T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN RUH SAĞLIĞI VE SİNİR HASTALIKLARI SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI EĞİTİM KLİNİĞİ

ŞİZOFRENİ TANILI HASTALAR VE KARDEŞLERİNDE ALEKSİTİMİ DÜZEYİ VE SOMATİK SEMPTOM YORUMLAMA ŞEKİLLERİNİN SAĞLIKLI KONTROLLER İLE KARŞILAŞTIRILMASI

Dr. İbrahim ŞENSOY

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL / 2025

T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN RUH SAĞLIĞI VE SİNİR HASTALIKLARI SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI EĞİTİM KLİNİĞİ

ŞİZOFRENİ TANILI HASTALAR VE KARDEŞLERİNDE ALEKSİTİMİ DÜZEYİ VE SOMATİK SEMPTOM YORUMLAMA ŞEKİLLERİNİN SAĞLIKLI KONTROLLER İLE KARŞILAŞTIRILMASI

Dr. İbrahim ŞENSOY

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Nesrin KARAMUSTAFALIOĞLU

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL / 2025

TEŞEKKÜR

Sağladığı çalışma ortamından dolayı hastanemiz Başhekimliği'ne,

Hekimlik sanatının inceliklerini öğrendiğim, engin bilgi ve deneyimlerinden bolca faydalandığım, kendisi ile yolumuzun kesişmesinden dolayı hep şanslı hissettiğim, her zor durumda yanımızda yer alan, anne şefkatini üzerimizden eksik etmeyen kıymetli klinik şefim, Bakırköy'ün büyük emektarlarından Prof. Dr. Nesrin KARAMUSTAFALIOĞLU'na,

Psikiyatrinin ve hekimliğin yanı sıra pek çok alanda ilham aldığım, psikanalize dair tutku ve merakımın artmasına en büyük katkıda bulunan, kendisi ile çalışma imkânı bulduğum için şükran duygusu hissettiğim değerli hocam Prof. Dr. Murat ERKIRAN'a,

Tez sürecimde yardımlarını hiç esirgemeyen verdiği fikirlerle yolumu açan ve rahatlatan çok sevdiğim uzmanım ve arkadaşım Uzm. Dr. Yusuf Ezel YILDIRIM'a,

Rotasyonlarım sürecinde bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım değerli hocalarım Prof. Dr. Ejder Akgün YILDIRIM, Doç. Dr. Münevver HACIOĞLU YILDIRIM, Uzm. Dr. Ahmet TÜRKCAN, Prof. Dr. Fatih ÖNCÜ ve Prof. Dr. Aysun SOYSAL'a ve uzmanlarımız Uzm. Dr. A. Sencer TABAKÇI ve Uzm Dr. Sevilay Umut KILINÇ'a,

Bakırköy'de yollarımızın kesiştiği, her biriyle ayrı güzellikler yaşadığım 16. Psikiyatri Kliniği'nden asistan arkadaşlarım Aslı, Melih, Bilge, Aysu, Çisem, Burcu, Onur, Derya, Safa, Gizem, Cansu, Şevval, Tarkan ve tüm asistan arkadaşalarıma

Mesleki bilgi ve uygulamalarımda katkıları olan servisimizin değerli uzmanları Uzm. Dr. Ayşegül ERMİŞ, Uzm. Dr. Helin KAN UZEL ve Uzm. Dr. Berkay Arda CEBECİ'ye

Beraber çalışmaktan mutluluk duyduğum 16.Psikiyatri Kliniği başta olmak üzere hastanemizin tüm değerli çalışanlarına,

Bakırköy'de kısa süreli de olsa birlikte çalışma fırsatı bulduğum, dostluğunu her daim bir ayrıcalık olarak gördüğüm kıymetli abim ve dostum Uzm. Dr. Serdar SALMAN'a,

Bu dünyanın yükü yetmezmiş gibi bir de ruhsal rahatsızlıkları ile bu hayata tutunan, her birinin engin gönlünde yer bulmayı arzuladığım sevgili hastalarıma,

Bugünlere gelmemde en büyük emek ve çabaya sahip olan, çocukluğumdaki güzelliklerin mimarları annem, babam ve ablalarıma; özellikle fedakarlıklarıyla beni her daim hayrete düşüren, sevgisinin sonu olmayan değerli anneme,

Yakın zamanda yitirdiğimiz, bu dünyadan sessizce giderken geriye çelebi duruşunu ve tüm güzellikleri bırakan kayınpederim, babamız Fatih Mehmet ATAY'ın ruhaniyetine,

Bu hayattaki en büyük değerim, aklına ve kalbine hayranlık duyduğum, her zaman yanımda olan ve olacağını bildiğim canım eşim Gül Gökçe'ye,

Teşekkürlerimle…

Dr. İbrahim ŞENSOY
İstanbul, Şubat 2025

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....i

KISALTMALAR v

TABLO LİSTESİ vi

ŞEKİL LİSTESİ vii

ÖZET viii

ABSTRACT x

1.GİRİŞ VE AMAÇ..... 1

2.GENEL BİLGİLER.....5

2.1.1. Tarihçe……5

2.1.2. Epidemiyoloji……..5

2.1.3. Etiyoloji.....…….....… 6

2.1.4. Risk Faktörleri…….….. 6

2.2. Endofenotip Kavramı…….. 7

2.2.1. Şizofrenide Endofenotip Kavramı……..…….. 8

2.3.1. Aleksitiminin Tanımı ve Kavramsal Çerçevesi……..…… 9

2.3.2. Aleksitimide Nörobiyoloji……. 11

2.3.3. Aleksitiminin Psikiyatrik ve Tıbbi Durumlarla İlişkisi…..……..…. 12

2.3.4. Aleksitimi ve Şizofreni……. 13

2.3.5. Aleksitimin Ölçülmesi……..…. 14

2.4. Somatizasyon……..... 15

2.4.1. Somatizasyon Tanımı ve Tarihçesi……...…. 15

2.4.2. Somatizasyonun Klinik Yönü……..... 16

2.4.3. Somatizasyon ve Şizofreni……..... 17

2.4.4. Somatizasyon ve Aleksitimi İlişkisi...…….…….... 17

3.GEREÇ VE YÖNTEM 19

3.1. GRUPLARIN SEÇİLMESİ VE OLUŞTURULMASI……..... 19

3.1.1 Yöntem.....19
3.1.2 Çalışma Evreni-Örneklem.....19
3.1.3 Araştırmaya Alınma Kriterleri.....19
3.1.4 Araştırmadan Dışlama Kriterleri.....20
3.2. Değerlendirme Ölçekleri.....20
3.2.1. Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Veri Formu.....21
3.2.2. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS).....21
3.2.3. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ).....21
3.2.4. Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği (KİDÖ-FAST)……..22
3.2.5. Semptom Yorumlama Anketi (SYA).....22
3.2.6. Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ).....22
3.3. İstatistiksel Analiz.....23

4.BULGULAR.....24

4.1. GRUPLARIN SOSYODEMOGRAFİK VERİLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI.....24
4.2. KISA İŞLEVSELLİK DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ'NİN GRUPLAR ARASINDA KARŞILAŞTIRILMASI.....25
4.3. SEMPTOM YORUMLAMA ANKETİNİN GRUPLAR ARASINDA KARŞILAŞTIRILMASI.....27
4.4. TORONTO ALEKSİTİMİ ÖLÇEĞİ'NİN GRUPLAR ARASINDA KARŞILAŞTIRILMASI.....29
4.5. KADIN KATILIMCILARIN SYA VE TAÖ AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI.....31
4.6. ERKEK KATILIMCILARIN SYA VE TAÖ AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI.....33
4.7. KATILIMCILARIN DEMOGRAFİK VERİLERİ VE ÖLÇEK PUANLARININ CİNSİYETLER ARASI KARŞILAŞTIRILMASI..... 35
4.8. KATILIMCILARIN ALEKSİTİMİK OLMA AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI.....36

4.9. ALEKSİTİMİK VE ALEKSİTİMİK OLMAYAN KATILIMCILARIN DEMOGRAFİK, KLİNİK VE PSİKOLOJİK ÖZELLİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI.....37
4.10. ŞİZOFRENİ TANILI HASTA GRUBUNDA ALEKSİTİMİK VE ALEKSİTİMİK OLMAYAN KATILIMCILARIN DEMOGRAFİK, KLİNİK VE PSİKOLOJİK ÖZELLİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI.....39
4.11. KATILIMCILARIN SYA, KİDÖ, TAÖ ARASINDAKİ KORELASYON ANALİZLERİ.....40
4.12. HASTA GRUBUNDA PANSS ALT ÖLÇEKLERİ İLE KİDÖ, SYA VE TAÖ ÖLÇEKLERİ ARASINDAKİ KORELASYON ANALİZİ.....43
4.13. TÜM KATILIMCILARDA ALEKSİTİMİ DÜZEYLERİNİ YORDAYAN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİNE YÖNELİK LİNEER REGRESYON ANALİZİ.....44
4.14. ŞİZOFRENİ TANILI HASTALARDA ALEKSİTİMİ DÜZEYLERİNİ YORDAYAN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİNE YÖNELİK LİNEER REGRESYON ANALİZİ.....45

5.TARTIŞMA.....47

5.1. Çalışmamızın Kısıtlılıkları.....56

6.SONUÇ VE ÖNERİLER..... 59

7.KAYNAKLAR.....61

8.EKLER.....73

8.1. Sosyodemografik Veri Formu

8.2. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği

8.3 Beck Depresyon Ölçeği

8.4. Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği

8.5. Semptom Yorumlama Anketi

8.6. Toronto Aleksitimi Ölçeği

KISALTMALAR

BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği

KİDÖ: Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği

PANSS: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği

PANSS Poz: Pozitif Alt Ölçek

PANSS Neg: Negatif Alt Ölçek

PANSS GP: Genel Psikopatoloji Alt Ölçeği

SYA: Semptom Yorumlama Anketi

TAÖ: Toronto Aleksitimi Ölçeği

TAÖ-A: Duyguları Tanıma Alt Ölçeği

TAÖ-B: Duyguları İfade Etme Alt Ölçeği

TAÖ-C: Dış Odaklı Düşünme Alt Ölçeği

TAÖ-Total: Toronto Aleksitimi Ölçeği Total Skoru

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Endofenotip ve Biyobelirteç Farkı

Tablo 2: Grupların Sosyodemografik Verileri

Tablo 3: KİDÖ Alt Boyutları ve Total Skorunun Gruplar Arası Karşılaştırılması

Tablo 4: Semptom Yorumlama Anketinin Gruplar Arası Karşılaştırılması

Tablo 5: Toronto Aleksitimi Ölçeği'nin Gruplar Arasında Karşılaştırılması

Tablo 6: Kadın Katılımcılar Arasında semptom Yorumlama Biçimlerinin ve Aleksitimi Düzeylerinin Karşılaştırılması

Tablo 7: Erkek Katılımcılar Arasında semptom Yorumlama Biçimlerinin ve Aleksitimi Düzeylerinin Karşılaştırılması

Tablo 8: Hasta, Kardeş ve Kontrol Gruplarında Aleksitimik ve Aleksitimik Olmayan Katılımcıların Dağılımı

Tablo 9: Aleksitimik ve Aleksitimik Olmayan Katılımcıların Demografik, Klinik ve Psikolojik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Tablo 10: Şizofreni Tanılı Hasta Grubunda Aleksitimik ve Aleksitimik Olmayan Katılımcıların Klinik ve Psikolojik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Tablo 11: Katılımcıların KİDÖ, SYA ve TAÖ ölçekleri arasındaki ilişkiyi gösteren korelasyon analizi

Tablo 12: Hasta Grubunda PANSS Alt Ölçekleri ile KİDÖ, SYA ve TAÖ Ölçekleri Arasındaki Korelasyon Analizi

Tablo 13: Tüm katılımcıların dahil edildiği aleksitimi düzeylerini yordayan faktörlerin belirlenmesi için lineer regresyon analizi

Tablo 14: Şizofreni tanılı hastalarda aleksitimi düzeylerini yordayan faktörlerin belirlenmesi için lineer regresyon analizi

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1: Hasta, kardeş ve kontrol gruplarının TAÖ alt boyutları ve toplam skorlarına göre ortalama karşılaştırmaları

Şekil 2: TAÖ toplam skorları ile SYA-bedensel atıf etme alt boyutu skorlarının gruplara göre dağılımı

ÖZET

ŞİZOFRENİ TANILI HASTALAR VE KARDEŞLERİNDE ALEKSİTİMİ DÜZEYİ VE SOMATİK SEMPTOM YORUMLAMA ŞEKİLLERİNİN SAĞLIKLI KONTROLLER İLE KARŞILAŞTIRILMASI

Dr. İbrahim ŞENSOY

AMAÇ: Bu çalışmanın amacı şizofreni tanısı olan bireylerde ve sağlıklı kardeşlerinde aleksitiminin ve somatizasyonun ilişkisini anlamak ve aleksitimiyi şizofrenide endofenotip olma yönünden incelemektir.

GEREÇ VE YÖNTEM: Çalışmamıza İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne bağlı toplum ruh sağlığı merkezlerine ve ayaktan tedavi ünitesine başvuran DSM-5 tanı ölçütlerine göre şizofreni tanısı almış ve remisyon kriterlerini karşılayan şizofreni tanılı 53 hasta, hastaların psikiyatrik tanısı olmayan sağlıklı 39 kardeşi ve 40 kişilik sağlıklı kontrol grubu dahil edilmiştir. Uygulamada katılımcılara çalışma hakkında bilgi verilerek, bilgilendirilmiş onam formu okunarak doldurmaları istenmiş ve onamları alınmıştır. Tüm katılımcılara Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu, Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Semptom Yorumlama Anketi (SYA), Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği (KİDÖ) ve hasta grubuna ek olarak Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS) uygulanmıştır.

BULGULAR: TAÖ Total skoru açısından hasta grubunun aleksitimi düzeyi kardeş grubundan ($p<0,001$), kardeş grubunun da sağlıklı kontrol grubundan yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0,001$). SYA alt ölçeklerinde hasta ve kardeş grubu arasında anlamlı fark saptanmazken bedensel atıf skorları hem hasta hem de kardeş grubunda kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur. Şizofreni tanılı hastalarda aleksitimik hastaların aleksitimik olmayanlara göre PANSS Negatif, KİDÖ Total, BDÖ skorunun anlamlı ölçüde yüksek olduğu saptanmıştır. PANSS Negatif ile KİDÖ-Total, TAÖ-B ve TAÖ-Total arasında anlamlı pozitif korelasyon saptandı. Şizofreni tanılı hastalarda diğer değişkenlerin etkisi kontrol altında edildiğinde semptomları bedensel yorumlamanın aleksitimi düzeylerini pozitif yönlü öngördüğü tespit edilmiştir.

SONUÇ: Bulgular, şizofreni tanılı hastalarda ve sağlıklı kardeşlerinde aleksitimi düzeylerinin sağlıklı bireylere göre yüksek olduğunu göstermiştir. Hem şizofreni tanılı hastalar hem de sağlıklı kardeşlerinde somatizasyonun kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir. Aleksitimi düzeyi yüksek olan grupta işlevselliğin daha bozuk olduğu saptandı. Genel olarak bulgular, aleksitimi ile somatizasyon arasındaki yakın ilişkiyi vurgulamakta ve bu özelliklerin hastalığın klinik yönetiminde ve dikkate alınması gerektiğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Endofenotip, Aleksitimi, Somatizasyon, Şizofreni

ABSTRACT

COMPARISON OF ALEXITHYMIA LEVELS AND SOMATIC SYMPTOM INTERPRETATION STYLES IN SCHIZOPHRENIA PATIENTS, THEIR SIBLINGS, AND HEALTHY CONTROLS

Dr. İbrahim ŞENSOY

Objective: This study aimed to examine the relationship between alexithymia and somatization in individuals diagnosed with schizophrenia and their healthy siblings, and to explore the potential role of alexithymia as an endophenotype in schizophrenia.

Materials and Methods: In our study, 53 patients diagnosed with schizophrenia according to DSM-5 diagnostic criteria and meeting remission criteria, who applied to community mental health centers and the outpatient treatment unit affiliated with Istanbul University of Health Sciences Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Mental Health and Neurological Diseases Training and Research Hospital, were included. Additionally, 39 healthy siblings of the patients with no psychiatric diagnosis and a control group of 40 healthy individuals were also included. Participants were informed about the study, provided with an informed consent form, and asked to read and complete it before giving their consent. All participants were administered the Sociodemographic and Clinical Data Form, the Toronto Alexithymia Scale (TAS), the Beck Depression Inventory (BDI), the Symptom Interpretation Questionnaire (SIQ), and the Short Functionality Assessment Scale (SFAS). Additionally, the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) was administered specifically to the patient group.

Results: In terms of the TAS (Toronto Alexithymia Scale) total score, the alexithymia level of the patient group was found to be higher than that of the sibling group ($p<0.001$), and the alexithymia level of the sibling group was higher than that of the healthy control group ($p<0.001$). While no significant difference was found between the patient and sibling groups in the SIQ (Symptom Interpretation Questionnaire) subscales, bodily attribution scores were found to be higher in both the patient and sibling groups compared to the control group. Among schizophrenia patients, it was determined that alexithymic patients had significantly higher PANSS Negative, KİDÖ Total, and BDÖ scores compared to non-alexithymic patients. A significant positive correlation was found between PANSS Negative and KİDÖ-Total, TAS-B, and TAS-Total scores. When the effects of other variables were controlled in patients diagnosed with schizophrenia, it was found that interpreting symptoms as bodily experiences positively predicted alexithymia levels.

Conclusion: The findings indicate that alexithymia levels are higher in both schizophrenia patients and their healthy siblings compared to healthy individuals. It was also determined that both schizophrenia patients and their healthy siblings had significantly higher levels of somatization than the control group. In the group with high alexithymia levels, functionality was found to be more impaired. Overall, the

findings emphasize the close relationship between alexithymia and somatization and suggest that these characteristics should be considered in the clinical management of the disease

Keywords: Endophenotype, Alexithymia, Somatization, Schizophrenia

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Şizofreni sanrılar ve varsanılar gibi pozitif semptomlar; sosyal içe çekilme ve motivasyon kaybı gibi negatif semptomlar ve bilişsel semptomlarla giden, bireyi ve toplumu etkileyen kronik bir psikiyatrik bozukluktur (1). Charlson ve ark.'nın 2016'da yaptıkları çalışma, şizofreninin genellikle ergenlik ve genç erişkinlik dönemlerinde başladığını, prevalansının 40 yaş civarında zirveye ulaştığını ve yaşlılık döneminde azaldığını göstermektedir. Bu çalışmada şizofreninin yaygınlığı %0,28 olarak tahmin edilmiştir ve cinsiyet farklılığı gözlenmemiştir (2). Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise şizofreninin yaşam boyu yaygınlığı 1000 kişide 8,9 olarak bulunmuştur (3).

Aleksitimi, Sifneos ve arkadaşları tarafından tanıtılan bir kavramdır (4). Kavramın etimolojisine bakıldığında Yunanca a (yok), lexis (kelime), tyhmos (duygu) kelimelerinden bir araya geldiği, Türkçe'ye duyguları ifade edecek kelimelerin yokluğu şeklinde çevrilebileceği görülmektedir. Aleksitimi, duyguları tanımlamada, ifade etmede ve bedensel duyumlardan ayırmakta zorluk gibi çok boyutlu yönleri olan bir fenomendir (5). Depresyon, obsesif kompulsif bozukluk, somatizasyon bozukluğu, panik bozukluk gibi birçok psikiyatrik bozuklukta aleksitimi ile ilgili çalışmalar varken şizofreni ve aleksitimi ilişkisine dair çalışmalar görece daha azdır (6).

Psikosomatik, çeşitli semptom ve hastalıkların ruhsal ve bedensel boyutları arasındaki ilişkiyi inceler. Genel psikiyatri polikliniğindeki 118 hasta ile yapılan bir çalışmada aleksitimik olan ve aleksitimik olmayan hastalar karşılaştırıldığında aleksitimik olanların fonksiyonel somatik semptomlara daha yatkın olduğu gösterilmiştir (7). Aleksitimi ve somatizasyon arasındaki ilişkiye bakan başka bir çalışmada 30-97 yaşları arasında 5129 kişi incelenmiş, aleksitimi somatik hastalıklardan, depresyon ve anksiyeteden bağımsız olarak somatizasyonla ilişkilendirilmiştir (8).

Aleksitiminin aloji, afektif küntleşme, anhedoni gibi şizofreninin negatif semptomlarına benzerlik gösterdiği düşünülmüştür. Bununla birlikte aleksitiminin hastalık semptomlarından ayrı bir boyut teşkil ettiğine dair görüşler de bulunmaktadır.

Şizofreni semptomlarının zamansal seyrinin aleksitimi düzeyleri ile ilişkisini inceleyen bir çalışmada 29 şizofreni tanılı hasta değerlendirilmiş ve aleksitiminin negatif semptomlardan ayrı bir yapılanma gösterdiği saptanmıştır (9). Stanghellini ve Ricca'nın çalışmaları ise paranoid olmayan semptomlarla aleksitimi arasında güçlü bir ilişki olduğunu göstermiştir (10). Bu çalışma aynı zamanda aleksitiminin duygusal durumları deneyimleme ve ifade etme konusundaki zorluklarla karakterize olduğunu ve bu durumun negatif semptomların gelişiminde etkili olabileceğini öne sürmüştür.

