) Hiçbir zaman **(1)** Sadece birkaç gün **(2)** Günün yarısından fazla **(3)** Hemen hemen her gün

	0	**1**	**2**	**3**
1. Bir şey yapmaktan az zevk alma ve ilgide azalma				
2. Çökkün, düşkün ya da umutsuz hissetme				
3. Uykuya dalmada ve sürdürmede zorluk veya çok fazla uyuma				
4. Yorgun hissetme veya az enerjiye sahip olma				
5. İştahsızlık veya aşırı yeme				
6. Kendini kötü hissetme-bir hata yaptığını veya ailesini üzdüğünü sanma				
7. Televizyon izlemede veya gazete okumada yoğunlaşamama				
8. Dışardan fark edilir biçimde konuşma ve hareketlerde yavaşlama, ya da tam tersi huzursuzluk nedeniyle kendi etrafında sürekli dolanma				
9. Ölsem daha iyi olur düşünceleri veya kendine zarar verme düşünceleri olma				

E- Bu ankette sorunlardan herhangi birini işaretlediyseniz, bu sorunlar işinizi yapmada, evle ilgilenmenizde veya insanlarla geçinmenizde ne kadar zorluk çıkardı?

( ) Hiç zorluk çıkarmadı ( ) Biraz zorluk çıkardı

( ) Çok zorluk çıkardı ( ) Aşırı derecede zorlandım

Ek-7: SEMPTOM YORUMLAMA ANKETİ

Aşağıda daha önce yaşamış ya da yaşamamış olabileceğiniz durumlar vardır. Her bir durum için durumunuzu en iyi açıkladığını düşündüğünüz açıklamayı işaretleyiniz. Lütfen her soruya cevap veriniz. Aynı zamanda bu durumu son üç ay içinde geçirip geçirmediğinizi A (EVET) veya B (HAYIR) seçeneklerinden birini işaretleyerek cevaplandırınız. Lütfen tüm sorulara cevap veriniz ve gerekirse yardım isteyiniz.

A Pek değil **B** Bazen **C** Sık sık **D** Çok sık

1. Eğer uzun süren bir başağrım olmuşsa şu yüzden olabileceğini düşünürüm				
Canım sıkkındır	A	B	C	D
Kaslarımda, sinirlerimde ya da beynimde birşey vardır	A	B	C	D
Yüksek bir ses, parlak ışık veya başka bir şey beni rahatsız etmiştir	A	B	C	D
Son üç ayda uzun süren bir başağrınız oldu mu? **A.** Evet **B.** Hayır				
2. Eğer çok terliyorsam şu yüzden olabileceğini düşünürüm				
Bir ateş ya da ateşli hastalığım olmalıdır	A	B	C	D
Gergin veya sinirliyimdir	A	B	C	D
Oda çok sıcaktır, aşırı giyiniğimdir ya da çok çalışmışımdır	A	B	C	D
Son üç ayda çok fazla terlediğinizi fark ettiniz mi? **A.** Evet **B.** Hayır				
3. Birdenbire başım dönerse şu yüzden olabileceğini düşünürüm				
Kalbimde ya da kan basıncımda bir sorun vardır	A	B	C	D
Yeterince yemek yemiyorumdur ya da birden ayağa kalkmışımdır	A	B	C	D
Çok fazla stres altında olmalıyımdır	A	B	C	D
Son üç ayda başınız döndü mü? **A.** Evet **B.** Hayır				
4. Ağzımın kuru olduğunu fark edersem, şu yüzden olabileceğini düşünürüm				
Bir şeyden korkmuş ya da heyecanlanmışımdır	A	B	C	D
Daha fazla sıvı içmem gerekir	A	B	C	D
Tükürük bezlerimle ilgili bir sorun vardır	A	B	C	D
Son üç ayda ağız kuruluğu oldu mu? **A.** Evet **B.** Hayır				
5. Eğer kalbimin göğsümün içinde güm güm attığını hissedersem, şu yüzden olabileceğini düşünürüm				
Çok egzersiz yapmış veya çok kahve içmişimdir	A	B	C	D
Gerçekten heyecanlanmış veya korkmuşumdur	A	B	C	D
Kalbimde bir sorun vardır	A	B	C	D
Son üç aydan kalbinizin güm güm attığını hissettiniz mi? **A.** Evet **B.** Hayır				