Şizofreni ve aleksitimi arasındaki ilişkiyi inceleyen başka bir çalışmaya paranoid şizofreni tanılı 50 hasta dahil edilmiş, hastaların aleksitimi düzeylerinin sağlıklı kontrollere göre anlamlı ölçüde yüksek bulunduğu saptanmıştır (11). 2022 yılında yayınlanan bir çalışmada 435 şizofreni tanılı hasta incelenmiş, hastalarda aleksitimi oranının %35,2 olduğu ve aleksitimik hastaların aleksitimik olmayanlara göre PANSS toplam puanının, negatif alt puanının, depresif alt puanının ve bilişsel alt puanının daha yüksek olduğu ortaya konulmuştur (12). Şizofrenide aleksitiminin ve klinik semptomların cinsiyetle ilişkisine dair farklı bulgular ortaya koyan çalışmalar mevcuttur. 2024 yılında yapılan bir çalışmada Çin'de 987 şizofreni tanılı hasta aleksitimi ve kronik klinik semptomlar açısından değerlendirilmiştir. Bu çalışmada kronik şizofreni hastalarında aleksitimi görülme sıklığının cinsiyetler arası farklılık göstermediği ancak aleksitimi toplam puanının erkek hastalarda negatif belirtiler ve bilişsel belirtilerle pozitif yönde ilişkiliyken, kadın hastalarda negatif belirtiler ve depresif belirtilerle ilişkili olduğu bulunmuştur (13).

Wout ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada şizofreni tanılı hastalar, sağlıklı kardeşleri ve sağlıklı kontrolleri aleksitimi açısından incelenmiştir (5). Bu çalışmada aleksitimi skorlarının şizofreni tanılı hastalarda ve onların sağlıklı kardeşlerinde kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur. Aynı çalışmada aleksitimide cinsiyetin önemine vurgu yapılmış, erkek hasta ve erkek kardeşlerde aleksitiminin yüksek olduğu belirtilmiş ve aleksitiminin yüksek olduğu hastalarda afektif küntlük ve duygusal-sosyal içe çekilme gibi negatif belirtilerin şiddetinde de artış olduğu gözlemlenmiştir. Şizofreni tanılı erkek hastaların ve erkek kardeşlerin

duygusal uyarılmaya daha açık olduğu ve bu nedenle daha çok kişilerarası sorun yaşadıkları belirtilerek duygu düzenleme eğitiminin önemine vurgu yapılmıştır (5).

Aleksitimi üzerine yapılan bir ikiz çalışmasında genetik faktörlerin yanı sıra ailevi faktörlerin de aleksitimi gelişiminde önemli bir rol oynadığı belirtilmiştir. Buna göre paylaşılan çevresel faktörlerin duyguları tanımlamada ve iletişim kurmada zorluklar yaşanmasına katkıda bulunduğu; genetik faktörlerin ise iç deneyimlere odaklanma eğilimine katkıda bulunduğu gösterilmiştir (14).

Şizofrenide remisyon kavramı üzerine farklı görüşler mevcut olup, bu alandaki kavram karışıklığını gidermek üzere Andreasen ve ark. 2005 yılında şizofrenide remisyon kriterlerini belirlemek için bir çalışma grubu kurmuşlardır. Bu çalışma grubu remisyon için hastanın ilk hastalandığı döneme göre belirtilerin şiddetinin daha hafif olması, 'Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği'nde her bir maddeden 3 veya 3'ün altında skor olması, işlevselliğinin etkilenmemesi ve belirtilerin bu şekliyle 6 aydır sürmesi şeklinde kriterler belirlemişlerdir (15). Çalışmamızda araştırmayı hedeflediğimiz aleksitimi ve somatik yorumlama ölçeklerinin öz bildirim ölçekleri olması nedeniyle biz de çalışmamıza remisyon kriterlerini karşılayan şizofreni tanılı hastaları dahil etmeyi planladık.

Aleksitimi psikiyatride az gözlemlenmeyen ancak klinik pratikte çok fazla üzerinde durulmayan bir fenomendir. Aleksitimi ile ilgili literatüre bakıldığında ilk zamanlar psikosomatik çalışmalar yapan araştırmacıların dikkatini çektiği görülmektedir. Başta somatik belirtiler gösteren hastalar üzerinde gözlemlenmiştir ancak yapılan çalışmalar aleksitiminin farklı psikopatolojilerle karmaşık ilişkilerini ortaya koymaktadır. Kavramın derinliği, eskiliği ve klinikteki yaygınlığı göz önüne alındığında aleksitiminin doğasını anlamak, psikopatolojilerin oluşumunda ve seyrinde nasıl bir rol aldığını görmek önemlidir.

Biz bu çalışmada şizofreni tanısı olan bireylerde ve sağlıklı kardeşlerinde aleksitiminin ve somatizasyonun ilişkisini anlamayı ve aleksitimiyi şizofrenide endofenotip olma yönünden incelemeyi amaçladık. Ayrıca aleksitiminin şizofreni

tanılı hastaların klinik izleminde semptom şiddeti ve işlevsellik açısından yerini görmeyi hedefledik.

Araştırma Hipotezi:

1. Şizofreni hastalarında aleksitimi sıklığı ve düzeyi hastaların kardeşlerine ve sağlıklı kontrol grubuna göre daha yüksektir.

2. Hastaların kardeşlerinde aleksitimi sıklığı ve düzeyi sağlıklı kontrol grubuna göre daha yüksektir.

3. Her üç grupta aleksitimi düzeyinin yüksekliği ile semptom yorumlama anketine göre psikolojik atıf arasında negatif, somatik atıf arasında pozitif yönlü ilişki vardır.

4. Şizofreni hastalarında negatif belirtilerin şiddetinin artması aleksitimi düzeylerinin yüksekliği ile ilişkilidir.

5. Her üç grupta aleksitimi düzeylerinin yüksekliği işlevsellik düzeylerinde düşüklük ile ilişkilidir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. ŞİZOFRENİ

Şizofreni, halüsinasyonlar, sanrılar ve dağınık konuşma gibi psikotik belirtiler; motivasyon eksikliği ve duygusal ifadede yetersizlik gibi negatif semptomlar; ayrıca yürütücü işlevler, bellek ve bilişsel işlem hızında belirgin bozukluklarla kendini gösteren bir psikiyatrik sendromdur (16). Dünyada yaklaşık 26 milyon kişinin şizofreni tanısı ile yaşadığı, bu hastalıktan dolaylı olarak etkilenen bireylerin sayısının ise iki katına ulaştığı tahmin edilmektedir. Kronik bir bozukluk olan şizofreninin bireylerin yaşam kalitesini önemli ölçüde olumsuz etkilediği, yaşam sürelerini kısalttığı ve dünya genelinde en yaygın engellilik nedenlerinden biri olduğu kabul edilmektedir (17).

2.1.1. Tarihçe

Şizofreni, nispeten modern bir psikiyatrik tanı olarak kabul edilir ve 19. yüzyılın ortalarında genç bireylerde bilişsel ve davranışsal bozulma ile karakterize edilmiştir. Benedict Morel, bu durumu "*démence précoce*" (erken bunama) olarak adlandırırken, Thomas Clouston "adolesan deliliği" terimini kullanmıştır. Karl Kahlbaum ve Ewald Hecker ise, sırasıyla katatoni ve hebefreni kavramlarını tanımlayarak bozukluğun farklı alt türlerini ortaya koymuşlardır (18). Emil Kraepelin ve Eugen Bleuler, şizofreninin modern psikiyatride anlaşılmasında temel rol oynayan iki isimdir. Kraepelin, 1896'da "*dementia praecox*" terimiyle, erken yaşlarda başlayarak bilişsel bozulmalara neden olan bu antiteyi tanımlamış ve manik-depresif psikozdan ayrı bir bozukluk olarak sınıflandırmıştır. Bleuler ise 1908'de "şizofreni" terimini kullanarak, bu hastalığın tek bir bozukluk değil, heterojen bir grup hastalık olduğunu savunmuştur. Bleuer hastalığın semptomları arasında temel (çağrışım bozuklukları, otizm, ambivalans) ve ikincil (halüsinasyonlar, sanrılar) semptomlar olarak ayrım yaparak şizofreninin klinik kavrayışına zenginlik katmıştır (18).

2.1.2. Epidemiyoloji

Şizofreni, dünya genelinde yaklaşık %1 oranında görülen ciddi bir ruhsal bozukluktur (19). Çeşitli çalışmalar, yaşam boyu prevalans oranının %0.14 ile %0.46 arasında değiştiğini göstermektedir (20). Yapılan sistematik bir analiz, şizofreninin insidansının, 100.000 kişide 7.7 ile 43.0 arasında değişiklik gösterdiğini ortaya koymaktadır (21). Şizofreni erkeklerde kadınlara göre 1.4 kat daha sık görülür (22). Şizofrenide en sık ölüm nedenini intihar oluştururken intiharı takiben kalp ve damar hastalıkları gelmektedir (21,23).

2.1.3. Etiyoloji

Şizofreni, etiyolojisinde genetik ve çevresel faktörlerin karmaşık bir şekilde rol aldığı bir psikiyatrik bozukluktur. Şizofreninin etiyolojisi tam olarak aydınlatılamamış olsa da genetik ve epidemiyolojik çalışmalar, hastalığın gelişiminde çeşitli genetik ve çevresel etkenlerin önemli rol oynadığını göstermiştir. Şizofreni hastalarında yapılan manyetik rezonans görüntüleme (MRG) çalışmalarında amigdala ve hipokampus gibi beyin yapılarında hacim küçülmesi, beyin ventriküllerinde genişleme ve beyaz madde kaybı gibi değişiklikler olduğu gösterilmiştir (24). Şizofrenide biyokimyasal süreçlerin de rolü büyüktür. Birden fazla nörotransmitter sisteminin etkilenmesi ile birlikte şizofreni etyopatogenezi ile ilgili en çok ilişkilendirilen nörotransmitter dopamindir (25).

2.1.4. Risk Faktörleri

Şizofrenide genetik yatkınlık oldukça yüksektir, kalıtsallık oranı %80'lere kadar çıkabilmektedir (26). Ebeveynlerden birinde şizofreni tanısı olması halinde çocukta hastalık çıkma olasılığı %13'ken her iki ebeveynde şizofreni olması halinde bu oran %20'nin üzerine çıkmaktadır (19). Monozigot ikizlerin birinde şizofreni olması halinde diğerinin de etkilenme olasılığı %50 olarak belirtilmiştir (19). Çocukluk çağı travmaları, kafa yaralanmaları, aileden birinin ölümü, olumsuz aile ortamı, kötü ebeveynlik ve enfeksiyonlar gibi stres faktörleri de şizofreni için risk etmenlerindendir (27). İleri baba yaşı şizofrenide bağımsız risk faktörüdür (28). Bazı çalışmalar şizofreni ile bazı doğum komplikasyonlarını ilişkilendirmiştir. Risk faktörü olarak bildirilen en sık komplikasyon fetal hipoksidir (29). Preeklampsi,

malformasyonlar ve vakum ekstraksiyonları da riski artırdığı düşünülen komplikasyonlardandır. Mevsimlerin ilişkisine bakan çalışmalarda kış sonu ve ilkbahar başı doğan bireylerde şizofreninin daha yaygın olduğu gösterilmiştir (30,31). Neonatal dönemdeki hem düşük hem de yüksek D vitamini seviyelerinin şizofreni riskini artırdığına dair kanıtlar bulunmaktadır (32). Şizofreni gelişme riski şehirde doğan bireylerde kırsalda doğanlara kıyasla yaklaşık 2 kat daha yüksektir, nüfus yoğunluğunun bu riski daha da artırdığı bildirilmiştir (33).

2.2. Endofenotip Kavramı

Şizofreni genetik ve çevresel faktörlerin etiyolojide yer aldığı karmaşık bir psikiyatrik bozukluktur. Şizofreninin etiyopatogenezini tam olarak aydınlatacak laboratuar testleri veya biyobelirteçler tam olarak bilinemediği için patofizyoloji tam olarak aydınlatılamamıştır. Biyobelirteçler, normal biyolojik süreçleri, hastalığın patogenezinde yer alan mekanizmaları veya tedaviye verilen farmakolojik yanıtı yansıtan, nesnel şekilde ölçülebilen göstergelerdir (34). Biyobelirteçler, bir hastalığın biyolojik süreçlerini ve klinik sonuçlarını doğrudan yansıtan, hastalığa özgü biyolojik işaretlerdir. Şizofrenideki belirsiz ve karmaşık alanların fazlalığı ve hastalığın heterojen yapısı endofenotip kavramının ortaya çıkmasını sağlamıştır.

Endofenotip kavramı, genetik çalışmalar ve psikiyatrik bozuklukların biyolojik temellerini anlamada, hastalık semptomları ile genetik yatkınlık arasında bir bağ kuran önemli bir araçtır. İlk olarak Gottesman ve Shields (1972) tarafından tanımlanan bu kavram, özellikle psikiyatrik hastalıkların karmaşık genetik yapısının anlaşılmasında kullanılır ve bireyde klinik belirtiler ortaya çıkmadan önce var olan biyolojik veya bilişsel bozuklukları ifade eder.

Endofenotipler, semptomlar ortaya çıkmadan önce tespit edilebildiği için erken teşhis ve risk analizi gibi süreçlerde önemli bir yere sahiptir. Doğrudan klinik belirtilerle örtüşmeyen ancak hastalığın gelişiminde rol oynayan biyolojik süreçlerle bağlantılı olan endofenotipler, hastalığın altında yatan süreçleri anlamada değerli bilgiler sunmaktadır (35). Bu özellikler genellikle nörofizyolojik, bilişsel, biyokimyasal veya davranışsal düzeylerde ortaya çıkmaktadır. Endofenotipler, diğer

bir adıyla “ara fenotipler,” hastalığa genetik yatkınlık sağladığı kabul edilen, ölçülebilir biyolojik değişiklikler veya anormallikler olarak görülür (36).

Tablo 1: Endofenotip ve Biyobelirteç Farkı

Özellik	Endofenotip	Biyobelirteç
Tanım	Genetik yatkınlık ile hastalık belirtileri arasındaki ara fenotip	Hastalığın tanısı, seyri veya tedavi yanıtını belirlemek için kullanılan ölçüm
Genetik İlişki	Genetik geçiş ile doğrudan bağlantılıdır.	Genetik ilişki olmayabilir.
Hastalık Öncesi	Semptomlar ortaya çıkmadan önce saptanabilir.	Genellikle semptomlar ortaya çıktıktan sonra ölçülür.
Örnek	Dikkat bozukluğu, P300 yanıtındaki azalma	Kan testleri, hormonal ölçümler

Endofenotipler, hastalıkla ilişkili ancak durumdan bağımsız olarak ortaya çıkan, aile bireylerinde ortak şekilde gözlemlenebilen ve hastalıktan etkilenmeyen bazı akrabalarda da görülebilen özelliklerdir (37,38). Bu özellikler, hastalığın kendisini değil, hastalığa olan yatkınlığı yansıtır ve genel popülasyona oranla daha sık saptanır (39). Bu bağlamda, endofenotiplerin kullanılmasıyla, şizofreninin etiyopatolojisinin daha kolay anlaşılması umut edilmektedir.

Endofenotip ve biyobelirteçler arasındaki farklar Tablo-1’de sunulmuştur.

2.2.1. Şizofrenide Endofenotip Kavramı

Şizofreni karmaşık ve heterojen semptom grubuyla giden bir psikiyatrik bozukluktur. Bununla birlikte bu semptomlar hastalığın genetik zeminini açıklamakta yetersiz kalmaktadır. Bu noktada endofenotiplerin şizofreninin genetik yatkınlığı ile semptomların ortaya çıkışı arasındaki biyolojik süreçleri anlamada önemli bir araç olduğu düşünülmektedir. Özellikle, birinci derece akrabalar üzerinde yapılan çalışmalar endofenotiplerin hastalık riskini yansıtan genetik işaretçiler olabileceğini göstermektedir. Şizofreni tanılı hastaların yakınlarında gözlemlenen bu özellikler,

hastalığın kalıtımsal bileşenlerini daha iyi açıklığa kavuşturmaya ve hastalık riski taşıyan bireylerin erken tespit edilmesine katkı sağlayabilir.

Şizofrenide yapısal ve işlevsel beyin anomalileri, genetik, nörofizyolojik, nöropsikolojik çalışmalar ile çeşitli endofenotip adayları incelenmiştir. Lateral ventriküllerde hacim genişlemesi, planum temporalede asimetri, superior temporal gyruslardaki hacim azalması ve dorsolateral prefrontal korteksteki işlevsel anomaliler şizofrenide endofenotip olarak gösterilen yapısal ve işlevsel beyin anomalilerindendir (36). İşitsel olaya bağlı potansiyellerdeki P50 baskılanması, P300 amplitüdlerinde azalma, irkilmenin ön uyaran aracılı inhibisyonu (PPI- Prepulse Inhibition) sakkadik göz hareketleri ve izleme hareketlerinde bozulmalar şizofrenideki endofenotiplerden kabul edilmektedir (36). Sürekli Performans Testi ile ölçülen dikkat süreçlerinde bozulma, Wisconsin Kart Sıralama Testi'nde azalmış bilişsel performans şizofreni ile ilişkili endofenotipler arasında yer almaktadır (36).

2.3.1. Aleksitiminin Tanımı ve Kavramsal Çercevesi

Aleksitimi kavramı Sifneos ve arkadaşları tarafından tanıtılan bir kavramdır (4). Aleksitimi, duyguları tanımlamada, ifade etmede ve bedensel duyumlardan ayırmakta zorluk gibi çok boyutlu yönleri olan bir olgudur (5). Başlarda aleksitimi kavramına psikosomatikle ve psikanalizle ilgilenen araştırmacıların çalışmaları ışık tutmaktadır. Zamanla birçok psikopatoloji ile aleksitimi arasındaki ilişki incelenmiştir. Depresyon, obsesif kompulsif bozukluk, somatizasyon bozukluğu, panik bozukluk gibi birçok psikiyatrik bozuklukta aleksitimi ile ilgili çalışmalar mevcutken şizofreni ve aleksitimi ilişkisine dair çalışmalar görece daha azdır (6).

1948 yılında İsviçreli psikiyatrist Jürgen Ruesch migren, karın ağrıları ve hipertansiyon gibi semptomlarla başvuran, psikosomatik şikayetler gösteren bazı hastaların aynı zamanda duygularını sözel ve sembolik olarak ifade etme konusunda belirgin zorluklar yaşadıklarını gözlemlemiştir (40). Aynı dönemlerde Amerikalı nörobilimci Paul Maclean psikosomatik şikayetleri olan bireylerde duygusal ifade güçlüklerinin yaygın olduğuna dikkat çekmiş ve bu durumun psikosomatik bozuklukların etiyolojisinde önemli bir rol oynadığını ileri sürmüştür (41). Aleksitimi,

immatur savunma mekanizmaları ve etkili olmayan stresle başa çıkma stratejileriyle ilişkilendirilmiştir (42). Psikanalist Karen Horney psikanalitik tedaviye direnç gösteren bazı hastalarında hastaların duygusal farkındalıklarının yetersiz olduğunu, içsel durumlarını ifade edemediklerini, düşüncelerine aşırı odaklandıklarını, rüya ve fantezilerine ilgisiz kaldıklarını ve bu nedenle yüzeysel, dış dünyaya yönelen bir yaşam tarzı benimsediklerini fark etmiştir. Horney, bu hastalarda psikosomatik rahatsızlıklar, yeme bozuklukları ve çoklu madde kullanımı gibi sorunların yaygın olduğunu ve duygusal farkındalık geliştirmekten kaçınarak kompulsif davranışlar sergilediklerini gözlemlemiştir (43). İlk zamanlar psikanalistler içsel çatışmanın sonucu olarak aleksitimin ortaya çıktığını düşünse de sonraları yapılan nöropsikoloji araştırmaları aleksitiminin beyinde organizasyonel bir probleme, çocukluktan yetişkinliğe geçişte uygun duygusal modellerin eksikliğine veya bu faktörlerin birleşimine dayandırılabileceğini ortaya koymuştur (44). Troisi ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada duygudurum belirtileri gösteren genç erkekler incelenmiş, aleksitimik özellikler kaygı ve depresif semptomlardan bağımsız olarak güvensiz bağlanma biçimleri ile ilişkilendirilmiştir. Bu bulgular ışığında aleksitiminin etiyolojisinde erken gelişimsel faktörlerin rolü üzerinde durulmuştur (45).

Yapılan deneysel araştırmalar aleksitiminin duygusal işlemleme süreçlerindeki bilişsel eksikliklerle bağlantılı olduğunu göstermektedir. Yüksek aleksitimi düzeyine sahip bireylerin duygusal kelimeleri tanıma, işleme ve hatırlamada güçlük çektiğini ve duygusal uyarılma sırasında bedensel duyumlara yönelme eğiliminde olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (46,47). Bu bireylerin duygusal uyaranlara daha yavaş yanıt verdiği ve duygusal deneyimlerini zihinsel olarak yeterince temsil edemedikleri için bu deneyimleri sıklıkla somatik belirtiler olarak yanlış yorumladıkları görülmüştür (48). Bucci'nin çoklu kod teorisine göre duygusal işlemleme duyusal, visseral ve kinestetik duyumlar gibi alt-simge temsiller ile imgeler ve kelimelerden oluşan sözel ve sözel olmayan simgesel temsillerin 'referansiyel bağlantı' ile biraraya gelmesiyle gerçekleşir ve bu bağlantıların kalitesini ölçmek için referansiyel aktivite ölçekleri kullanılır (49). Bir çalışmada REM uykusu sırasında yüksek ve düşük aleksitimi düzeyine sahip katılımcıların rüya raporları incelenmiş ve yüksek aleksitimiye sahip

bireylerde düşük aleksitimiye sahip bireylere göre referansiyel aktivite puanlarının önemli ölçüde düşük olduğu saptanmıştır (50).

2.3.2. Aleksitimide Nörobiyoloji

Aleksitimi kavramı ortaya çıktıktan sonra zamanla bu fenomenin nörobiyolojisine yönelik çalışmalar araştırmacıların ilgisini çekmiştir. Bermond nörobiyolojik bulgulara dayanarak aleksitimi kavramını Tip I ve Tip II olarak iki ana tipe ayırmaktadır. Tip I aleksitimi, duygusal deneyimin tamamen yokluğu ve bu nedenle duygularla ilişkili bilişsel sürecin eksikliği ile tanımlanırken, Tip II aleksitimi, duygusal deneyimin korunmasına rağmen duygusal bilişte seçici bir yetersizlikle karakterizedir (51). Bazı araştırmalar, aleksitiminin korpus kallosumdaki işlev bozukluklarıyla bağlantılı olduğunu ortaya koyarken, başka çalışmalar aleksitimik özelliklerin sağ serebral hemisfer, anterior singulat korteks veya orbitofrontal korteksin işlev bozukluklarıyla ilişkili olabileceğini göstermiştir (52).

Aleksitiminin nörobiyolojik temellerine yönelik araştırmalar, korpus kallosumun işlev bozukluğunun bu durumun oluşumunda önemli bir rol oynayabileceğini öne sürmektedir. Korpus kallosum, iki serebral hemisfer arasındaki bilgiyi ileten ve koordine eden temel yapıdır. İnterhemisferik iletişimdeki bu rolü nedeniyle, duygusal bilginin işlenmesi ve entegrasyonu süreçlerinde kritik bir işlev görmektedir. Hoppe ve Bogen'in çalışmaları (1977), hemisferler arasındaki iletişim eksikliğinin, aleksitiminin bilişsel ve duygusal bileşenlerini anlamada önemli bir faktör olabileceğini vurgulamaktadır (53). Başka bazı çalışmalarda aleksitimi ile her iki hemisfer arasındaki entegrasyonun azaldığı gösterilmiştir (53,54). Lynn K Paul ve ark. korpus kallosum agenezili bireylerde aleksitiminin daha yüksek olduğunu ortaya koymuşlardır (55).

Aleksitiminin nörobiyolojik açıklamalarından bir diğeri, sağ serebral hemisferin işlev bozukluğu ile ilişkilidir. Sağ hemisfer, bilinçdışı, sözel olmayan ve duygusal bilgi işlemleme süreçlerinde merkezi bir role sahiptir. Bu hemisferin duygusal algı, yüz ifadelerinin tanınması ve duygusal durumların düzenlenmesi gibi temel işlevleri üstlendiği bilinmektedir. Aleksitimik bireylerin, yüz ifadelerindeki

duyguları tanımada düşük aleksitimi seviyesine sahip bireylerden daha zayıf performans sergilediği çeşitli çalışmalarda ortaya konmuş ve bu durum sağ serebral hemisfer disfonksiyonu ile ilişkilendirilmiştir (56–58).

Aleksitiminin nörobiyolojik yönlerine bakan çalışmaların bir kısmı ise frontal lob disfonksiyonu ile ilişkilidir. Anterior singulat korteksin (ACC) azalmış aktivitesi, duygusal uyarılara verilen tepkilerin düzenlenmesindeki eksikliklerle bağlantılı bulunmuştur. Lane ve ark. yaptığı bir PET çalışması, ACC'nin aleksitimik bireylerde yeterince aktif olmadığını ve bu durumun duygusal farkındalık eksikliklerini açıklayabileceğini ortaya koymuştur (59).

2.3.3. Aleksitiminin Psikiyatrik ve Tıbbi Durumlarla İlişkisi

Aleksitiminin bazı çalışmalarda stabil bir kişilik özelliği olarak vurgulandığı görülürken çeşitli tıbbi ve psikiyatrik durumlarla bağlantıları da incelenmiştir.(60) Aleksitimi, diğer sağlık sorunlarına sahip bireylerden daha çok psikosomatik rahatsızlıkları olan hastalarda ve psikoaktif madde bağımlılarında sık görülmektedir. Genel popülasyonda ise, teşhis edilmemiş bireyler arasında %8 ila %10 oranında yaygınlık gösterdiği belirtilmektedir (61).

Obsesif-kompulsif bozukluk tanılı hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada, içgörü ve aleksitimi arasındaki ilişkiler incelenmiş ve TAÖ-20 ölçeğinde yüksek puan alan bireylerin zayıf içgörülü veya hiç içgörü göstermediği bulunmuştur (62). Premenstrüel Disforik Bozukluk tanılı kadınlar ve Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu olan hastalarda beden imgesi bozuklukları ile aleksitimi arasında ilişkiler saptanmıştır. Ayrıca Tıkanırcasına Yeme Bozukluğu olan hastalarda aleksitiminin bireylerin beden algılarını olumsuz etkilemekle birlikte depresif semptomların da artmasına yol açtığı görülmüştür (63,64). Aleksitiminin tıbbi hastalıklarla ilişkisine bakan çalışmalar daha çok sitokinlerle ve akut faz reaktanları ile ilişkisini incelemiştir. Bu tür bir çalışmada aleksitimi ile kanda yüksek C-Reaktif Protein'in (CRP) ilişkili olduğu bildirilmiştir (65). Aleksitiminin intihar riskini önemli oranda artırabileceğini ve depresif semptomlara katkıda bulunabileceğini gösteren kanıtlar da oldukça fazladır (66).

2.3.4. Aleksitimi ve Şizofreni

Aleksitiminin aloji, afektif küntleşme, anhedoni gibi şizofreninin negatif semptomlarına benzerlik gösterdiği düşünülmüştür. Bununla birlikte aleksitiminin hastalık semptomlarından ayrı bir boyut teşkil ettiğine dair bulgular da bulunmaktadır (67). Şizofreni semptomlarının zamansal seyrinin aleksitimi düzeyleri ile ilişkisini inceleyen bir çalışmada 29 şizofreni hastası değerlendirilmiş ve aleksitiminin negatif semptomlardan ayrı bir yapılanma gösterdiği ve ilişkili olmadığı saptanmıştır (9). Stanghellini ve Ricca'nın çalışmaları ise non-paranoid semptomlarla aleksitimi arasında güçlü bir ilişki olduğunu göstermiştir (10). Bu çalışma aynı zamanda aleksitiminin duygusal durumları deneyimleme ve ifade etme konusundaki zorluklarla karakterize olduğunu ve bu durumun negatif semptomların gelişiminde etkili olabileceğini öne sürmüştür.

Şizofreni ve aleksitimi arasındaki ilişkiyi inceleyen başka bir çalışmaya paranoid şizofreni tanılı 50 hasta dahil edilmiş, hastaların sağlıklı kontrollere göre aleksitimi düzeylerinin anlamlı ölçüde yüksek bulunduğu saptanmıştır (11). 2022 yılında yayınlanan bir çalışmada 435 stabil şizofreni hastası incelenmiş, hastalarda aleksitimi oranının %35,2 olduğu ve aleksitimik hastaların aleksitimik olmayanlara göre PANSS toplam puanının, negatif alt puanının, depresif alt puanının ve bilişsel alt puanının daha yüksek olduğu ortaya konulmuştur (12). Şizofrenide aleksitiminin ve klinik semptomların cinsiyetle ilişkisine dair farklı bulgular ortaya koyan çalışmalar mevcuttur. 2024 yılında yapılan bir çalışmada Çin'de 987 şizofreni hastası aleksitimi ve kronik klinik semptomlar açısından değerlendirilmiştir. Bu çalışmada kronik şizofreni hastalarında aleksitimi görülme sıklığının cinsiyetler arası farklılık göstermediği ancak aleksitimi toplam puanının erkek hastalarda negatif belirtiler ve bilişsel belirtilerle pozitif yönde ilişkiliyken, kadın hastalarda negatif belirtiler ve depresif belirtilerle ilişkili olduğu bulunmuştur (13).

Wout ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada aleksitimi skorlarının şizofreni hastalarında ve onların sağlıklı kardeşlerinde kontrol grubuna göre belirgin derecede yüksek olduğu bulunmuştur. Aynı çalışmada erkek hasta ve erkek kardeşlerde aleksitimi düzeyinin daha yüksek olduğu belirtilmiş ve aleksitiminin yüksek olduğu

hastalarda afektif küntlük ve duygusal-sosyal içe çekilme gibi negatif belirtilerin şiddetinde de artış olduğu gözlemlenmiştir (5). Erkek şizofreni hastalarının ve erkek kardeşlerin duygusal uyarılmaya daha açık olduğu ve bu nedenle daha çok kişilerarası sorun yaşadıkları belirtilerek duygu düzenleme eğitiminin önemine vurgu yapılmıştır (5).

Aleksitimi üzerine yapılan bir ikiz çalışmasında genetik faktörlerin yanı sıra ailevi faktörlerin de aleksitimi gelişiminde önemli bir rol oynadığı belirtilmiştir. Buna göre paylaşılan çevresel faktörlerin duyguları tanımlamada ve iletişim kurmada zorluklar yaşanmasına katkıda bulunduğu; genetik faktörlerin ise iç deneyimlere odaklanma eğilimine katkıda bulunduğu gösterilmiştir (14).

2.3.5. Aleksitimin Ölçülmesi

Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ) ve onun 20 maddelik revize edilmiş versiyonu (TAÖ-20), aleksitimi araştırmalarında önemli bir ilerleme sağlamış ve bu alandaki çalışmalarda yaygın olarak kullanılan standart bir ölçüm aracı haline gelmiştir. (68,69) TAÖ-20'nin farklı kültürler ve dillerde geçerliliğinin ve güvenilirliğinin kanıtlanması, aleksitimi ile ilgili araştırmalarda karşılaştırılabilir ve genellenebilir verilerin elde edilmesine büyük katkı sağlamıştır (70). Toronto Aleksitimi Ölçeği 3 faktörlü bir ölçektir, bunlar;

1) duyguları tanımada güçlük
2) duyguları ifade etmede güçlük
3) dış odaklı düşünme

Aleksitimiyi değerlendirmede kullanılan bir başka araç olan Bermond-Vorst Aleksitimi Anketi'nin (BVAQ) geçerlilik ve güvenilirliği doğrulanmıştır. BVAQ, beş alt ölçekten oluşmaktadır:

1) duygusal tepki verme
2) hayal etme
3) duyguları tanıma
4) analiz etme
5) duyguları sözel olarak ifade etme

BVAQ alt ölçekleri duygusal ve bilişsel bileşenleri temsil eden bir yapıya sahiptir. Bu yapıda, duygusal bileşeni "duygusal tepki verme" ve "hayal etme" alt ölçekleri, bilişsel bileşeni ise "duyguları tanıma", "analiz etme" ve "sözel ifade" alt ölçekleri temsil etmektedir (71).

2.4. Somatizasyon

2.4.1. Somatizasyon Tanımı ve Tarihçesi

Psikiyatri ve psikosomatik literatürde somatizasyon kavramının çok farklı açıklamalarını görebiliriz. Kavramın tarihine baktığımızda histeri, nevrasteni, hipokondri gibi pek çok farklı tanımların benzer klinik antiteleri açıklamaya çalıştığı görülmektedir. Wickramasekera (1989), somatizasyonu, bireylerin psikososyal çatışmalarını kronik baş ağrıları, irritabl bağırsak sendromu ve kronik bel ağrısı gibi somatik semptomlara dönüştürme süreci olarak tanımlamıştır. Ford (1983), somatizasyonu, "bedenin psikolojik amaçlar ya da kişisel çıkarlar için kullanılması" olarak tanımlarken, Bridges ve Goldberg (1985) ise bu süreci "önemli ve yaygın bir psikolojik mekanizma" olarak ele almıştır. Lloyd (1989) da somatizasyonu "psikolojik sıkıntının somatik şikayetler aracılığıyla ifade edilmesi" olarak tanımlamaktadır. Kleinman ise somatizasyonu kültürel açıdan ele alarak psikiyatrik semptomların ve psikiyatriye başvurunun stigmatize edildiği kültürlerde oluşan bir ''sıkıntı dili'' olarak kavramsallaştırmıştır (72). Bu tanımlar, psikolojik sıkıntı ile somatik semptomların oluşumu arasında doğrusal bir nedensel ilişki kurmaktadır (73–76).

Somatizasyon, çeşitli şekillerde tanımlansa da günümüzde en sık Lipowski'nin tanımı kabul görmektedir. Lipowski, somatizasyonu "bedensel belirtileri patolojik bir neden olmaksızın deneyimleme ve ifade etme, bu belirtileri fiziksel bir hastalıkla ilişkilendirme ve bundan dolayı tıbbi yardım arayışında bulunma eğilimi" olarak açıklamaktadır (77). Somatize eden hastaları tanımlama girişimleri tarih boyunca hekimlerin gündeminde yer almıştır. 18. yüzyıla gelinceye dek bu hastaları ifade etmek için histeri, hipokondri, melankoli terimleri birbirinin yerine geçerek kullanılmıştır (78). 1799'da Sims, histeri, hipokondriyazis ve melankoliyi açık bir şekilde birbirinden ayırarak hipokondriyazisin esas özelliğini, hastaların sağlık durumlarına aşırı

odaklanarak sağlıklarının gerçekte olduğundan daha kötü olduğunu düşünmeleri ve karşılaştıkları ya da duydukları çoğu hastalığı kendilerinde varmış gibi algıladıklarını belirtmiştir (77).

Freud, histerik semptomların kaynağını bireyin ahlaki ve sosyal değerleriyle çatışan düşünce ve fikirlerin bastırılması olarak açıklamıştır. Bastırmanın devam edebilmesi için, bu dayanılmaz düşünceye bağlı olan libidinal enerji geri çekilir ve Freud'un konversiyon (dönüşüm) olarak adlandırdığı somatik bir ifadeye yönlendirilir. Somatizasyon kavramını ilk olarak 1925'te Stekel kullanmıştır ve Stekel somatizasyonu "duygusal durumların fiziksel semptomlara dönüşümü" şeklinde tanımlamıştır. Stekel, somatizasyonun işleyişini, Breuer ve Freud'un histeride motor semptomların gelişimini açıklamak amacıyla ortaya koydukları dönüşüm mekanizmasıyla paralel bir süreç olarak değerlendirmiştir (79).

2.4.2. Somatizasyonun Klinik Yönü

Somatizasyon, ruhsal sıkıntının fiziksel semptomlar yoluyla 'soma'da ifade bulmasıdır ve birçok psikiyatrik durumla ilişkilidir. Depresyon, anksiyete bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) ve somatoform bozukluklar, somatizasyonun sıklıkla görüldüğü klinik tablolar arasında yer alır. Bu durumlarda somatik semptomlar psikiyatrik hastalığın ilk belirtileri olarak tanı koymayı zorlaştırabilmektedir (80). Birinci basamağa en az bir fiziksel semptom ile başvuran 917 hastanın dahil edildiği bir çalışmada depresyon oranı %20, anksiyete %15.5, somatoform bozukluklar %15 olarak saptanmıştır (81). Somatizasyonun depresyon ve anksiyete semptomlarıyla güçlü şekilde ilişkili, şizofreni ve mani semptomlarıyla orta düzeyde bir ilişkili, madde kullanımı ve antisosyal kişilik bozukluğu semptomlarıyla zayıf ilişkili olduğu belirtilmiştir (82). Birinci basamak hastalarına yönelik bir çalışma depresyon tanısı konan bireylerin %69'unun somatik semptomlara sahip olduğunu ve somatik semptomlardaki artışın depresyon riskini önemli ölçüde yükselttiğini belirtmektedir (83).

Cinsiyet farklılıkları da somatizasyonda rol oynamaktadır. Yapılan bir çalışmada kadınların erkeklere göre yüzde 50 daha fazla somatik semptom bildirdiği

ve bu durumun depresyon ve anksiyete bozukluklarından bağımsız olarak kadın cinsiyetinin somatik semptom bildirmede bağımsız rolü olduğu belirtilmiştir (84).

2.4.3. Somatizasyon ve Şizofreni

Şizofreni hastalarının somatizasyon açısından genel popülasyona göre daha yüksek risk taşıdığı belirtilmektedir (85). Şizofreni hastalarında somatizasyonun yaygın olduğu ve somatizasyonun şiddetinin ifade edilen duygu, ilaç yan etkileri ve içgörü düzeyi gibi farklı faktörlerden etkilendiği bildirilmektedir (86). Şizofreni hastalarında somatizasyonun yaygınlığı bir takip çalışmasında çalışmanın başında %27,4 olarak tespit edilirken, ortalama 16,7 aylık bir takip sürecinin ardından bu oranın %30,4'e yükseldiği saptanmıştır (86). 2023 yılında yapılan bir çalışmada 93 şizofreni hastasında somatik semptomlar Hasta Sağlık Anketi-15 ile değerlendirilmiş, hastaların %67,7'sinde somatik semptomlar saptanmıştır. Aynı çalışmada hastaların somatik semptomlarının sıklığına bakıldığında %96,8'i yorgunluk, %76,3'ü kabızlık veya ishal, %67,7'si uyku sorunları, %61,3'ü bulantı, %52,7'si sırt ağrısı ve %51,6'sı baş ağrısı şikayetleri bildirmiştir. Ayrıca somatik semptomları olan hastaların daha ileri yaşta, daha uzun süredir tedavi gördükleri ve daha fazla negatif semptomlara sahip oldukları belirlenmiştir (87).

Erken başlangıçlı psikoz hastalarında yapılan bir çalışma somatizasyonun şiddeti ile psikopatolojinin derecesi arasında ilişki olduğunu göstermiştir (88). Danimarka'da yapılan geniş kapsamlı bir çalışmada şizofreni tanısı konan bireylerin %95,6'sının en az bir somatik belirti/hastalık nedeniyle hastane başvurusunda bulunduğu ve herhangi bir somatik şikayet nedeniyle hastane başvurusunun şizofreni riskinin artmasıyla ilişkili olduğu belirtilmiştir (89).

2.4.4. Somatizasyon ve Aleksitimi İlişkisi

Aleksitimi ve somatizasyon arasındaki ilişkiyi ele alan araştırmalar çelişkili sonuçlar vermektedir. Nakao ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada yüksek aleksitimi düzeyine sahip hastaların duygusal uyarılmaya bağlı somatik duyumlara odaklanma ve bu hisleri bir hastalık belirtisi olarak yorumlama eğilimi daha fazla bulunmuştur (90). Taylor ve arkadaşlarının yaptığı bir diğer çalışmada posttravmatik stres bozukluğu, panik bozukluk ve fonksiyonel gastrointestinal bozukluk gibi somatik

belirtilerle giden durumlarda aleksitiminin yüksek olduğu vurgulanmıştır (91,92). Wise ve Mann'ın yaptığı bir çalışmada, aleksitimi düzeyi yüksek olan psikiyatri hastalarının daha fazla somatik semptom deneyimlediği gösterilmiştir (93). Ayaktan başvuruda bulunan 118 genel psikiyatrik hasta grubuyla yapılan bir çalışmada aleksitimik hastaların daha zayıf ego yapısına sahip olduğu, daha bağımlı oldukları ve somatik semptomları daha çok deneyimledikleri gösterilmiştir (94). Deary ve arkadaşları yaptıkları çalışmada aleksitimi ile tıbbi olarak açıklanamayan semptomların ilişkili olduğunu göstermiş ve TAÖ-20'deki 'duyguları tanımada güçlük' alt ölçeğinin bahsedilen tıbbi olarak açıklanamayan semptomları öngörmede başarılı olduğunu ortaya koymuştur (95). Lundh ve Simonsson-Sarnecki ise yaptıkları çalışmada TAÖ-20 ile ölçülen aleksitiminin somatik şikayetlerle zayıf ilişkili olduğunu göstermişlerdir (96).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. GRUPLARIN SEÇİLMESİ VE OLUŞTURULMASI

3.1.1 Yöntem:

Çalışmamıza DSM-5 tanı ölçütlerine göre şizofreni tanısı almış ve komorbid psikiyatrik bozukluğu olmadığı doğrulanmış, dahil edilme ve dışlama kriterlerinin göz önüne alındığı, remisyonda olan şizofreni tanılı 53 hasta, hastaların psikiyatrik tanısı olmayan 39 sağlıklı kardeşleri ve kardeşlerle yaş, cinsiyet ve eğitim süresi açısından eşleştirilmiş 40 kişilik sağlıklı kontrol grubu alınmıştır. Kardeş ve kontrol grubunda tıbbi kayıtların incelenmesi ve psikiyatrik görüşme sonrası psikiyatrik hastalık dışlandı. Uygulamada katılımcılara çalışma hakkında bilgi verilerek, bilgilendirilmiş onam formu okunarak doldurmaları istenmiş ve onamları alınmıştır. Katılan tüm hastalara Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu, Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Semptom Yorumlama Anketi, Kısa İşlevsellik Ölçeği bataryaları uygulanmıştır.

3.1.2 Çalışma Evreni-Örneklem:

İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne bağlı toplum ruh sağlığı merkezlerine ve ayaktan tedavi ünitesine başvuran şizofreni tanılı, remisyonda olan, çalışmaya katılmayı kabul eden, dahil edilme ve dışlama kriterlerini karşılayan hastalar, sağlıklı kardeşler ve sağlıklı kontroller çalışmaya dahil edilmiştir.