6. Yorgun hissediyorsam, şu yüzden olabileceğini düşünürüm				
Duygusal olarak tükenmişimdir veya moralim bozuktur	A	B	C	D
Aşırı egzersiz yapıyorumdur veya yeterince yapmıyorumdur	A	B	C	D
Anemi ya da kansızlığım vardır	A	B	C	D
Son üç ayda kendinizi yorgun hissettiniz mi? **A.** Evet **B.** Hayır				
7. Eğer ellerim titriyorsa, şu yüzden olabileceğini düşünürüm				
Nörolojik bir sorunum vardır	A	B	C	D
Çok sinirliyimdir	A	B	C	D
El kaslarım yorulmuştur	A	B	C	D
Son üç ayda ellerinizde titreme fark ettiniz mi? **A.** Evet **B.** Hayır				
8. Uyumakta bir zorluğum varsa, şu yüzden olabileceğini düşünürüm				
Bir tür ağrı veya bedensel rahatsızlık beni uyanık tutmaktadır	A	B	C	D
Yorgun değilimdir ya da çok kahve veya çay içmişimdir	A	B	C	D
Çok kaygılıyımdır veya bir şeye sinirlenmişimdir	A	B	C	D
Son üç ayda uyumakta zorlandınız mı? **A.** Evet **B.** Hayır				
9. Midem bozuksa şu yüzden olabileceğini düşünürüm				
Çok endişelendiğim için hastalanmışımdır	A	B	C	D
Nezle olmuşumdur ya da midem tahriş olmuştur	A	B	C	D
Yediğim bir şey dokunmuştur	A	B	C	D
Son üç ayda midenizin bozulduğu oldu mu? **A.** Evet **B.** Hayır				
10.Eğer iştahım kesikse şu yüzden olabileceğini düşünürüm				
Çok yiyorumdur veya vücudumun eskisi kadar gıdaya ihtiyacı yoktur	A	B	C	D
O kadar endişeliyimdir ki gıdadan tad alamıyorumdur	A	B	C	D
Bir mide veya barsak sorunum vardır	A	B	C	D
Son üç ayda iştahınızda kesilme oldu mu? **A.** Evet **B.** Hayır				
11.Çok sık nefes alıp veriyorsam şu yüzden olabileceğini düşünürüm				
Akciğerlerimde su toplanması veya mikrop vardır veya kalbimde sorun vardır	A	B	C	D
Oda çok boğucudur ve hava çok kirlidir	A	B	C	D
Aşırı heyecanlı veya gerginimdir	A	B	C	D
Son üç ayda çok sık nefes alıp verdiğiniz oldu mu? **A.** Evet **B.** Hayır				

12. El ve ayaklarımda hissizlik ve karıncalanma fark edersem şu yüzden olabileceğini düşünürüm				
Duygusal stres altındayımdır	A	B	C	D
Sinirlerimde veya kan dolaşımımda yanlış birşeyler vardır	A	B	C	D
Üşümüşümdür veya elimde ayağımda uyuşma olmuştur	A	B	C	D
Son üç ayda el ve ayaklarınızda hissizlik ve karıncalanma hissettiniz mi? **A.** Evet **B.** Hayır				
13. Eğer kabız olmuşsam ve düzenli dışarı (büyük abdeste) çıkamıyorsam şu yüzden olabileceğini düşünürüm				
Yeterince meyve veya posalı gıda almıyorumdur	A	B	C	D
Çok gergin olduğum için düzenli dışarı çıkamıyorumdur	A	B	C	D
Barsaklarımda bir sorun vardır	A	B	C	D
Son üç aydır kabız olduğunuz ve düzenli olarak dışarı çıkamadığınız oldu mu? **A.** Evet **B.** Hayır				

Ek-8: HAMİLTON ANKSİYETE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Hastanın Adı, Soyadı:	Tarih:
Hastanın Yaşı ve Cinsiyeti:	Değerlendirici:

HAMİLTON ANKSİYETE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (HARS)

Lütfen her konu başlığı için 0-4 arası bir puan verin

	Puan
1. ANKSİYETELİ MİZAÇ	☐
2. GERİLİM	☐
3. KORKULAR	☐
4. UYKUSUZLUK	☐
5. ENTELLEKTÜEL (kognitif)	☐
6. DEPRESİF MİZAÇ	☐
7. SOMATİK (muskuler)	☐
8. SOMATİK (duygusal)	☐
9. KARDİOVASKÜLER SEMPTOMLAR	☐
10. SOLUNUM SEMPTOMLARI	☐
11. GASTROİNTESTİNAL SEMPTOMLAR	☐
12. GENİTOÜRİNER SEMPTOMLAR	☐
13. OTONOMİK SEMPTOMLAR	☐
14. GÖRÜŞME SIRASINDAKİ DAVRANIŞ	☐
TOPLAM PUAN:	.....
PSİŞİK (1,2,3,5,6)	.....
SOMATİK (4,7,8,9,10,11,12,13,14)	.....