3.1.3 Araştırmaya Alınma Kriterleri:

Hasta grubu için;

- DSM-5 ölçütlerine göre şizofreni tanısı almış olmak
- 18 yaş üstü ve 65 yaş altı olmak
- Sağlıklı kardeşi olmak

- Hastaların remisyonda olması (son 6 ayda yatış gerektiren veya tedavi değişikliği gerektiren bir alevlenme olmaması, 'Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği'nde her bir maddeden 3 veya 3'ün altında skor olması, işlevselliğinin etkilenmemesi ve belirtilerin bu şekliyle 6 aydır sürmesi)
- Okur-yazar olması
- Çalışmaya katılmayı kabul etmiş ve gönüllü olur formunu imzalamış olması

Sağlıklı kardeş ve kontrol grubu için;

- 18 yaş üstü ve 65 yaş altı olmak
- Okur yazar olması
- Çalışmaya katılmayı kabul etmiş ve gönüllü olur formunu imzalamış olması

3.1.4 Araştırmadan Dışlama Kriterleri:

Hasta grubu için;

- DSM-5'e göre ek psikiyatrik tanısının olması
- Alkol-Madde Kullanım Bozukluğu tanısı veya öyküsü olması
- Mental retardasyon, organik mental bozukluk, demans gibi ölçeklerin uygulanmasına etki edecek tıbbi durumunun olması
- Görüşmeyi engelleyecek düzeyde işitme- konuşma güçlüğü

Sağlıklı kardeş ve kontrol grubu için;

- DSM-5'e göre psikiyatrik tanısının olması
- Alkol-Madde Kullanım Bozukluğu tanısı veya öyküsü olması
- Mental retardasyon, organik mental bozukluk, demans gibi ölçeklerin uygulanmasına etki edecek tıbbi durumunun olması
- Görüşmeyi engelleyecek düzeyde işitme- konuşma güçlüğü

3.2. Değerlendirme Ölçekleri

1. Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Veri Formu

2. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS)

3. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

4. Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği (KİDÖ-FAST)

5. Semptom Yorumlama Anketi (SYA)

6. Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ)

3.2.1. Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Veri Formu

Çalışmanın araştırmacıları tarafından çalışmanın amacına yönelik olarak hasta, sağlıklı kardeşlere ve kontrol grubuna yönelik olarak iki farklı şekilde hazırlanan, katılımcılarla ilişkili yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu, medeni durum gibi sosyodemografik özellikler, aile öyküsü, şizofreni ile ilgili hastalık öyküsü ve hastaların klinik özellikleri gibi bilgilere ilişkin sorular içeren ayrıntılı görüşme formudur.

3.2.2. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS)

Kay ve ark. tarafından 1987'de geliştirilen 30 maddelik, yarı yapılandırılmış bir ölçektir.(97) Yedi alt ölçek pozitif belirtileri, yedi alt ölçek negatif belirtileri, on altı alt ölçek de genel psikopatolojiyi değerlendirmektedir. Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Kostakoğlu ve ark. tarafından yapılmıştır.(98) Her madde, belirtileri 1'den 7'ye kadar şiddetlendirerek derecelendirir.

3.2.3. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), 1961 yılında Aaron T. Beck tarafından geliştirilmiş olup, depresyon belirtilerini değerlendirmek için kullanılan öz değerlendirme ölçeğidir. BDE, 21 sorudan oluşur ve her bir soru belirli bir depresyon belirtisini ölçer. Katılımcılara son iki hafta içindeki duygusal durumları hakkında sorular sorulur, her soruya 0 ile 3 arasında dört seçenekten biriyle cevap verilir, toplam

puanı en fazla 63'tür. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Hisli ve ark. tarafından 1989 yılında yapılmıştır.

3.2.4. Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği (KİDÖ-FAST)

2007 yılında Rosa ve ark. tarafından geliştirilen, işlevselliği değerlendiren 24 maddeden oluşan bir görüşmeci tarafından değerlendirilen bir ölçektir.(99) 6 alt boyutu bulunan ölçein alt boyutları; otonomi, mesleki işlevsellik, bilişsel işlevsellik, mali konular, kişilerarası ilişkiler ve boş zaman etkinlikleridir. Ölçekte maddeler 0 (hiç zorlanma yok) ile 3(aşırı derecede zorlanma) arasında puanlanır. Kesme puanı olmamakla beraber yüksek puan kötü işlevselliğe işaret etmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirliği 2012 yılında Aydemir ve Uykur tarafından yapılmıştır. (100)

3.2.5. Semptom Yorumlama Anketi (SYA)

Semptom Yorumlama Anketi (SYA), bireylerin bedensel semptomlarını nasıl yorumladıklarını ve bu semptomlara verdikleri tepkileri ölçen önemli bir psikometrik araçtır. SYA, bireylerin semptomları normal, psikolojik veya bedensel nedenlerle açıklama eğilimlerini değerlendirir ve bu eğilimlerin bireyin duygusal farkındalığı, psikolojik dayanıklılığı ve hastalık algısıyla nasıl ilişkili olduğunu ortaya koyar. Robins ve Kirmayer tarafından 1991 yılında geliştirilen sık rastlanan bedensel belirtileri ve katılımcıların bu belirtilere yaptığı atıfları inceleyen, 1 (pek değil) ve 4 (çok sık) arasında derecelendiren bir kendini değerlendirme ölçeğidir.(101) Ölçekte 13 soru ve sorulara yönelik atıflarla birlikte 39 soru yer almaktadır. Katılımcılar her bir soruda yer alan bedensel belirtiyi fiziksel rahatsızlık ya da hastalık nedeniyle olduğu (bedensel atıf), psikolojik nedenle olduğu (psikolojize atıf) veya çevresel uyaranlara bağlı olduğu (normalize atıf) şeklinde değerlendirir ve 1 ile 4 arasında puanlar. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Güleç ve Sayar tarafından 2004 yılında gerçekleştirilmiştir. (102)

3.2.6. Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ)

Taylor ve ark. tarafından 1985 yılında geliştirilen Toronto Aleksitimi Ölçeği ilk başta 26 sorudan oluşmaktayken sonra yeniden yapılandırılmış ve 20 soruya

indirilmiştir. Likert tipi, 1-5 arasında puanlanan, 20 sorudan oluşan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Ölçek, Duyguları Tanıma Güçlüğü (TAÖ-A), Duyguları İfade Etme Güçlüğü (TAÖ-B) ve Dışa Dönük Düşünme (TAÖ-C) şeklinde 3 alt ölçekten oluşmaktadır.(103) Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Güleç ve ark. tarafından 2009 yılında yapılmıştır.(104) Yüksek puan yüksek aleksitimik seviyeyi gösterir. Güleç ve ark. yaptığı bir çalışmada aleksitimiklerin kaçmaması isteniyorsa 51 puanının alt değer olarak alınması; saf aleksitimik grupla çalışılmak isteniyorsa (TAÖ-26'da belirlenen "11" puanına göre), "59" puanının üst değer olarak alınması önerilmektedir.(105)

3.3 İstatistiksel Analiz

Çalışmamızda elde edilen veriler IBM SPSS Statistics Versiyon 26.0 (Statistical Package for Social Sciences, SPSS Inc., Armonk, NY, ABD) programı ile analiz edilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri ile değerlendirilmiştir.

Katılımcıların demografik ve klinik özelliklerinde sürekli değişkenler ortalama ± standart sapma, kategorik değişkenler ise frekans ve yüzde (%) olarak sunulmuştur. Kategorik değişkenler Ki-kare testi ile analiz edilmiştir. Karşılaştırmalar için normal dağılıma uyan verilerde Bağımsız Örneklem t-testi ve Tek Yönlü ANOVA, normal dağılıma uymayan verilerde ise Mann-Whitney U ve Kruskal-Wallis testleri kullanılmıştır.

İkiden fazla grup karşılaştırmalarında anlamlı farklılık bulunması halinde post-hoc analizlerde Tukey-HSD ve Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Korelasyon analizinde Pearson veya Spearman korelasyon katsayıları kullanılmıştır. Katılımcıların aleksitimi düzeylerini yordayan faktörlerin belirlenmesinde ise çoklu doğrusal regresyon analizi uygulanmıştır.

Tüm analizlerde $p<0.05$ anlamlılık düzeyi olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Çalışmamıza 53 şizofreni hastası, herhangi bir psikiyatrik hastalığı olmayan 39 şizofreni tanılı hasta kardeşi ve 40 sağlıklı gönüllü dahil edilmiştir.

4.1. GRUPLARIN SOSYODEMOGRAFİK VERİLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 2: Grupların Sosyodemografik Verileri

		Hasta (n=53)	Kontrol (n=40)	Kardeş (n=39)	p
Cinsiyet	Kadın	11 (%20,8)[a]	23 (%57,5)[b]	21 (%53,8)[b]	<0,001
	Erkek	42 (%79,2)[a]	17 (%42,5)[b]	18 (%46,2)[b]	
Yaş		37,40±8,74	36,20±10,19	36,51±8,14	0,801
Eğitim Süresi		9,92±2,82	12,60±3,73	11,18±3,28	0,001
Medeni Durum	Bekar	42 (%79,2)[a]	11 (%28,2)[b]	19 (%48,7)[b]	<0,001
	Evli	11 (%20,8)[a]	28 (%71,8)[b]	20 (%51,3)[b]	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	16 (%30,2)	33 (%82,5)	26 (%66,7)	<0,001
	Çalışmıyor	25 (%47,2)	5 (%12,5)	11 (%28,2)	
	Diğer (Emekli-Öğrenci)	12 (%22,6)	2 (%5,0)	2 (%5,1)	
Sigara Kullanımı	Yok	23 (%43,4)[a]	26 (%65,0)[b]	32 (%82,1)[b]	0,001
	Var	30 (%56,6)[a]	14 (%35,0)[b]	7 (%17,9)[b]	

Aynı harfi (a, b) taşıyan grup kategorileri arasında anlamlı fark yoktur, farklı harf taşıyanlar ise istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklıdır ($p<0.05$).

Yaş açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0,801). Hasta grubunun yaş ortalaması 37,40±8,74, kontrol grubunun 36,20±10,19 ve kardeş grubunun 36,51±8,14'tür. Bununla birlikte eğitim süreleri karşılaştırıldığında kontrol grubunun eğitim süresinin hasta grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunurken (p<0,001), kardeş grubuyla hasta grubu ve kardeş grubuyla kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05).

Cinsiyet dağılımı açısından, hasta grubunda erkek katılımcı sayısı (n=42, %79,2) kadınlardan daha yüksektir. Buna karşın kontrol (%57,5 kadın) ve kardeş

(%53,8 kadın) gruplarında kadın katılımcı oranı daha yüksektir. Gruplar arasındaki bu farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,001)(Tablo 2).

Medeni durum açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmıştır (p<0,001). Hasta grubunda bekâr birey oranı %79,2 ile belirgin şekilde yüksek bulunmuştur. (Tablo 2).

Çalışma durumu açısından, düzenli çalışanlar hasta grubunda %30,2 ile düşük bulunurken, kontrol grubunda %82,5 ve kardeş grubunda %66,7'dir. Çalışmayanlar hasta grubunda %47,2, kontrol grubunda %12,5, kardeş grubunda ise %28,2'dir. Diğer (emekli-öğrenci) hasta grubunda %22,6, kontrol ve kardeş gruplarında ise sırasıyla %5 ve %5,1'dir. Gruplar arasındaki bu farklılıklar istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,001)(Tablo 2). Sigara kullanımı açısından, hasta grubunda sigara içenlerin oranı %56,6 olup, bu oran kontrol grubunda %35,0 ve kardeş grubunda %17,9'dur. Hasta grubundaki sigara kullanımı oranı kontrol ve kardeş gruplarına göre anlamlı şekilde daha yüksektir (p=0,001).

Çalışmamızda şizofreni tanılı hastaların hastalık başlangıç yaşlarının ortalaması 23,79±5,42 olarak saptanmış olup hastaların 39'unun (%77,4) daha önce yatarak tedavi görmüş oldukları belirlenmiştir. Hastaların hastalık sürelerinin ortalaması 13,33±8,03 yıl olmakla birlikte en düşük 1 en yüksek 36 yıl arasında değişmektedir.

4.2. KISA İŞLEVSELLİK DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ'NİN GRUPLAR ARASINDA KARŞILAŞTIRILMASI

Aşağıdaki tablo, Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği (KİDÖ) alt boyutları ve toplam skorlarını hasta, kardeş ve kontrol grupları karşılaştırılmış, gruplar arası farklılıklar Kruskal-Wallis testi ve ikili grup karşılaştırmaları ise Mann-Whitney U testi ile analiz edilmiştir.

Tablo 3: KİDÖ Alt Boyutları ve Total Skorunun Gruplar Arası Karşılaştırılması

Değişken	Hasta (Ort±SS) (n=53)	Kardeş (Ort±SS) (n=39)	Kontrol (Ort±SS) (n=40)	3 Grup Karşılaştırma (p)*	Hasta vs Kardeş (p)**	Hasta vs Kontrol (p)**	Kardeş vs Kontrol (p)**
KİDÖ-Özerklik	1.06±1.60	0.05±0.22	0.03±0.16	p<0.001	p<0.001	p<0.001	p=0,554
KİDÖ-Mesleki İşlevsellik	3.77±2.67	0.36±0.54	0.08±0.27	p<0,001	p<0.001	p<0.001	p=0,004
KİDÖ-Bilişsel İşlevsellik	1.38±1.48	0.38±0.54	0.08±0.27	p<0,001	p<0.001	p<0.001	p=0,002
KİDÖ-Mali Konular	0.23±0.51	0.00±0.00	0.00±0.00	p<0,001	p=0,004	p=0,004	p=1.000
KİDÖ-Kişilerarası İlişkiler	3.43±2.22	0.87±0.89	0.23±0.48	p<0,001	p<0,001	p<0.001	p<0.001
KİDÖ-Boş Zaman Etkinlikleri	1.57±0.64	0.74±0.55	0.33±0.53	p<0,001	p<0,001	p<0.001	p=0.001
KİDÖ-Total Puan	11.43±6.82	2.60±1.82	1.00±1.30	p<0,001	p<0.001	p<0.001	p<0.001

*: Kruskal-Wallis Testi, **: Mann-Whitney U Testi, KİDÖ: Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği, Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma

KİDÖ-Özerklik alt boyutunda, hasta grubunun ortalama puanı (1,06±1,60), kardeş grubuna (0,50±0,22) ve kontrol grubuna (0,32±0,16) göre anlamlı derecede daha yüksektir (p<0,001). Kardeş ve kontrol grupları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0,554). Bu bulgu, özerklik boyutundaki düşük işlevselliğin hasta grubunda belirgin olduğunu göstermektedir. KİDÖ-Mesleki alt boyutunda, hasta grubunun puanı (3,77±2,67), kardeş grubuna (0,38±0,54) ve kontrol grubuna (0,88±0,27) göre anlamlı derecede yüksektir (p<0,001). Ayrıca, kardeş grubunun mesleki işlevsellik alt boyutu puanı kontrol grubundan anlamlı derecede yüksektir (p=0,004) (Tablo 3).

KİDÖ-Bilişsel İşlevsellik alt boyutunda, hasta grubunun puanı (1,38±1,48), kardeş grubuna (0,38±0,54) ve kontrol grubuna (0,08±0,27) göre anlamlı şekilde yüksektir (p<0,001). Kardeş grubunun puanları kontrol grubuna göre anlamlı şekilde yüksektir (p=0,002). Bu bulgu, bilişsel işlevselliğin yalnızca hasta grubunda değil, aynı zamanda kardeş grubunda da kısmen etkilendiğini düşündürmektedir.

KİDÖ-Kişilerarası İlişkiler alt ölçeğinde, hasta grubunun puanı (3,43±2,22), kardeş grubuna (0,87±0,89) ve kontrol grubuna (0,23±0,48) göre anlamlı şekilde yüksektir ($p<0,001$). Kardeş grubunun kişilerarası işlevsellik düzeyi kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha düşüktür ($p<0,001$). KİDÖ-Boş Zaman Etkinlikleri alt ölçeğinde ise hasta grubunun puanı (1,57±0,64), kardeş grubuna (0,74±0,55) ve kontrol grubuna (0,33±0,53) göre anlamlı derecede yüksektir ($p<0,001$). Ayrıca, kardeş grubunun puanları kontrol grubundan anlamlı şekilde yüksektir ($p<0,001$).

KİDÖ-Total Puanı açısından, hasta grubunun puanı (11,43±6,82), kardeş grubuna (2,60±1,82) ve kontrol grubuna (1,00±1,30) göre anlamlı şekilde yüksektir ($p<0,001$). Kardeş grubunun toplam işlevsellik puanı kontrol grubuna göre anlamlı şekilde yüksektir ($p<0,001$). Bu bulgu, genel işlevselliğin yalnızca hasta grubunda değil, aynı zamanda kardeş grubunda da kontrol grubuna kıyasla bozulmuş olduğunu göstermektedir (Tablo 3).

4.3. SEMPTOM YORUMLAMA ANKETİNİN GRUPLAR ARASINDA KARŞILAŞTIRILMASI

Çalışmamızda hasta, kardeş ve kontrol gruplarının SYA alt boyutlarındaki farklılıkları değerlendirilmiştir. SYA'nın psikolojize atıf, bedensel atıf, normalize atıf ve belirti sayısı alt boyutlarında gruplar arasında anlamlı farklar olup olmadığı analiz edilmiştir.

SYA-Psikolojize alt boyutunda, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,007$). Hasta grubunun ortalama puanı (27,43±7,29), kontrol grubunun puanından (23,18±5,80) anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p=0,005$). Kardeş grubunun puanları (25,51±5,47), kontrol grubundan anlamlı şekilde farklı olmamakla birlikte ($p=0,235$), hasta grubundan da farklılık göstermemiştir ($p=0,327$). Bu bulgu, psikolojize etme stratejisinin hasta grubunda belirgin olduğunu ve kontrol grubuna kıyasla daha yaygın kullanıldığını göstermektedir. Kardeş grubunun

puanlarının kontrol grubuna yakın olması, bu stratejinin hasta grubuna özgü olabileceğini düşündürmektedir.

Tablo 4: Semptom Yorumlama Anketinin Gruplar Arası Karşılaştırılması

Değişken	Hasta (Ort±SS) (n=53)	Kardeş (Ort±SS) (n=39)	Kontrol (Ort±SS) (n=40)	3 Grup Karşılaştır-ma (p)*	Hasta vs Kardeş (p)**	Hasta vs Kontrol (p)**	Kardeş vs Kontrol (p)**
SYA-Psikolojize	27.43±7.29	25.51±5.47	23.18±5.80	p=0,007	p=0,327	p=0.005	p=0.235
SYA-Bedensel	26.45±6.87	24.08±6.69	18.05±3.27	p<0,001	p=0,146	p<0.001	p<0.001
SYA-Normalize	29.40±4.58	27.95±6.18	27.13±5.81	p=0,131	p=0,423	p=0,120	p=0,782
SYA-Belirti	6.30±3.66	5.82±2.55	4.78±2.99	p=0,072	p=0,752	p=0,059	p=0,310

*: Tek Yönlü ANOVA Testi, **: Post-hoc analizler, grup farklarını belirlemek için Tukey'in HSD testi ile yapılmıştır, SYA: Semptom Yorumlama Anketi, Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma

SYA-Bedensel alt boyutunda ise gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmıştır (p<0,001). Hasta grubunun ortalama puanı (26,45±6,87), kontrol grubuna (18,05±3,27) kıyasla anlamlı şekilde daha yüksektir (p<0,001). Kardeş grubunun puanları (24,08±6,69), kontrol grubundan anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p<0,001), ancak hasta grubundan anlamlı bir farklılık göstermemiştir (p=0,146). Bu sonuçlar, somatizasyonun hem hasta grubunda hem de kardeş grubunda sağlıklı kontrol grubuna göre daha yaygın bir yorumlama biçimi olduğunu göstermektedir (Tablo 4).

SYA-Normalize alt boyutunda gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0,131). Hasta grubunun puanı (29,40±4,58), kardeş grubunun puanı (27,95±6,18) ve kontrol grubunun puanı (27,13±5,81) arasında anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir (Tablo 4).

SYA-Belirti sayısı alt boyutunda gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0,072). Hasta grubunun puanı (6,30±3,66), kontrol grubunun puanından (4,78±2,99) daha yüksek olmakla birlikte, bu fark istatistiksel olarak sınırda anlamlılık göstermiştir (p=0,059). Kardeş grubunun puanları (5,82±2,55), kontrol

grubundan anlamlı derecede farklı değildir (p=0,310) ve hasta grubundan da farklılık göstermemektedir (p=0,752). Bu bulgu, belirti sayısının hasta grubunda daha yaygın olabileceğini düşündürmekle birlikte, kardeş grubunda kontrol grubuna benzer bir eğilim olduğunu göstermektedir. (Tablo 4)

4.4. TORONTO ALEKSİTİMİ ÖLÇEĞİ'NİN GRUPLAR ARASINDA KARŞILAŞTIRILMASI

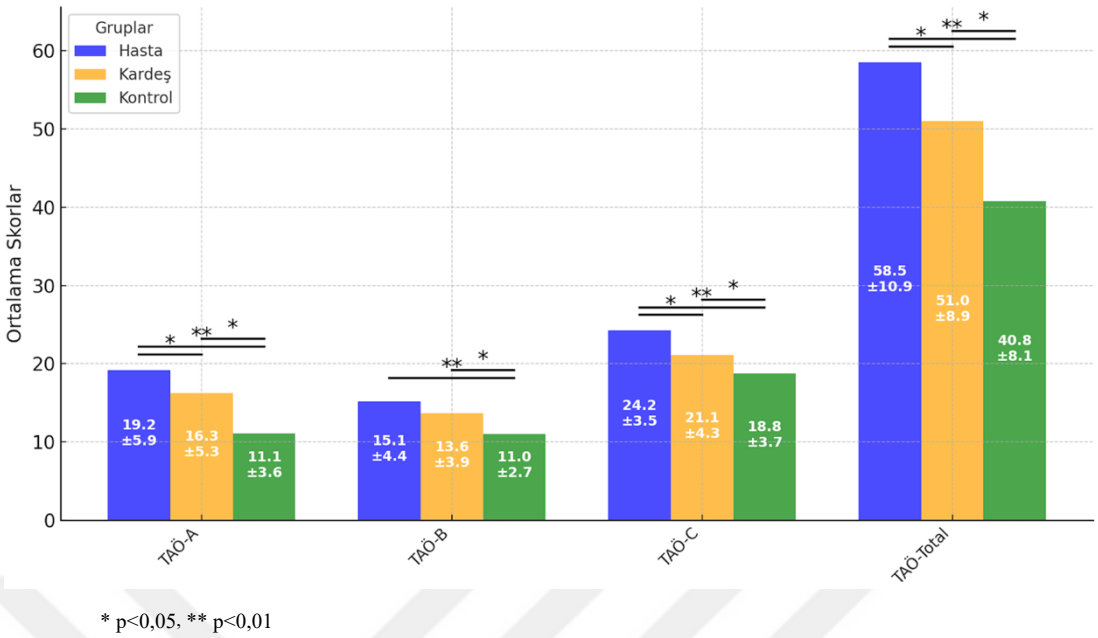
Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20) alt boyutları (TAÖ-A, TAÖ-B, TAÖ-C) ve toplam puanları (TAÖ-Total) açısından hasta, kardeş ve kontrol grupları karşılaştırılmıştır.

Tablo 5: Toronto Aleksitimi Ölçeği'nin Gruplar Arasında Karşılaştırılması

Değişken	Hasta (Ort±SS) (n=53)	Kardeş (Ort±SS) (n=39)	Kontrol (Ort±SS) (n=40)	3 Grup Karşılaştırma (p)*	Hasta vs Kardeş (p)**	Hasta vs Kontrol (p)**	Kardeş vs Kontrol (p)**
TAÖ-A	19.17±5.93	16.26±5.29	11.05±3.64	p<0,001	p=0,022	p<0.001	p<0.001
TAÖ-B	15.13±4.36	13.64±3.85	10.98±2.69	p<0,001	p=0,150	p<0.001	p=0.006
TAÖ-C	24.21±3.49	21.08±4.26	18.75±3.69	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p=0,020
TAÖ-Total	58.49±10.88	50.97±8.87	40.78±8.14	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p=0,001

*: Tek Yönlü ANOVA Testi, **: Post-hoc analizler, grup farklarını belirlemek için Tukey'in HSD testi ile yapılmıştır, TAÖ: Toronto Aleksitimi Ölçeği, Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, TAÖ-A: Duyguları Tanıma Alt Ölçeği, TAÖ-B: Duyguları İfade Etme Alt Ölçeği, TAÖ-C: Dış Odaklı Düşünme Alt Ölçeği, TAÖ-Total: Toronto Aleksitimi Ölçeği Total Skoru

TAÖ-A alt boyutunda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p<0,001). Hasta grubunun ortalama puanı (19,17±5,93), kardeş grubundan (16,26±5,29; p=0,022) ve kontrol grubundan (11,05±3,64; p<0,001) anlamlı şekilde yüksektir. Kardeş grubunun puanları da kontrol grubuna kıyasla anlamlı şekilde yüksektir (p<0,001). Bu bulgu, hasta grubunda duyguları tanıma zorluğunun belirgin olduğunu ve kardeş grubunun da bu alanda kontrol grubuna göre daha yüksek zorluk yaşadığını göstermektedir (Tablo 5).



* p<0,05, ** p<0,01

Şekil 1: Hasta, kardeş ve kontrol gruplarının TAÖ alt boyutları ve toplam skorlarına göre ortalama karşılaştırmaları

TAÖ-B alt boyutunda gruplar arasında anlamlı fark saptanmıştır (p<0,001). Hasta grubunun ortalama puanı (15,13±4,36), kontrol grubundan (10,98±2,69) anlamlı derecede yüksektir (p<0,001). Ancak, hasta ve kardeş grupları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0,150). Kardeş grubunun puanları (13,64±3,85), kontrol grubuna göre anlamlı şekilde yüksektir (p=0,006). Bu bulgu, hasta grubunda duyguları ifade etme zorluğunun kontrol grubuna kıyasla daha fazla olduğunu, ancak kardeş grubunun da bu boyutta belirgin zorluklar yaşadığını ortaya koymaktadır. (Tablo 5)

TAÖ-C alt boyutunda gruplar arasında anlamlı fark saptanmıştır (p<0,001). Hasta grubunun puanı (24,21±3,49), kardeş grubundan (21,08±4,26; p<0,001) ve kontrol grubundan (18,75±3,69; p<0,001) anlamlı şekilde yüksektir. Kardeş grubunun puanları da kontrol grubuna göre anlamlı şekilde yüksektir (p=0,020). Bu bulgu, hasta grubunda dışa odaklanmanın belirgin olduğunu ve kardeş grubunun da bu boyutta kontrol grubuna kıyasla daha yüksek bir eğilim sergilediğini göstermektedir. (Tablo 5)

TAÖ-Total açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmuştur (p<0,001). Hasta grubunun toplam aleksitimi puanı (58,49±10,88), kardeş grubunun puanından

(50,97±8,87; p<0,001) ve kontrol grubundan (40,78±8,14; p<0,001) anlamlı şekilde yüksektir. Kardeş grubunun toplam puanı da kontrol grubuna kıyasla anlamlı şekilde daha yüksektir (p=0,001). Bu bulgu, toplam aleksitimi puanlarının hem hasta hem de kardeş grubunda kontrol grubuna göre daha yüksek olduğunu göstermektedir. (Tablo 5)

4.5. KADIN KATILIMCILARIN SYA VE TAÖ AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI

Hem aleksitimi hem de semptom yorumlama biçimlerinin cinsiyetler arasında farklılıklar gösterebildiği literatür bilgisine dayanarak her iki cinsiyetten katılımcılar için ayrı ayrı analizler yapılmıştır. Yalnızca kadın katılımcıların dahil edildiği analizlerde, hasta, kardeş ve kontrol gruplarının SYA ve TAÖ alt boyutları açısından karşılaştırılması yapılmıştır. Gruplar arasında bazı değişkenlerde istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanmıştır.

Tablo 6: Kadın katılımcılar arasında semptom yorumlama biçimlerinin ve aleksitimi düzeylerinin karşılaştırılması

Değişken	Hasta (Ort±SS) (n=11)	Kardeş (Ort±SS) (n=21)	Kontrol (Ort±SS) (n=23)	3 Grup Karşılaştırma (p)*	Hasta vs Kardeş (p)**	Hasta vs Kontrol (p)**	Kardeş vs Kontrol (p)**
SYA-Psikolojize	27.73±7.38	24.86±4.86	23.87±6.29	p=0.224	p=0.413	p=0.198	p=0.850
SYA-Bedensel	24.82±7.65	22.48±6.00	17.96±3.61	p=0.002	p=0.496	p=0.004	p=0.024
SYA-Normalize	32.45±4.99	27.24±6.02	26.91±5.90	p=0.028	p=0.049	p=0.031	p=0.981
SYA-Belirti	5.00±3.00	6.05±2.52	5.57±2.89	p=0.593	p=0.571	p=0.844	p=0.834
TAÖ-A	17.09±5.75	14.90±5.74	11.22±4.01	p=0.005	p=0.485	p=0.007	p=0.051
TAÖ-B	14.09±4.78	12.86±3.34	10.43±2.43	p=0.008	p=0.585	p=0.012	p=0.051
TAÖ-C	25.18±4.31	22.24±4.32	18.57±4.41	p<0.001	p=0.175	p<0,001	p=0.020
TAÖ-Total	56.36±13.28	50.00±10.08	40.22±9.30	p<0.001	p=0.241	p<0,001	p=0.009

*: Tek Yönlü ANOVA Testi, **: Post-hoc analizler, grup farklarını belirlemek için Tukey'in HSD testi ile yapılmıştır, Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma SYA: Semptom Yorumlama Anketi, TAÖ: Toronto Aleksitimi Ölçeği, TAÖ-A: Duyguları Tanıma Alt Ölçeği, TAÖ-B: Duyguları İfade Etme Alt Ölçeği, TAÖ-C: Dış Odaklı Düşünme Alt Ölçeği, TAÖ-Total: Toronto Aleksitimi Ölçeği Total Skoru

SYA-Psikolojize alt boyutunda, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0,224). Hasta grubunun puanları (27,73±7,38), kardeş grubundan (24,86±4,86; p=0,413) ve kontrol grubundan (23,87±6,29; p=0,198) anlamlı fark oluşturmamaktadır (Tablo 6).

SYA-Bedensel alt boyutunda gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (p=0,002). Hasta grubunun puanları (24,82±7,65), kontrol grubuna (17,96±3,61; p=0,004) kıyasla anlamlı şekilde daha yüksektir. Kardeş grubunun puanları (22,48±6,00) da kontrol grubundan anlamlı şekilde yüksektir (p=0,024). Ancak, hasta ve kardeş grupları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (p=0,496) (Tablo 6).

SYA-Normalize alt boyutunda gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (p=0,028). Hasta grubunun normalize etme puanları (32,45±4,99), kardeş grubuna (27,24±6,02; p=0,049) ve kontrol grubuna (26,91±5,90; p=0,031) kıyasla anlamlı şekilde daha yüksektir. Ancak kardeş grubunun kontrol grubundan farklı olmadığı saptanmıştır (p=0,981) (Tablo 6). SYA-Belirti alt boyutunda ise kadın katılımcılar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0,593).

Kadın katılımcılar arasında aleksitimi düzeyleri karşılaştırıldığında TAÖ-A alt boyutunda gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmıştır (p=0,005). Hasta grubunun puanları (17,09±5,75), kontrol grubuna (11,22±4,01; p=0,007) göre anlamlı şekilde daha yüksektir. Ancak, hasta grubunun puanları kardeş grubuyla (14,90±5,74; p=0,485) benzer bulunmuştur. Kardeş grubunun kontrol grubuna göre sınırda anlamlı bir fark göstermiştir. (p=0,051) (Tablo 6).

TAÖ-B alt boyutunda gruplar arasında anlamlı fark bulunmuştur (p=0,008). Hasta grubunun puanları (14,09±4,78), kontrol grubundan (10,43±2,43) anlamlı şekilde daha yüksektir (p=0,012). Ancak, hasta ve kardeş grupları arasında fark bulunmamıştır (p=0,585) (Tablo 6).

TAÖ-C alt boyutunda gruplar arasında anlamlı fark bulunmuştur (p<0,001). Hasta grubunun puanları (25,18±4,31), kontrol grubuna (18,57±4,41; p<0,001) göre

anlamlı şekilde yüksektir, kardeş grubuna (22,24±4,32; p<0,175) göre anlamlı fark yoktur. Ayrıca, kardeş grubunun kontrol grubuna göre anlamlı şekilde daha yüksek puan aldığı görülmüştür (p=0,020) (Tablo 6).

TAÖ-Total açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmuştur (p<0,001). Hasta grubunun toplam puanı (56,36±13,28), kontrol grubuna (40,22±9,30; p<0,001) göre anlamlı olarak yüksektir, kardeş grubuna (50,00±10,08; p<0,241) göre ise anlamlı fark bulunamamıştır. Kardeş grubunun toplam puanı kontrol grubundan anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur (p=0,009). Bu sonuç, kadınlar katılımcılar arasında aleksitiminin hasta grubunda en belirgin, kardeş grubunda ise kontrol grubuna göre daha yüksek olduğunu göstermektedir (Tablo 6).

4.6. ERKEK KATILIMCILARIN SYA VE TAÖ AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI

Yalnızca erkek katılımcıların dahil edildiği analizlerde, hasta, kardeş ve kontrol gruplarının SYA ve TAÖ alt boyutları açısından karşılaştırılması yapılmıştır.

SYA-Psikolojize alt boyutunda, gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (p=0,032). Hasta grubunun puanları (27,36±7,36), kontrol grubundan (22,24±5,11; p=0,025) anlamlı derecede yüksektir. Ancak, hasta grubunun puanları kardeş grubundan (26,28±6,15; p=0,834) anlamlı şekilde farklı değildir. Kardeş grubunun kontrol grubundan farklı olmaması (p=0,178), psikolojize etme stratejisinin hasta grubuna özgü olabileceğini düşündürmektedir (Tablo 7).

SYA- Bedensel alt boyutunda gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (p<0,001). Hasta grubunun puanları (26,88±6,69), kontrol grubundan (18,18±2,86; p<0,001) anlamlı derecede yüksektir. Ayrıca, kardeş grubunun puanları (25,94±7,14), kontrol grubuna kıyasla anlamlı şekilde yüksektir (p=0,001). Ancak, hasta ve kardeş grupları arasında fark anlamlı değildir (p=0,853) (Tablo 7).

SYA-Normalize alt boyutunda ise erkek katılımcılar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0,678). SYA-Belirti alt boyutunda gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (p=0,012). Hasta grubunun puanları (6,64±3,77), kontrol grubundan (3,71±2,87; p=0,009) anlamlı derecede yüksektir. Ancak, hasta grubunun puanları kardeş grubundan (5,56±2,64; p=0,487) ve kardeş grubunun kontrol grubundan (p=0,240) farklı değildir. (Tablo 7)

Tablo 7: Erkek katılımcılar arasında semptom yorumlama biçimlerinin ve aleksitimi düzeylerinin karşılaştırılması

Değişken	Hasta (Ort±SS) (n=42)	Kardeş (Ort±SS) (n=18)	Kontrol (Ort±SS) (n=17)	3 Grup Karşılaştırma (p)*	Hasta vs Kardeş (p)**	Hasta vs Kontrol (p)**	Kardeş vs Kontrol (p)**
SYA-Psikolojize	27.36±7.36	26.28±6.15	22.24±5.11	p=0.032	p=0.834	p=0.025	p=0.178
SYA-Bedensel	26.88±6.69	25.94±7.14	18.18±2.86	p<0.001	p=0.853	p<0.001	p=0.001
SYA-Normalize	28.60±4.16	28.78±6.44	27.41±5.85	p=0.678	p=0.991	p=0.705	p=0.714
SYA-Belirti	6.64±3.77	5.56±2.64	3.71±2.87	p=0.012	p=0.487	p=0.009	p=0.240
TAÖ-A	19.71±5.92	17.83±4.34	10.82±3.17	p<0.001	p=0.393	p<0.001	p<0.001
TAÖ-B	15.40±4.25	14.56±4.29	11.71±2.93	p=0.008	p=0.734	p=0.006	p=0.097
TAÖ-C	23.95±3.26	19.72±3.88	19.00±2.50	p<0.001	p=0.000	p<0.001	p=0.791
TAÖ-Total	59.05±10.27	52.11±7.33	41.53±6.43	p<0.001	p=0.020	p<0.001	p=0.002

*: Tek Yönlü ANOVA Testi, **: Post-hoc analizler, grup farklarını belirlemek için Tukey'in HSD testi ile yapılmıştır, Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, SYA: Semptom Yorumlama Anketi, TAÖ: Toronto Aleksitimi Ölçeği, TAÖ-A: Duyguları Tanıma Alt Ölçeği, TAÖ-B: Duyguları İfade Etme Alt Ölçeği, TAÖ-C: Dış Odaklı Düşünme Alt Ölçeği, TAÖ-Total: Toronto Aleksitimi Ölçeği Total Skoru

TAÖ-A alt boyutunda gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (p<0,001). Hasta grubunun puanları (19,71±5,92), kontrol grubundan (10,82±3,17; p<0,001) anlamlı derecede yüksektir. Ancak, hasta ve kardeş grupları (17.83±4.34) arasında fark bulunmamıştır (p=0,393). Kardeş grubunun kontrol grubuna göre anlamlı şekilde yüksek puanlar aldığı (p<0,001) görülmüştür (Tablo 7).

TAÖ-B alt boyutunda gruplar arasında anlamlı fark bulunmuştur (p=0,008). Hasta grubunun puanları (15,40±4,25), kontrol grubundan (11,71±2,93; p=0,006) anlamlı şekilde yüksektir. Ancak, hasta ve kardeş grupları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0,734). Kardeş grubu (14.56±4.29) ile kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmamıştır. (p=0,097) (Tablo 7).

TAÖ-C alt boyutunda gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (p<0,001). Hasta grubunun puanları (23,95±3,26), kontrol grubundan (19,00±2,50; p<0,001) ve kardeş grubundan (19,72±3,88; p<0,001) anlamlı şekilde yüksektir (Tablo 7).

Erkek katılımcılar arasında TAÖ-Total (Toplam Aleksitimi Skoru) açısından anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir (p<0,001). Hasta grubunun toplam puanı (59,05±10,27), kontrol grubuna (41,53±6,43; p<0,001) ve kardeş grubuna (52,11±7,33; p=0,020) göre anlamlı derecede yüksektir. Ayrıca, kardeş grubunun toplam puanı kontrol grubundan anlamlı şekilde yüksektir (p=0,002) (Tablo 7).

4.7. KATILIMCILARIN DEMOGRAFİK VERİLERİ VE ÖLÇEK PUANLARININ CİNSİYETLER ARASI KARŞILAŞTIRILMASI

Çalışmamıza katılan şizofreni tanılı erkek ve kadın hastaların demografik verileri ve ölçek puanları karşılaştırılmıştır. PANSS, BDÖ, KİDÖ, SYA ve TAÖ sonuçları cinsiyetler arasında analiz edilmiştir. Şizofreni tanılı hastalarda cinsiyetler arasında yaş, hastalık süresi, hastalık başlangıç yaşı, PANSS alt ölçekleri ve total puanı, KİDÖ alt ölçekleri ve total puanı, TAÖ alt ölçekleri ve total puanı açısından istastiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 8). Bununla birlikte SYA'nın Normalize Atıf alt ölçeğinde kadın hastaların puanları (32,45±4,99), erkek hastaların puanlarına (28,60±4,16) kıyasla anlamlı şekilde daha yüksek tespit edilmiştir (p=0,011).

Erkek ve kadın hastalar arasında yaş ortalamaları açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0,173). Erkek hastaların yaş ortalaması (38,24±8,41), kadın hastalara (34,18±9,67) kıyasla biraz daha yüksektir. Erkek hastaların hastalık süresi (14,71±7,67 yıl), kadın hastalara (9,50±8,34 yıl) kıyasla daha uzun olmakla birlikte fark anlamlı değildir. (p=0,064). Hastalık başlangıç yaşı açısından erkek (23,51±4,68) ve kadın hastalar (23,70±6,78) arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0,918). (Tablo 8)

Kontrol grubunda yer alan erkek ve kadın katılımcıların ölçek puanları karşılaştırılmıştır. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği (KİDÖ), Semptom Yorumlama Anketi (SYA) ve Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20) alt boyutları analiz edilmiştir. Sağlıklı kontrol grubunda erkek ve kadın katılımcılar arasında BDÖ, KİDÖ, SYA, TAÖ-20 total puanları ve alt ölçekleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p<0,05$).

Kardeş grubundaki erkek ve kadın katılımcıların Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği (KİDÖ), Semptom Yorumlama Alanları (SYA) ve Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20) skorları karşılaştırılmıştır. Kardeş grubunda erkek ve kadın katılımcılar arasında BDÖ, KİDÖ, SYA, TAÖ-20 total puanları ve alt ölçekleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p<0,05$) (Tablo 10).

4.8. KATILIMCILARIN ALEKSİTİMİK OLMA AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI

Çalışmamızda, TAÖ-Total skorlarına göre katılımcılar aleksitimik ve aleksitimik olmayan olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. Literatürle uyumlu olarak, TAÖ skoru 59 ve üzeri olanlar aleksitimik grup, 59'un altında olanlar ise aleksitimik olmayan grup olarak sınıflandırılmıştır. Aleksitimi düzeyleri, hasta, kardeş ve kontrol grupları arasında anlamlı farklılık göstermiştir ($p<0,001$). Elde edilen bulgulara göre, hasta grubunda aleksitimik katılımcıların oranı %54,7 ile en yüksek düzeyde bulunmuştur. Kardeş grubunda aleksitimik oranı %17,9 iken, kontrol grubunda bu oran %2,5 olarak saptanmıştır. Aleksitimik olmayan gruba bakıldığında ise kontrol grubunda %97,5 oranında aleksitimik olmayan birey olduğu görülmüş, kardeş grubunda bu oran %82,1 ve hasta grubunda %45,3 olarak hesaplanmıştır. (Tablo 11)

Tablo 8: Hasta, Kardeş ve Kontrol Gruplarında Aleksitimik ve Aleksitimik Olmayan Katılımcıların Dağılımı

	Hasta (n=53)	Kardeş (n=39)	Kontrol (n=40)	p
Aleksitimik Olmayan Grup (TAÖ<59)	24 (%45,3)	32 (%82,1)	38 (%97,5)	**<0,001**
Aleksitimik Grup (TAÖ≥59)	29 (%54,7)	7 (%17,9)	1 (%2,5)	

4.9. ALEKSİTİMİK VE ALEKSİTİMİK OLMAYAN KATILIMCILARIN DEMOGRAFİK, KLİNİK VE PSİKOLOJİK ÖZELLİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Aleksitimik grubun %35,1'i erkek, %18,2'si kadınken, aleksitimik olmayan grupta erkek oranı %64,9, kadın oranı ise %81,8'dir. Cinsiyet dağılımı açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (p=0,049). Aleksitimik grubun yaş ortalaması (38,11±8,98), aleksitimik olmayan gruba (36,25±9,98) kıyasla daha yüksek olsa da fark anlamlı değildir (p=0,289). Aleksitimik olmayan grubun eğitim süresi (11,58±3,36 yıl), aleksitimik gruba (9,89±3,29 yıl) kıyasla anlamlı derecede daha uzundur (p=0,010) (Tablo 12). Aleksitimik grubun depresyon puanı (9,38±5,44), aleksitimik olmayan gruba (6,09±5,43) kıyasla anlamlı derecede yüksektir (p=0,002) (Tablo 9).

Aleksitimik grubun psikolojize atıf puanları (28,00±6,36), aleksitimik olmayan gruba (24,63±6,42) kıyasla anlamlı şekilde daha yüksektir (p=0,008). Aleksitimik grubun bedensel atıf puanları (29,59±6,35), aleksitimik olmayan gruba (20,72±5,34) kıyasla anlamlı şekilde daha yüksektir (p<0,001). Gruplar arasında normalize etme puanları açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0,178). Aleksitimik grubun belirti sayısı (7,14±3,32), aleksitimik olmayan gruba (5,14±3,00) kıyasla anlamlı şekilde daha yüksektir (p=0,001) (Tablo 9). Aleksitimik grubun toplam işlevsellik puanı (11,11±8,21), aleksitimik olmayan gruba (3,35±4,28) kıyasla anlamlı şekilde daha yüksektir (p<0,001). Bu durum, aleksitimik bireylerde işlevselliğin daha fazla bozulduğunu göstermektedir (Tablo 9).

Tablo 9: Aleksitimik ve Aleksitimik Olmayan Katılımcıların Demografik, Klinik ve Psikolojik Özelliklerinin Karşılaştırılması

		Tüm Katılımcılar		
		Aleksitimik Olmayan Grup (TAÖ<59) (n=95)	**Aleksitimik Grup (TAÖ≥59) (n=37)**	**p**
Cinsiyet	**Kadın**	45 (%81,8)	10 (%18,2)	**0,049**
	Erkek	50 (%64,9)	27 (%35,1)	
Yaş		36,25 ± 9,98	38,11 ± 8,98	0,289
Eğitim Süresi		11,58 ± 3,36	9,89 ± 3,29	**0,010**
Beck Depresyon		6,09 ± 5,43	9,38 ± 5,44	**0,002**
KİDÖ-Total		3.35 ± 4.28	11.11 ± 8.21	**<0.001**
SYA-Psikolojize		24.63 ± 6.42	28.00 ± 6.36	**0.008**
SYA-Bedensel		20.72 ± 5.34	29.59 ± 6.35	**<0.001**
SYA-Normalize		28.68 ± 5.88	27.24 ± 4.35	0.178
SYA-Belirti		5.14 ± 3.00	7.14 ± 3.32	**0.001**

KİDÖ: Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği, SYA: Semptom Yorumlama Anketi

Aleksitimik grubun, Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20) alt boyutları ve toplam puanlarında aleksitimik olmayan gruba göre anlamlı derecede daha yüksek puanlar aldığı saptanmıştır. Duyguları Tanıma Zorluğu (TAÖ-A) alt boyutunda aleksitimik grubun puanları (22,76±4,01), aleksitimik olmayan grubun puanlarından (13,16±4,48) anlamlı şekilde daha yüksektir (p<0,001). Benzer şekilde, Duyguları İfade Etme Zorluğu (TAÖ-B) alt boyutunda aleksitimik grubun puanları (17,62±3,48), aleksitimik olmayan grubun puanlarından (11,80±3,08) anlamlı şekilde daha yüksektir (p<0,001). TAÖ-C alt boyutunda da aleksitimik grubun puanları (25,16±3,35), aleksitimik olmayan grubun puanlarından (20,25±4,00) anlamlı şekilde daha yüksektir

(p<0,001). Genel toplamda ise aleksitimik grubun TAÖ-20 toplam puanı (65,54±6,24), aleksitimik olmayan grubun toplam puanından (45,20±8,29) anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (p<0,001) (Tablo 9).

4.10. ŞİZOFRENİ TANILI HASTA GRUBUNDA ALEKSİTİMİK VE ALEKSİTİMİK OLMAYAN KATILIMCILARIN KLİNİK VE PSİKOLOJİK ÖZELLİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Bu analizde şizofreni tanılı hasta grubunda katılımcılar Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ) toplam skorlarına göre aleksitimik olmayan (TAÖ<59) ve aleksitimik (TAÖ≥59) olarak iki gruba ayrılmış ve gruplar arasında demografik, klinik ve psikolojik özellikler karşılaştırılmıştır.

Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS) sonuçlarına göre, gruplar arasında pozitif semptom skoru açısından fark bulunmazken (p=0,888), aleksitimik grubun negatif semptom skoru (12,28±4,26), aleksitimik olmayan grubun skorlarından (9,82±2,80) anlamlı şekilde daha yüksektir (p=0,023). Ayrıca, PANSS toplam skoru, aleksitimik grupta (36,34±4,56) aleksitimik olmayan gruba (31,00±10,21) kıyasla anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur (p=0,014) (Tablo 10).

Semptom Yorumlama Anketi (SYA) açısından, aleksitimik grubun bedensel atıf puanları (29,28±6,40), aleksitimik olmayan grubun puanlarından (23,04±5,89) anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur (p=0,001). Belirti odaklılık puanlarında da aleksitimik grubun (7,31±3,46), aleksitimik olmayan gruba (5,08±3,60) kıyasla anlamlı şekilde daha yüksek olduğu görülmüştür (p=0,026). Normalize etme puanlarında ise aleksitimik olmayan grubun (31,21±4,50), aleksitimik grubun puanlarından (27,90±4,14) anlamlı şekilde daha yüksek olduğu saptanmıştır (p=0,007). Psikolojize etme açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0,137) (Tablo 10).

Tablo 10: Şizofreni Tanılı Hasta Grubunda Aleksitimik ve Aleksitimik Olmayan Katılımcıların Klinik ve Psikolojik Özelliklerinin Karşılaştırılması

		Şizofreni Tanılı Hasta Grubu		
		Aleksitimik Olmayan Grup (TAÖ<59) (n=24)	**Aleksitimik Grup (TAÖ≥59) (n=29)**	**p**
PANSS Poz		7,23 ± 0,52	7,21 ± 0,49	0,888
PANSS Neg		9,82 ± 2,80	12,28 ± 4,26	**0,023**
PANSS GP		16,77 ± 1,06	16,86 ± 0,95	0,754
PANSS Total		31,00 ± 10,21	36,34 ± 4,56	**0,014**
Beck Depresyon		4.88 ± 4.34	9.90 ± 5.72	**0.001**
KİDÖ-Total		8.71 ± 4.97	13.69 ± 7.37	**0.007**
SYA-Psikolojize		25.79 ± 7.79	28.79 ± 6.68	0.137
SYA-Bedensel		23.04 ± 5.89	29.28 ± 6.40	**0.001**
SYA-Normalize		31.21 ± 4.50	27.90 ± 4.14	**0.007**
SYA-Belirti		5.08 ± 3.60	7.31 ± 3.46	**0.026**

PANSS: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği, PANSS poz: pozitif alt ölçek, PANSS Neg: negatif alt ölçek, PANSS GP: Genel psikopatoloji alt ölçeği, KİDÖ: Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği, SYA: Semptom Yorumlama Anketi,

4.11. KATILIMCILARIN SYA, KİDÖ, TAÖ ARASINDAKİ KORELASYON ANALİZLERİ

KİDÖ, SYA ve TAÖ-20 alt boyutları arasında yapılan korelasyon analizi, işlevsellik, semptom yorumlama ve duygusal işleme süreçleri arasındaki ilişkileri kapsamlı bir şekilde ortaya koymuştur.

KİDÖ-Total puanı ile SYA-Bedensel Etme arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki bulunmuş (r=0,349, p<0,01) ve işlevsellik bozuldukça somatizasyonun arttığı görülmüştür. Benzer şekilde, KİDÖ-Total puanı ile SYA-Psikolojize Etme arasında da pozitif bir ilişki tespit edilmiştir (r=0,209, p<0,05). Ayrıca, KİDÖ-Total puanı, TAÖ-20 alt boyutlarından TAÖ-A (Duyguları Tanıma Zorluğu) (r=0,563, p<0,01), TAÖ-B (Duyguları İfade Etme Zorluğu) (r=0,511, p<0,01) ve TAÖ-C (Dış Odaklı Düşünme) (r=0,470, p<0,01) ile anlamlı ve pozitif ilişkilere sahiptir. KİDÖ-Total ile TAÖ-20

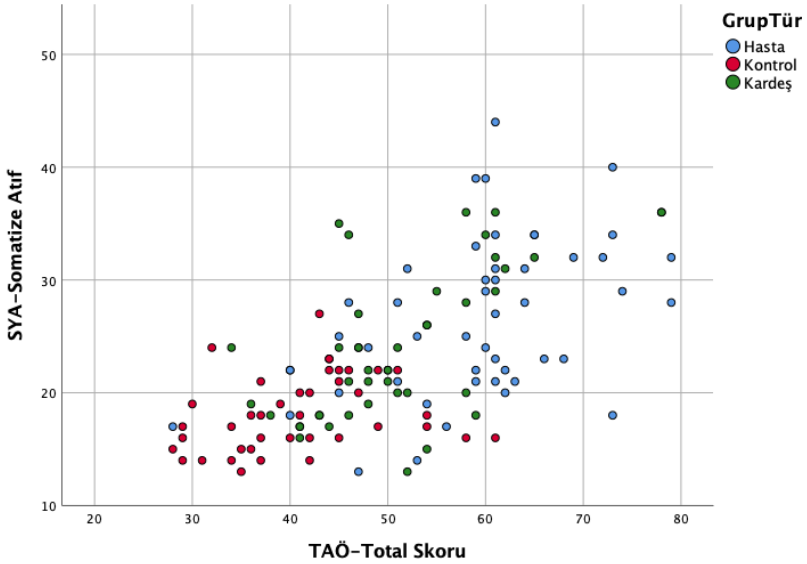
Toplam puanı arasında da güçlü bir pozitif ilişki bulunmuştur (r=0,644, p<0,01) (Tablo 11).

Tablo 11: Katılımcıların KİDÖ, SYA ve TAÖ ölçekleri arasındaki ilişkiyi gösteren korelasyon analizi

Değişken	KİDÖ-Total	SYA-Psikolojize	SYA-Bedensel	SYA-Normalize	SYA-Belirti	TAÖ-A	TAÖ-B	TAÖ-C	TAÖ-Total
KİDÖ-Total	1.0	0.209*	0.349**	0.002	0.169	0.563**	0.511**	0.470**	0.644**
SYA-Psikolojize	0.209*	1.0	0.278**	0.226**	0.212*	0.321**	0.231**	0.155	0.300**
SYA-Bedensel	0.349**	0.278**	1.0	0.086	0.305**	0.627**	0.508**	0.383**	0.636**
SYA-Normalize	0.002	0.226**	0.086	1.0	-0.107	-0.060	-0.144	-0.042	-0.097
SYA-Belirti	0.169	0.212*	0.305**	-0.107	1.0	0.404**	0.324**	0.248**	0.408**
TAÖ-A	0.563**	0.321**	0.627**	-0.060	0.404**	1.0	0.668**	0.427**	0.897**
TAÖ-B	0.511**	0.231*	0.508**	-0.144	0.324**	0.668**	1.0	0.365**	0.819**
TAÖ-C	0.470**	0.155	0.383**	-0.042	0.248**	0.427**	0.365**	1.0	0.711**
TAÖ-Total	0.644**	0.300**	0.636**	-0.097	0.408**	0.897**	0.819**	0.711**	1.0

*p<0,05, **p<0,01, KİDÖ: Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği, SYA: Semptom Yorumlama Anketi, TAÖ: Toronto Aleksitimi Ölçeği, TAÖ-A: Duyguları Tanıma Alt Ölçeği, TAÖ-B: Duyguları İfade Etme Alt Ölçeği, TAÖ-C: Dış Odaklı Düşünme Alt Ölçeği, TAÖ-Total: Toronto Aleksitimi Ölçeği Total Skoru

SYA-Bedensel Atıf, TAÖ-20 alt boyutları olan TAÖ-A (r=0,627, p<0,01), TAÖ-B (r=0,508, p<0,01) ve TAÖ-C (r=0,383, p<0,01) ile anlamlı pozitif ilişkiler göstermiştir. Ayrıca, SYA-Bedensel Atıf ile TAÖ-20 Toplam puanı arasında da anlamlı bir ilişki bulunmuştur (r=0,636, p<0,01).



Şekil 2: TAÖ toplam skorları ile SYA-Bedensel atıf alt boyutu skorlarının gruplara göre dağılımı

Grafikte, Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ) toplam skorları ile Semptom Yorumlama Alanları (SYA)-Bedensel Atıf alt boyutu skorlarının, hasta, kontrol ve kardeş gruplarına göre dağılımı incelenmiştir. Sonuçlar, aleksitimi düzeyi ile bedensel atıf eğilimi arasında anlamlı bir pozitif ilişki olduğunu ortaya koymaktadır (Grafik 1). SYA-Belirti Sayısı, TAÖ-20'nin TAÖ-A ($r=0,404$, $p<0,01$), TAÖ-B ($r=0,324$, $p<0,01$) ve TAÖ-C ($r=0,248$, $p<0,01$) alt boyutları ile pozitif ilişkilere sahip olmasının yanı sıra, TAÖ-20 Toplam puanı ile de anlamlı bir ilişki göstermiştir ($r=0,408$, $p<0,01$). Öte yandan, SYA-Normalize Etme puanları ile diğer değişkenler arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Bu bulgu, normalize etme stratejisinin diğer semptom yorumlama alanları ve duygusal işleme zorlukları ile ilişkisiz olduğunu düşündürmektedir.

TAÖ-20 Toplam puanı, KİDÖ-Total ($r=0,644$, $p<0,01$), SYA-Bedensel Atıf ($r=0,636$, $p<0,01$) ve SYA-Belirti Sayısı ($r=0,408$, $p<0,01$) ile güçlü pozitif ilişkilere sahiptir. (Tablo 11)

4.12. HASTA GRUBUNDA PANSS ALT ÖLÇEKLERİ İLE KİDÖ, SYA VE TAÖ ÖLÇEKLERİ ARASINDAKİ KORELASYON ANALİZİ

Şizofreni tanılı hasta grubunda Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS) alt ölçek puanları ile Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği (KİDÖ), Semptom Yorumlama Anketi (SYA) ve Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20) arasındaki ilişkiler korelasyon analiziyle değerlendirilmiştir.

PANSS Pozitif alt ölçeği, yalnızca KİDÖ-Total puanı ile anlamlı bir pozitif ilişki göstermiştir (r=0,360, p<0,01) ancak, SYA ve TAÖ-20 alt boyutları ile PANSS Pozitif arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. PANSS Negatif alt ölçeği, KİDÖ-Total ile güçlü bir pozitif ilişki göstermiştir (r=0,723, p<0,01). Ayrıca, PANSS Negatif ile TAÖ-B (Duyguları İfade Etme Zorluğu) (r=0,546, p<0,01) ve TAÖ-20 Toplam (r=0,459, p<0,01) arasında anlamlı pozitif ilişkiler gözlenmiştir.

Tablo 12: Hasta Grubunda PANSS Alt Ölçekleri ile KİDÖ, SYA ve TAÖ Ölçekleri Arasındaki Korelasyon Analizi

	KİDÖ-Total	**SYA-Psikolojize**	**SYA-Bedensel**	**SYA-Normalize**	**SYA-Belirti**	**TAÖ-A**	**TAÖ-B**	**TAÖ-C**	**TAÖ-Total**
PANSS Poz	0.360**	0.169	-0.035	-0.095	0.053	0.232	0.176	0.073	0.203
PANSS Neg	0.723**	0.115	0.007	-0.210	0.063	0.276*	0.546**	0.155	0.459**
PANSS GP	0.342*	0.079	-0.082	-0.204	-0.210	0.166	0.010	-0.136	0.051
PANSS Total	0.886**	0.236**	0.418**	0.114	0.139	0.486**	0.431**	0.535**	0.585**

*p<0,05, **p<0,01, PANSS: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği, PANSS poz: pozitif alt ölçek, PANSS Neg: negatif alt ölçek, PANSS GP: Genel psikopatoloji alt ölçeği, KİDÖ: Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği, SYA: Semptom Yorumlama Anketi, TAÖ: Toronto Aleksitimi Ölçeği, TAÖ A: Duyguları Tanıma Alt Ölçeği, TAÖ-B: Duyguları İfade Etme Alt Ölçeği, TAÖ-C: Dış Odaklı Düşünme Alt Ölçeği, TAÖ-Total: Toronto Aleksitimi Ölçeği Total Skoru

PANSS Genel Psikopatoloji alt ölçeği, KİDÖ-Total ile pozitif bir ilişki göstermiştir (r=0,342, p<0,05). Ancak SYA ve TAÖ-20 alt boyutlarıyla ilişkileri istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. PANSS Toplam puanı, KİDÖ-Total (r=0,886, p<0,01) ve SYA- Bedensel Atıf (r=0,418, p<0,01) ile pozitif ve anlamlı ilişkiler sergilemiştir. Ayrıca, PANSS Toplam puanı, TAÖ-20'nin TAÖ-A (Duyguları Tanıma Zorluğu) (r=0,486, p<0,01), TAÖ-B (r=0,431, p<0,01), TAÖ-C (Dış Odaklı Düşünme) (r=0,535, p<0,01) ve TAÖ-20 Toplam puanı (r=0,585, p<0,01) ile anlamlı pozitif ilişkilere sahiptir. Bu bulgular, klinik semptomların genel şiddeti arttıkça hem

işlevsellikteki bozulmanın hem de duygusal işleme zorluklarının arttığını göstermektedir. (Tablo 12)

4.13. TÜM KATILIMCILARDA ALEKSİTİMİ DÜZEYLERİNİ YORDAYAN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİNE YÖNELİK LİNEER REGRESYON ANALİZİ

Çalışmamızda tüm katılımcıların aleksitimi düzeylerini yordayan faktörlerin belirlenmesi amacıyla çoklu lineer regresyon analizi gerçekleştirilmiştir. Bağımlı değişken olarak TAÖ-Total skoru kullanılmıştır. Regresyon modeline bağımsız değişkenler olarak yaş, cinsiyet, eğitim süresi, Beck Depresyon Puanı, SYA-Psikolojize, SYA-Bedensel ve SYA-Normalize dahil edilmiştir.

Tüm bağımsız değişkenlerin birlikte modele dahil edildiği doğrusal regresyon modelinin, TAÖ toplam puanını anlamlı düzeyde yordadığı belirlenmiştir ($F(7,124)=20.399$, $p <0.001$). Modelde, TAÖ-Total skorundaki varyansın %53,5'inin açıklandığı gözlenmiştir ($R^2 = 0.535$).

Analiz sonucunda, SYA-Bedensel değişkeninin aleksitimi düzeyini pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yordadığı belirlenmiştir ($\beta = 0.539$, $p <0.001$). Ayrıca, eğitim süresi ($\beta =-0.173$, $p = 0.013$), Beck Depresyon Puanı ($\beta = 0.185$, $p = 0.012$) ve SYA-Normalize ($\beta =-0.176$, $p = 0.012$) değişkenlerinin de TAÖ-Total skorunu anlamlı düzeyde yordadığı saptanmıştır.

SYA-Bedensel ve **Beck Depresyon Ölçek skoru pozitif** yönde yordarken; **eğitim süresi** ve **SYA-Normalize skoru negatif** yönde anlamlı düzeyde yordamaktadır. Diğer değişkenlerin (yaş, cinsiyet, SYA-Psikolojize) ise anlamlı bir etkisi bulunmamıştır.

Tablo 13: Tüm katılımcıların dahil edildiği aleksitimi düzeylerini yordayan faktörlerin belirlenmesi için lineer regresyon analizi

Bağımsız Değişken	B	Standart Hata	Beta	t	Anlamlılık (p)	95% Güven Aralığı
Eğitim Süresi	-0.609	0.242	-0.173	-2.515	**0.013**	-1.089 - -0.130
Yaş	-0.128	0.094	-0.096	-1.358	0.177	-0.314 - 0.059
Cinsiyet	-2.359	1.551	-0.097	-1.521	0.131	-5.430 - 0.711
Beck Depresyon	0.395	0.154	0.185	2.558	**0.012**	0.089 - 0.701
SYA-Psikolojize	0.204	0.128	0.111	1.599	0.112	-0.049 - 0.456
SYA-Bedensel	0.938	0.122	0.539	7.696	**<0.001**	0.696 - 1.179
SYA-Normalize	-0.383	0.150	-0.176	-2.554	**0.012**	-0.680 - -0.086
$R = ,732$, $R^2 = ,535$, $R^2_{adj} = ,509$, F (7,124) = 20,399, $p<0,001$ Bağımlı Değişken: TAÖ-Total Skoru						

4.14. ŞİZOFRENİ TANILI HASTALARDA ALEKSİTİMİ DÜZEYLERİNİ YORDAYAN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİNE YÖNELİK LİNEER REGRESYON ANALİZİ

Çalışmamızda şizofreni tanılı bireylerde aleksitimi düzeylerini yordayan faktörlerin belirlenmesi amacıyla çoklu lineer regresyon analizi gerçekleştirilmiştir. Bağımlı değişken olarak **TAÖ-Total skoru** kullanılmıştır. Regresyon modelinde bağımsız değişkenler olarak **yaş, cinsiyet, eğitim süresi, PANSS Negatif Puanı, Beck Depresyon Puanı, SYA-Psikolojize, SYA-Bedensel ve SYA-Normalize** yer almıştır. Tüm bağımsız değişkenlerin birlikte modele dâhil edildiği doğrusal regresyon modelinin; TAÖ toplam puanını anlamlı düzeyde yordadığı belirlendi [F (8,42)= 5,625, p<.01]. Modelde, RHİDÖ toplam puanındaki varyansın %42,5'I açıklanmaktadır (R^2 = .425). Analiz sonucunda şizofreni tanılı hastalarda bedensel belirtileri bedensel atıfla yorumlamanın aleksitimi düzeyini istatiksel olarak anlamlı düzeyde pozitif yönlü yordadığı tespit edilmiştir (β= 0,411, p= 0,001) (Tablo 14).

Tablo 14: Şizofreni tanılı hastalarda aleksitimi düzeylerini yordayan faktörlerin belirlenmesi için lineer regresyon analizi

Bağımsız Değişken	B	Standart Hata	Beta	t	Anlamlılık (p)	95% Güven Aralığı
Eğitim Süresi	-0.539	0.429	-0.152	-1.257	0.216	-1.405 - 0.326
Yaş	-0.081	0.153	-0.071	-0.525	0.602	-0.390 - 0.229
Cinsiyet	1.679	3.089	0.066	0.544	0.590	-4.554 - 7.912
PANSS Negatif	0.404	0.323	0.154	1.249	0.218	-0.248 - 1.056
Beck Depresyon	0.404	0.264	0.224	1.532	0.133	-0.128 - 0.937
SYA-Psikolojize	0.119	0.159	0.086	0.744	0.461	-0.203 - 0.440
SYA-Bedensel	0.609	0.173	0.411	3.530	**0.001**	0.261 - 0.957
SYA-Normalize	-0.571	0.324	-0.256	-1.760	0.086	-1.225 - 0.084
$R = ,719\ R^2 = ,517\ R^2_{adj} = ,425,\ F(8,42) = 5,625,\ p<0,001$ Bağımlı Değişken: TAÖ-Total Skoru						

5. TARTIŞMA

Çalışmamıza, 53 şizofreni tanısı alan hasta, herhangi bir psikiyatrik bozukluk tanısı almamış kardeşi şizofreni tanısı ile izlenen 39 birey ve kontrol grubunu oluşturan 40 sağlıklı birey dahil edilmiştir. Şizofreni tanılı hastalar, onların birinci derece akrabaları olan kardeşleri ve sağlıklı bireylerden oluşan kontrol grubu, Kişilerarası İlişki Düzeyi Ölçeği (KİDÖ), Semptom Yorumlama Anketi (SYA) ve Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ) kullanılarak değerlendirilmiş ve gruplar arasında bu ölçümler açısından farklılıklar incelenmiştir. Araştırma, şizofreni tanılı hastalar ve kardeşlerinin semptom yorumlama biçimleri ve aleksitimi düzeylerinin sağlıklı bireylerle karşılaştırıldığında nasıl bir farklılık gösterdiğini belirlemeyi ve bu özelliklerin kalıtsal bir yatkınlık göstergesi, yani potansiyel bir endofenotip olup olmadığını araştırmayı amaçlamaktadır. Çalışmamızın sonuçlarına genel olarak bakıldığında hipotezlerimizi destekleyen bulgular mevcuttur.

Çalışmamızda şizofreni tanılı hastalar ve kardeşlerinde total TAÖ skorları sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı ölçüde yüksek saptanmıştır, her TAÖ'nün her 3 alt ölçeğinde de hastalar ve sağlıklı kardeşlerinde kontrol grubuna göre anlamlı bir yükseklik saptanmıştır. Literatürde 43 şizofreni tanılı hasta, 32 sağlıklı kardeşi ve 44 sağlıklı kontrolün dahil edildiği bir çalışmada bizim bulgularımızı destekleyen sonuçlar çıkmıştır. Çalışmada hasta ve kardeş grubunun kontrol grubuna göre daha yüksek aleksitimi skorlarına sahip olduğu gösterilmiştir. Aynı çalışmada erkek hastaların ve erkek kardeşlerin kadınlara göre daha yüksek aleksitimi düzeyine sahip oldukları gösterilmiştir. Bizim çalışmamızda ise erkek kardeşlerde TAÖ-Total puanı kadın kardeşlere göre daha yüksek olmakla birlikte bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmadığı saptanmıştır. TAÖ-C alt ölçeğinde kadın kardeşlerin erkek kardeşlere göre daha yüksek puan aldığı fakat farkın anlamlılık sınırında ($p=0,065$) olduğu görülmüştür. Japonya'da genel popülasyon ve psikosomatik rahatsızlıkları olan klinik örneklemde yapılan bir çalışmada TAÖ-C alt ölçeğinde erkeklerin kadınlardan daha yüksek puan aldığı gözlenmiştir, bu bulgu bizim çalışmamızla çelişmektedir. Yukarıda bahsettiğimiz kardeş çalışmasında araştırmacılar aleksitimiyi ölçmek için

Bermond-Vorst Aleksitimi Anketi'ni (BVAQ) kullanmıştır. Farklı bir ölçek kullanarak bu bulguları doğrulamamız önemli görünmektedir. Bizimle aynı ölçeği (TAÖ) kullanarak yapılan bir başka çalışmada şizofreni hastalarında duyguları tanıma ve ifade etme alt ölçeklerinin puanının yüksek saptanması da çalışmamız bulgularıyla uyumludur (10,11). Kardeşlerde ve hastalarda aleksitimi düzeyinin yüksek olması hastalığın kişide klinik olarak prezente olmasından veya ilaç kullanımından ziyade şizofreninin doğasına özgü bir özellik olarak yorumlanmıştır (5). Çin'de yapılan paranoid şizofreni tanılı 60 hasta ve 60 sağlıklı kontrol grubunun incelendiği çalışmada hastalarda aleksitimi düzeyinin şizofreni tanılı hastalarda daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Aynı çalışmada şizofrenide kişilik özellikleri ve aleksitimi arasındaki ilişkiler incelenmiş; hasta grubunda histriyonik özelliklerin aleksitiminin dış odaklı düşünme alt boyutuyla, antisosyal özelliklerin ise duyguları tanıma zorluğu ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. (106)

Aleksitiminin ailesel yönleri üzerine dair birçok çalışma mevcuttur. Yapılan bir ikiz çalışmasında aleksitiminin duyguları tanıma ve duyguları ifade etme bileşeninin paylaşılan çevresel faktörlerden; dışa dönük düşünme bileşeninin ise genetik faktörlerden etkilendiği ileri sürülmüştür (14). Ayrıca annelerinin bakımını düşük olarak algılayan yetişkinlerde aleksitimi düzeyleri ile ve özellikle duyguları ifade etme alt boyutuyla ilişkili bulunmuştur (107). Psikoz hastalarının kardeşlerinin incelendiği bir başka çalışmada hastaların kardeşlerinde işlevsellikte azalma, sosyal izolasyon, duygusal yük gibi sorunlar olduğu gözlenmiştir (108). Bu durum hastalığın genetik temelli eşik altı belirtilerle ilişkili olabileceği gibi hasta bireylerle bir arada olmanın getirdiği zorluklarla da ilişkili olabilir.

Bizim çalışmamızda hasta grubunda aleksitimik katılımcıların oranı %54,7 ile en yüksek düzeyde bulunurken kardeş grubunda aleksitimik oranı %17,9 kontrol grubunda ise bu oran %2,5 olarak saptanmıştır. Aleksitimik olmayan gruba bakıldığında ise kontrol grubunda %97,5 oranında aleksitimik olmayan birey olduğu görülmüş, kardeş grubunda bu oran %82,1 ve hasta grubunda %45,3 olarak saptanmıştır. Bu bulgular hipotezimizde öngördüğümüz gibi aleksitimi düzeyinin hastalarda ve sağlıklı kardeşlerinde kontrol grubuna göre yüksek olduğu ve kardeş

grubunun hasta ve kontrol grupları arasında bir yerde olduğu görüşünü desteklemektedir. Bu durumun aleksitiminin endofenotip olarak değerlendirilmesi fikrine katkı sağladığı düşünülebilir. Bizim çalışmamızda da aleksitiminin hastalarda ve kardeşlerinde sağlıklı kontrol grubuna göre yüksek düzeyde olması ailesel faktörlerin aleksitimi düzeyine katkıda bulunduğunu gösteren literatürle uyumludur.(107,109,110)

Çalışmamızda şizofreni tanılı hastalarda TAÖ'nün alt ölçekleri olan duyguları tanıma, ifade etme ve dış odaklı düşünme alt boyutlarındaki zorlukların hastalığın negatif semptomları ile anlamlı bir pozitif korelasyon gösterdiğini tespit ettik. Literatürdeki bazı çalışmalarda aleksitimi ve negatif semptomlar arasında ilişki olmadığı, birbirinden ayrı fenomenler olduğu ileri sürülmüştür, bizim bulgularımız bu çalışmalarla çelişir görünmektedir (9,111). Gross ve arkadaşlarının çalışmaları ise duyguları yeniden düzenleme ve işleme yerine bastırmayı kullanan bireylerin daha kötü sosyal ve kişilerarası işlevselliğe sahip olduğunu ortaya koymuştur.(112,113)

689 şizofreni tanılı hasta ile yapılan bir çalışmada hastalar TAÖ ve PANSS ile değerlendirilmiştir. Aleksitiminin farklı alt boyutlarının şizofreni tanılı hastalarda bilişsel bozulma ile negatif semptomlar arasında aracı değişken rolü oynadığı tespit edilmiştir. (114) Bizim çalışmamızda ise PANSS Negatif skorları ile -TAÖ-B'de daha fazla olmak üzere- TAÖ-A (duyguları tanımada zorluk) ve TAÖ-B (duyguları ifade etmede zorluk) skorları arasında güçlü pozitif korelasyon saptanmıştır, çalışmamızda PANSS Negatif skoru ile TAÖ-C (dış odaklı düşünme) alt boyutu arasındaki ilişki ise istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. TAÖ'nün alt ölçeklerinin negatif belirtilerle farklı düzeyde ilişkisi olduğu Huo L. Ve ark'nın 2023 yılında yaptığı çalışma bulguları ile uyumludur. (114) Huo L. ve ark çalışmasında da bizim çalışmamıza benzer şekilde negatif belirtiler ile duyguları tanımada zorluk ve duyguları ifade etmede zorluk alt ölçekleri ile anlamlı dış odaklı düşünme ile ise daha düşük düzeyde anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamızda çıkan bu sonuç dış odaklı düşünme alt ölçeğinin (TAÖ-C) diğer iki alt ölçekten farklı olarak emosyonel bir yetersizlikten ziyade içsel duygular yerine dışsal faktörlere odaklı düşünme biçimiyle ilişkili olmasından kaynaklandığı düşünülmüştür. Bunun yanı sıra Huo L. ve ark.

çalışmasında bu sonuç dış odaklı düşünmenin kültürel bağlam ile açıklanabilecek bir belirti olup Çin toplumunun bireysel değil daha kolektif bir sosyal yapının varlığıyla açıklanabileceğini belirtmişlerdir. Bu yorumun ülkemiz örneklemi açısından da geçerli olabileceği düşünülmüştür. Bucci ve Galderisi yaptıkları çalışmada, şizofrenide negatif semptomları ifade kısıtlılığı ve avolüsyon olmak üzere iki temel boyutta sınıflandırıp bu boyutların aleksitimiyle ilişkisine dair daha kapsamlı araştırmaların gerekliliğini belirtmişlerdir.(115)

Çalışmamızda şizofreni hastalarını aleksitimik olanlar ve olmayanlar olarak grupladığımızda aleksitimik şizofreni hastalarının Beck Depresyon, PANSS Negatif ve PANSS Total puanlarında anlamlı derecede yükseklik olduğunu ve aleksitimik şizofreni hastalarında işlevselliğin anlamlı ölçüde kötü olduğunu saptadık. Çalışmamızın en dikkat çekici bulgularından biri, aleksitimik bireylerin duyguları tanıma ve ifade etmede yaşadıkları güçlüklerin, kişilerarası ilişkilerde bozulmalara ve sosyal geri çekilme ile motivasyon kaybı gibi sorunlara yol açtığını göstermesidir. Aleksitiminin bu özellikleri, şizofreni hastalarında sıkça gözlemlenen sosyal içe çekilme, ilişki kurma güçlüğü ve motivasyon eksikliği gibi negatif semptomlarla örtüşmektedir. Şizofreni hastalarında yüksek aleksitimi düzeyinin negatif semptomlarla birlikte seyredebiliyor oluşu, negatif semptomların tedavisinde aleksitimiye özel dikkat gösterilmesi gerektiğini düşündürmektedir. Özellikle tedaviye dirençli negatif semptomların yönetiminde, duyguları tanıma ve ifade etme gibi duygu odaklı psikoterapötik müdahaleler önemli olabilir. (5,116,117) Bu bağlamda, aleksitimiye yönelik hedefli yaklaşımların, şizofreni tedavisinde daha etkili bir sonuç elde edilmesine katkı sağlayabileceği düşünülmektedir. Aleksitimi, duygu işleme temelli müdahaleler ve psikoterapötik tekniklere hızlı yanıt vermektedir. (118) Diyalektik davranış terapisi temelli müdahalelerin de aleksitimiye iyi geldiği, duyguları tanımlama konusunda yardımcı olduğu belirtilmiştir. (119) Çocukluk çağı travması öyküsü olan kadınlarla yapılan travma terapilerinin seyrini inceleyen bir çalışmada aleksitimideki iyileşmeler ile travmaya özgü semptomların iyileşmesi arasında anlamlı pozitif ilişkiler saptanmıştır. (120) Bu nedenle, duyguları tanımlama ve düzenlemeye odaklanan yaklaşımlar yüksek aleksitimi düzeyine sahip şizofreni

tanılı hastaların duygusal işleme becerilerini geliştirmek ve tedavi sonuçlarını optimize etmek için etkili bir yaklaşım olabilir.

Çalışmamızda PANSS Total skoru ile aleksitimi düzeyi arasında yüksek derecede anlamlı pozitif korelasyon saptanmıştır. Bu durum, şizofrenide aleksitimi düzeyinin hastalığın semptomlarının şiddetiyle ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Gaveda ve Krezolek 2019 yılında yaptıkları çalışmada aleksitiminin varsanıların şiddeti ile ilişkili, sanrıların şiddeti ile ilişkisiz olduğunu ve geçmişte daha çok psikotik semptom yaşayan hastaların aleksitimi düzeyinin daha yüksek olduğunu göstermişlerdir.(121) Bir başka çalışmada ise duygusal farkındalık düzeyi düşük olan şizofreni hastalarında halüsinasyonların daha şiddetli olduğu gösterilmiştir. Bizim çalışmamızda ise PANSS Pozitif skoru ile TAÖ'nin alt ölçekleri ve total skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır. Bu yönden bulgularımız literatürle uyumluyken PANSS Pozitif ve Negatif puanları ile aleksitimi arasında ilişki olmadığını gösteren çalışmalar da bulunmaktadır.(111,122) Sonuç olarak, negatif semptomların işlevsellik bozukluğu ve aleksitimi düzeyi üzerindeki etkisinin pozitif semptomlardan daha belirgin olduğu görülmüştür, PANSS toplam puanının hem KİDÖ hem de TAÖ-20 skorları ile olan güçlü ilişkisi, semptom şiddetinin genel işlevsellik ve duygusal işleme süreçlerini doğrudan etkilediğini ortaya koymaktadır. Bu sonuçlar, şizofreni hastalarında duygusal işleme ve işlevsellik sorunlarının semptom şiddetiyle yakından ilişkili olduğunu ve bu alanlarda yapılacak müdahalelerin önemini vurgulamaktadır.

Çalışmamızda her üç grubu işlevsellik açısından KİDÖ (Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği) ile değerlendirdik. KİDÖ, işlevselliği özerklik, mesleki, bilişsel, mali, kişilerarası ve boş zaman etkinlikleri alt boyutları ile değerlendiren bir ölçektir, yüksek skorlar düşük işlevselliği gösterir. Çalışmamızda hasta grubunun kardeş ve kontrol grubuna göre tüm alt ölçeklerde ve totalde yüksek puan aldığı ve düşük işlevsellik gösterdiği ve bu bulguların anlamlı olduğu saptanmıştır.

Özerklik eksikliği, şizofreni hastalarının sosyal ve mesleki işlevselliğini olumsuz etkileyen temel faktörlerden biridir. Özellikle günlük yaşam aktivitelerinin

sürdürülmesinde ve kişisel sorumlulukların yerine getirilmesinde yaşanan bu güçlükler, hastaların yaşam kalitesini düşürmekte ve toplumdan izole olmalarına yol açmaktadır. Şizofreni hastalarının iş bulma, işte kalma ve mesleki başarı sağlama konusunda ciddi zorluklar yaşadığı bilinmektedir. Mesleki işlevsellikteki bozulmalar, hastaların ekonomik bağımsızlıklarını kaybetmelerine ve ekonomik anlamda ailelerine bağımlı hale gelmelerine neden olmaktadır. İstihdamın ağır ruhsal hastalığı olan bireylerde öz saygıya olumlu etki ettiğini gösteren çalışmalar mevcuttur.(123,124)

Çalışmamız bulgularında mesleki işlevselliğin yanı sıra mali konular ve finansal beceriler yönünden de hastalarda belirgin bir işlev kaybı görülmektedir. Araştırmacılar şizofreni hastalarının finansal kapasitelerinin düşük olduğunu göstermişlerdir. Bu nedenle, şizofreni hastalarına yönelik rehabilitasyon programlarının finansal yönetim becerilerini geliştirmeyi hedef alan eğitimleri de içermesi önerilmektedir.

Şizofreni, yıllardır süregelen farmakolojik ve psikososyal müdahalelere rağmen, halen dünyada en yaygın engellilik nedenlerinden biri olarak kabul edilmektedir. Hastalık, etkilediği bireylerde yaşam boyu süren çok yönlü işlevsel bozukluklara yol açmakta ve bireylerin sosyal, mesleki ve bağımsız yaşam becerilerini olumsuz etkilemektedir.(125) Özellikle genç ve orta yaş grubundaki bireylerde bu işlev kayıplarının daha belirgin olduğu, hatta psikotik semptomları kontrol altına alınmış hastalarda bile rezidüel semptomların devam ettiği gözlemlenmiştir. Şizofreninin genellikle genç ve orta yaş döneminde başlaması, bireylerin eğitim, meslek edinme ve evlenme gibi yaşamın önemli fırsatlarını değerlendirme sürecinde hastalığa yakalanmalarına yol açmakta ve bu durum, işlevselliklerinin önemli ölçüde etkilenmesine neden olabilmektedir. 1950'lerden 1980'lere kadar süren antipsikotik tedavi döneminde, şizofreni hastalarında işlevsellik düzeyinde kayda değer bir iyileşme görülmediği belirtilmektedir. Ayrıca, bağımsız yaşam koşullarına sahip olan veya olmayan ayaktan tedavi gören hastalar arasında yaygın işlevsel yetersizlikler rapor edilmiştir. Literatürde, şizofrenide işlevsel sonuçların iyileşmemesinin temel nedenlerinden biri olarak, hastalığın işlevsellik düzeyiyle en güçlü ilişkiye sahip olan bilişsel bozukluklar ve negatif semptomların tedavisindeki yetersizlik

gösterilmektedir. Özellikle bu iki semptom grubunun, hastaların sosyal uyum, kişilerarası ilişkiler ve günlük yaşam becerilerini doğrudan etkilediği ve bu alanlarda ilerleme kaydedilmesinin sınırlı kaldığı vurgulanmaktadır.(126–132)

Aleksitimi, şizofreni hastalarında duygusal farkındalık eksikliği ve sosyal etkileşim zorlukları ile ilişkilendirilmiştir. Özellikle negatif semptomlar ile aleksitimi arasında güçlü bir korelasyon olduğu bildirilmiştir(5). Negatif semptomlar, hastaların günlük yaşam aktivitelerini sürdürme, mesleki rollerini yerine getirme ve kişilerarası ilişkiler kurma kapasitelerini olumsuz etkileyerek işlevsellikte ciddi bir azalmaya yol açar. Aleksitiminin bu süreçteki rolü, bireyin kendi duygusal durumlarını anlamlandırma ve başkalarıyla empati kurma yeteneğini sınırlaması şeklinde açıklanabilir. Çin'de 2023 yılında gerçekleştirilen bir araştırma, şizofreni tanısı almış bireyler arasında yüksek aleksitimi düzeyine sahip olanların, aleksitimik olmayan şizofreni tanılı hastalara kıyasla daha belirgin negatif semptomlar sergilediğini, daha düşük nörokognitif işlevselliğe sahip olduğunu ve empati düzeylerinin daha düşük olduğunu ortaya koymuştur (133). Ayrıca, aleksitiminin kognitif işlevlerle de ilişkili olduğu gözlemlenmiştir; duyguları tanıma ve işleme kapasitesindeki eksiklik, problem çözme ve karar verme gibi yönetici işlevleri olumsuz etkileyebilir (11). Ospina ve ark'nın bipoalr bozukluk ve şizofreni tanılı hastalarda yaptığı bir çalışmada yüksek aleksitimi düzeylerinin bozuk işlevselliği öngördüğü saptanmıştır (134).

Nörogörüntüleme araştırmaları, yüksek aleksitimi düzeyine sahip şizofreni hastalarının anterior singulat korteks ve prefrontal korteks aktivitesinde azalma yaşadığını ortaya koymuştur (135). Ayrıca bir başka çalışmada bozulmuş beyaz cevher bütünlüğünün şizofrenide empati eksikliği ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (136). Yürütücü işlevler ve duygusal düzenleme süreçlerinde temel bir rol oynayan bu beyin bölgelerindeki aktivite düşüşü, aleksitimi ile işlevsellik arasındaki nörobiyolojik bağlantıyı destekleyen önemli bir bulgu olarak değerlendirilmektedir. Bizim çalışmamızda da aleksitimik hastalarda aleksitimik olmayan hastalara göre işlevselliğin daha bozuk olduğu ve bu farkın anlamlı olduğu göserilmiştir. Çalışmamızın bulguları bu açıdan yukarıda bahsettiğimiz literatür bulguları ile uyumludur. Bu bağlamda, aleksitiminin şizofrenideki işlevsellik üzerindeki etkisi hem

doğrudan hem de dolaylı yollarla ortaya çıkabilir. Doğrudan etki, duygusal ifade ve farkındalık eksikliğinin sosyal ve mesleki rolleri sürdürmeyi zorlaştırmasıdır. Dolaylı etki ise, aleksitiminin negatif semptomları şiddetlendirmesi ve bu semptomların işlevsel kayıplara yol açması şeklinde görülebilir.

Semptom Yorumlama Anketi, bireylerin bedensel belirtileri yorumlama biçimlerini ölçmeye yarayan bir ölçektir. Çalışmamızda her üç gruba SYA uyguladık. Yapılan korelasyon analizlerinde bedensel atfın aleksitimi düzeyi ile anlamlı şekilde pozitif korele olduğunu tespit ettik. TAÖ alt ölçeklerinde duyguları tanıma, duyguları ifade etme ve dışa dönük düşünme alt ölçek puanları ile bedensel atıf arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde pozitif yönlü korelasyon bulunmaktadır. SYA alt boyutlarına bakıldığında, özellikle psikolojize ve bedensel alt boyutlarında hasta grubunun kontrol grubuna kıyasla anlamlı derecede daha yüksek puanlara sahip olduğu görülmüştür. Bu durum, şizofreni tanılı hastaların bedensel semptomlarını psikolojik veya fiziksel faktörlerle açıklama eğilimlerinin kardeş ve kontrol gruba göre daha belirgin olduğunu göstermektedir. Danimarka'da yapılan bir çalışmada 1977-1993 yılları arasında doğan ve 2009 yılına kadar takip edilen 954.351 birey incelenmiş, takiplerde bu bireylerin 4371'i şizofreni tanısı almıştır. Şizofreni tanısı alan bireylerin %95,6'sında tanı almadan önce somatik nedenlerle hastane teması öyküsü olduğu saptanmıştır. Araştırmacılar önceden var olan somatik belirtilerin şizofreni riskinde artışla ilişkili olabileceğini öne sürmüştür.(89) Çalışmamızda SYA alt ölçeklerine baktığımızda kardeş ve kontrol grubu arasında sadece SYA-Bedensel alt ölçeğinde anlamlı fark olduğunu tespit ettik. Bu bulgu, bedensel belirtileri bedensel atıfla yorumlama eğiliminin, aleksitimi gibi, şizofreni tanılı hastaların sağlıklı kardeşlerinde kontrol grubuna kıyasla daha yüksek olduğunu ortaya koymaktadır. Bu sonuç, aleksitimi ile yakından ilişki bir kavram olduğu gösterilen bedensel yorumlama biçiminin de şizofrenide endofenotip olarak araştırılmasının gerekliliği göstermiştir.

Literatürde aleksitimi ve somatizasyon arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda farklı bulgular mevcuttur. Yüksek aleksitimi düzeyine sahip psikiyatrik hastaların somatik belirtilere ve somatizasyona daha yatkın olduğunu bildiren

çalışmalarla bizim çalışmamızın verileri uyumludur. (45,90,91,93–95) Somatizasyon ve aleksitimi arasında anlamlı ilişki olmadığını saptayan çalışmalar da mevcuttur.(96)

Aleksitimik bireyler, genellikle fiziksel duyumlarını yoğun ve rahatsız edici bir şekilde algılamaya daha yatkındır. Bu durumu açıklayan mekanizmalardan birisi somatosensoryal amplifikasyon adı verilen bir mekanizmadır. Somatosensoryel amplifikasyon, bireylerin olağan bedensel ve visseral duyumlarını aşırı derecede fark etme, bu duyumları rahatsız edici ve tehdit edici olarak algılama eğilimini tanımlayan bir kavramdır. Bu süreç, bireylerin fiziksel hislerini olduğundan daha yoğun ve anlamlı bir şekilde yorumlamalarına neden olarak, bedensel duyumlara karşı artan bir hassasiyet geliştirmelerine yol açar.(137) Özellikle kronik ağrı, fonksiyonel dispepsi ve depresyon gibi durumlarda somatosensoryal amplifikasyonun aleksitimi ile bağlantılı olduğu gösteren çalışmalar mevcuttur.(137–142)

Şizofreni tanılı hastalarda somatizasyon ve psikolojize etme eğilimlerinin yüksek olması, bu bireylerin duygusal problemlerini fark etme ve bu duyguları uygun bir şekilde ifade etme konusunda yetersizlik yaşadıklarını göstermektedir. Bu eğilime sahip bireylerin tıbbi hizmetlere gereksiz başvurma olasılıklarının yüksek olması, bireylerin sağlık sistemine bağımlılıkların artması ve yanlış tanılara ve tedavi süreçlerine yol açma riskinden dolayı somatizasyonun klinik önemi büyüktür. Kardeş grubunda da benzer eğilimlerin gözlemlenmesi, bu davranışların genetik yatkınlık veya ortak çevresel faktörlerle ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Bu bulgular hem şizofreni tanılı hastaların hem de birinci derece akrabalarının semptom yorumlama eğilimlerinin değerlendirilmesinin önemli olduğunu ortaya koymaktadır. Şizofreni hastalarında bedenselleştirme eğiliminin ve aleksitimi düzeyinin yüksek oluşu hastalığın klinik görünümlerini de etkileyebilir. Şizofreni hastalarındaki bu eğilim bedensel duyumların aşırı algılanmasından somatik atıflara hatta somatik hezeyanlara kadar geniş bir semptom spektrumuna neden olabilir. İlerleyen çalışmalarda somatizasyon, aleksitimi ve hezeyan içerikleri üzerine araştırmalar yapmak faydalı olabilir.

Çalışmamız kapsamında, tüm katılımcıların dahil edildiği regresyon analizi sonuçlarına göre, TAÖ toplam skorunu anlamlı şekilde yordayan bağımsız değişkenler arasında eğitim süresi, depresyon düzeyi, bedensel atıf eğilimi (SYA-Bedensel) ve normalize etme eğilimi (SYA-Normalize) yer almıştır. Sadece şizofreni tanılı hastaların dahil edildiği regresyon analizinde ise TAÖ Total skorunu yordayan tek değişken SYA-Bedensel skoru olmuştur. Bu bulgular, aleksitimi düzeylerini belirlemede bu faktörlerin önemli bir rol oynayabileceğini ve bu faktörlerin dikkate alınmasının aleksitiminin anlaşılması ve yönetilmesi açısından önemli olduğunu göstermektedir. Bunlar arasında SYA-Bedensel puanı ve Beck Depresyon puanı TAÖ Total skorunu pozitif yönde ve anlamlı olarak yordamıştır, eğitim süresi ve SYA-Normalize ise negatif yönde anlamlı şekilde yordamıştır. Eğitim süresindeki artışın aleksitimi düzeyinde azalma ile ilişkili olduğunun gösterilmesi eğitimin duygusal farkındalık ve duygu düzenleme süreçlerindeki olumlu etkisini destekler niteliktedir. Bu bulgularımız ayrıca depresyon ve aleksitimi ilişkisine dair veriler sunan önceki çalışmalarla benzerdir.(143–145) Yapılan bir başka çalışmada aleksitimi düzeyini yordayan faktörler olarak yaş, depresyon şiddeti, bedensel belirtileri bedensel yorumlama eğilimi ve somatik semptom bildirimi gösterilmiştir.(143) Bizim çalışmamızda ise SYA-Bedensel puanı ile BDÖ toplam puanı aleksitmi düzeyini pozitif ve anlamlı yönde; eğitim süresi ve SYA- Normalize atıf puanı negatif yönde anlamlı olarak yordamıştır. Finlandiya'da 1285 kişilik genel nüfusu temsil eden popülasyonda aleksitiminin yaygınlığını ve sosyodemografik değişkenlerle ilişkisini inceleyen bir çalışmada aleksitiminin ileri yaş, düşük eğitim düzeyi, erkek cinsiyeti ve düşük sosyoekonomik statü ile ilişkili olduğu gösterilmiştir.(146) Bizim çalışmamızın bulguları aleksitimi ile yaş ve erkek cinsiyet arasında anlamlı ilişki olduğunu gösteren çalışmaların bulgularıyla çelişmektedir.(146–149)

5.1. Çalışmamızın Kısıtlılıkları

Çalışmamızın örneklem büyüklüğü ve temsiliyet açısından bazı kısıtlılıkları söz konusudur. Çalışmamızda yalnızca remisyondaki şizofreni tanılı hastalar dahil edilmiş olup, hastalığın farklı evrelerinin semptom yorumlama biçimleri ve aleksitimi düzeyleri üzerine etkisi araştırılamamıştır. Ayrıca, örneklem tek bir merkezden

sağlandığı için elde edilen bulguların farklı demografik ve kültürel özelliklere sahip bireylere genellenebilirliği sınırlıdır.

Araştırmamız kesitsel bir tasarıma sahip olduğundan değişkenler arasındaki nedensel ilişkileri belirlemek mümkün olmamıştır. Özellikle aleksitimi düzeylerinin zaman içindeki değişimi ve negatif semptomlarla ilişkisi ancak uzunlamasına çalışmalar ile daha kapsamlı şekilde değerlendirilebilir. Gelecekte yapılacak izlem çalışmaları, aleksitiminin şizofreninin klinik seyri üzerindeki etkilerini daha net ortaya koyabilir.

Veri toplama sürecinde kullanılan özbildirim ölçekleri, çalışmamızın diğer bir sınırlılığıdır. Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20) ve Semptom Yorumlama Anketi (SYA) gibi öz-bildirim ölçekleri, bireylerin kendi algılarına dayalı yanıtlarını içermektedir. Bu tür ölçeklerde sosyal istenirlik yanlılığı, bilişsel bozulmalar ve içgörü eksikliği gibi faktörler yanıtları etkileyebilir. Özellikle şizofreni tanılı hastalarda içgörü düzeyindeki farklılıklar dikkate alındığında, çalışmamızın sonuçları, nöropsikolojik testler veya yapılandırılmış klinik görüşmeler gibi daha objektif yöntemlerle desteklenmelidir.

Çalışmamızda yer alan sağlıklı kontrol grubu bilinen herhangi bir psikiyatrik hastalığı olmayan bireylerden oluşmakta olup düşük düzeyde psikopatolojiye sahip bireylerin kontrol grubunda yer alma olasılığı tamamen dışlanamamıştır. Sağlıklı kardeş grubunun heterojen yapısı da bir diğer sınırlılık olarak değerlendirilebilir. Bu gruptaki bireylerin genetik yatkınlığa sahip olmaları nedeniyle şizofreni ile ilişkili endofenotipik özellikler taşıyabilecekleri düşünülmektedir. Ancak kardeşlerin çocukluk deneyimleri, aile içi ilişkileri ve stres faktörleri gibi değişkenler ayrıntılı şekilde değerlendirilmemiştir.

Kontrol grubu ve kardeş grubu arasında eğitim düzeyi ve çalışma durumu gibi parametreler eşitlenebilmiş olmasına karşın hasta ve kardeş grupları arasında bu parametreler arasındaki farklılık olması analiz sonuçlarını yorumlarken göz önünde bulundurulmalıdır.

Çalışmada kullanılan Semptom Yorumlama Anketi (SYA), bireylerin bedensel belirtileri psikolojik, somatik veya normalize etme biçiminde yorumlamalarını ölçmektedir. Ancak bedensel semptomlara yönelik atıfların kültürel faktörlerden etkilenebileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Bu nedenle, bulguların farklı kültürlerde tekrarlanması ve kültürel karşılaştırmaların yapılması gereklidir.

Sonuç olarak, bu çalışmanın bulguları şizofreni hastaları ve sağlıklı kardeşlerinde aleksitimi ve semptom yorumlama biçimlerine ilişkin önemli bilgiler sunmaktadır. Ancak yukarıda belirtilen sınırlılıklar göz önünde bulundurulduğunda, daha geniş örneklemli, uzunlamasına tasarlanmış ve çevresel faktörleri içeren ileri çalışmaların yapılması, bu alandaki bilgiyi derinleştirecektir

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma, şizofreni tanılı hastalarda ve hastaların sağlıklı kardeşlerinde aleksitimi, somatizasyon ve işlevsellik kayıplarını detaylı bir şekilde ortaya koymuştur. Elde edilen bulgular, aleksitiminin şizofreni tanılı hastalarda diğer semptom kümelerinden farklı bir boyut teşkil ettiğini ve bu açıdan bireylerin sosyal, mesleki ve bilişsel işlevselliklerini ciddi şekilde etkilediğini göstermektedir. Ayrıca aleksitimi ve somatizasyon eğiliminin yalnızca şizofreni tanılı hastalarda değil, sağlıklı kardeşlerinde de gözlenmesi, bu durumun şizofrenide endofenotip olabileceğini düşündürmektedir. Çalışmamız şizofreni ve aleksitimi arasındaki ilişkiyi anlamak ve bu doğrultuda etkili tedavi yaklaşımları geliştirmek için önemli ipuçları sunmaktadır. Çalışmamız, remisyondaki şizofreni tanılı hastalarda ve sağlıklı kardeşlerinde aleksitimi düzeylerini ortaya koymuştur. Gelecek araştırmalarda, hastalığın akut döneminde aleksitiminin hastalığa özgü yönlerinin incelenmesi, aleksitiminin olası bir endofenotip adayı olarak değerlendirilmesine yönelik daha kapsamlı bir tartışma zemini sağlayacaktır.

İlerleyen çalışmalarda, aleksitiminin biyolojik, genetik ve çevresel etkenlerle olan ilişkisi daha kapsamlı bir şekilde ele alınmalı ve bu faktörlerin hastalık sürecine etkileri detaylandırılmalıdır. Ayrıca, şizofreni tanılı bireyler ve aile üyeleri için psikososyal destek programlarının geliştirilmesi, bireylerin yaşam kalitesini artırırken, hastalık yükünün azaltılmasına da katkı sağlayabilir. Özellikle genetik risk taşıyan kardeşlerin erken dönemde değerlendirilmesi ve desteklenmesi, ileride gelişebilecek psikopatolojik durumların önlenmesinde kritik bir öneme sahiptir. Bu bağlamda, daha geniş katılımcı gruplarıyla ve uzun süreli izlem çalışmalarıyla yürütülecek araştırmalar, şizofreni ve aleksitimi arasındaki ilişkinin daha iyi anlaşılmasını sağlayacak ve bu alanda yeni müdahale yöntemlerinin geliştirilmesine olanak tanıyacaktır. Aleksitiminin şizofreni tanılı hastalarda bir tedavi hedefi olarak belirlenmesinin ve buna yönelik müdahele yöntemleri geliştirilmesi ve yaygınlaştırılmasının önemi de çalışmamızda ortaya konmuştur. Bu bulgular, aleksitimik bireylerin depresyon, negatif semptomlar ve işlevsellik açısından daha

olumsuz bir profilde olduğunu; semptom yorumlama açısından ise bedensel belirtileri özellikle bedensel şekilde yorumladıklarını ortaya koymaktadır.

Sonuç olarak, aleksitimi ve somatizasyon şizofrenide ve şizofreni tanılı hastaların kardeşlerinde önemli bir özellik olarak karşımıza çıkmaktadır. Şizofreni tanılı hastalara ve risk altındaki yakınlarına yönelik psikoterapötik müdahalelerin, duygusal farkındalık ve duygu düzenleme becerilerini geliştirmeyi hedeflemesi önerilmektedir.(5,116,117) Bu tür yaklaşımların bireylerin bedensel belirtilerini daha işlevsel bir şekilde yorumlamalarına ve bu semptomlara daha uygun tepkiler vermelerine katkı sağlayacağı açıktır. Bu bulgular aleksitimi ve belirtileri bedensel nedene dayandırma eğiliminin şizofrenide endofenotipi olma ihtimalini düşündürmektedir.

Gelecekteki çalışmalarda aleksitimiyi nörogörüntüleme ile belirleme çabaları ve bu bulguları daha geniş hasta ve kardeş örneklemlerinde tekrarlamak faydalı olacaktır. Endofenotiplerin tanımlanması, şizofreninin genetik ve nörobiyolojik temellerini anlamanın yanı sıra, erken teşhis ve önleyici müdahaleler için büyük bir potansiyel taşımaktadır.

7. KAYNAKLAR

1. Owen MJ, Sawa A, Mortensen PB. Schizophrenia. The Lancet [Internet]. 2016 Jul 2 [cited 2024 Mar 28];388(10039):86–97. Available from: http://www.thelancet.com/article/S0140673615011216/fulltext
2. Charlson FJ, Ferrari AJ, Santomauro DF, Diminic S, Stockings E, Scott JG, et al. Global Epidemiology and Burden of Schizophrenia: Findings From the Global Burden of Disease Study 2016. Schizophr Bull [Internet]. 2018 Oct 17 [cited 2024 May 11];44(6):1195. Available from: /pmc/articles/PMC6192504/
3. ULAŞ H, ELBİ H, Binbay T, Alptekin K. Türkiye'de psikoz epidemiyolojisi: Yaygınlık tahminleri ve başvuru oranları üzerine sistematik bir gözden geçirme. Türk Psikiyatri Dergisi [Internet]. 2011 [cited 2024 May 11];22(1):40–52. Available from: http://search/yayin/detay/115315
4. Sifneos PE. The prevalence of "alexithymic" characteristics in psychosomatic patients. Psychother Psychosom [Internet]. 1973 [cited 2024 Mar 28];22(2):255–62. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/4770536/
5. van 't Wout M, Aleman A, Bermond B, Kahn RS. No words for feelings: alexithymia in schizophrenia patients and first-degree relatives. Compr Psychiatry. 2007 Jan 1;48(1):27–33.
6. (PDF) Alexithymia and schizophrenic psychopathology [Internet]. [cited 2024 Mar 28]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/8396538_Alexithymia_and_schizophrenic_psychopathology
7. Taylor GJ, Parker JDA, Michael Bagby R, Acklin MW. Alexithymia and somatic complaints in psychiatric out-patients. J Psychosom Res [Internet]. 1992 [cited 2024 Apr 21];36(5):417–24. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1619582/
8. Mattila AK, Kronholm E, Jula A, Salminen JK, Koivisto AM, Mielonen RL, et al. Alexithymia and somatization in general population. Psychosom Med [Internet]. 2008 Jul [cited 2024 Apr 21];70(6):716–22. Available from: https://journals.lww.com/psychosomaticmedicine/fulltext/2008/07000/alexithymia_and_somatization_in_general_population.13.aspx
9. Todarello O, Porcelli P, Grilletti F, Bellomo A. Is alexithymia related to negative symptoms of schizophrenia? A preliminary longitudinal study. Psychopathology [Internet]. 2005 Nov [cited 2024 Apr 26];38(6):310–4. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16224204/
10. Stanghellini G, Ricca V. Alexithymia and schizophrenias. Psychopathology [Internet]. 1995 [cited 2024 Apr 21];28(5):263–72. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8559950/
11. Cedro A, Kokoszka A, Popiel A, Narkiewicz-Jodko W. Alexithymia in schizophrenia: an exploratory study. Psychol Rep [Internet]. 2001 [cited 2024 Apr 17];89(1):95–8. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11729558/
12. Yi Y, Huang Y, Jiang R, Chen Q, Yang M, Li H, et al. The percentage and clinical correlates of alexithymia in stable patients with schizophrenia. Eur

Arch Psychiatry Clin Neurosci [Internet]. 2023 Apr 1 [cited 2024 May 11];273(3):679. Available from: /pmc/articles/PMC10085932/
13. Shang ZX, Fang CQ, Lang XE, Zhang XY. Gender difference in association between clinical symptoms and alexithymia in chronic schizophrenia: A large sample study based on Chinese Han population. J Affect Disord. 2024 Jan 1;344:519–27.
14. Valera EM, Berenbaum H. A twin study of alexithymia. Psychother Psychosom [Internet]. 2001 [cited 2024 May 19];70(5):239–46. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11509893/
15. Andreasen NC, Carpenter WT, Kane JM, Lasser RA, Marder SR, Weinberger DR. Remission in schizophrenia: Proposed criteria and rationale for consensus. American Journal of Psychiatry [Internet]. 2005 Mar 1 [cited 2024 May 10];162(3):441–9. Available from: https://ajp.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ajp.162.3.441
16. Marder SR, Cannon TD. Schizophrenia. New England Journal of Medicine [Internet]. 2019 Oct 31 [cited 2024 Dec 1];381(18):1753–61. Available from: https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMra1808803
17. Fleischhacker WW, Arango C, Arteel P, Barnes TRE, Carpenter W, Duckworth K, et al. Schizophrenia--time to commit to policy change. Schizophr Bull [Internet]. 2014 [cited 2024 Dec 1];40 Suppl 3(Suppl 3). Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24778411/
18. Jablensky A. The diagnostic concept of schizophrenia: its history, evolution, and future prospects. Dialogues Clin Neurosci [Internet]. 2010 Sep 30 [cited 2024 Dec 1];12(3):271–87. Available from: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.31887/DCNS.2010.12.3/ajablensky
19. Janoutová J JPSO et al. Epidemiology and risk factors of schizophrenia. Neuro Endocrinol Lett. 2016;37(1):1-8. 2016;
20. Szkultecka-Dębek M, Walczak J, Augustyńska J, Miernik K, Stelmachowski J, Pieniążek I, et al. Epidemiology and Treatment Guidelines of Negative Symptoms in Schizo-phrenia in Central and Eastern Europe: A Literature Review. Clin Pract Epidemiol Ment Health [Internet]. 2015 Sep 24 [cited 2024 Dec 4];11(1):158. Available from: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4627386/
21. Saha S, Chant D, McGrath J. A systematic review of mortality in schizophrenia: is the differential mortality gap worsening over time? Arch Gen Psychiatry [Internet]. 2007 Oct [cited 2024 Dec 4];64(10):1123–31. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17909124/
22. Aleman A, Kahn RS, Selten JP. Sex differences in the risk of schizophrenia: evidence from meta-analysis. Arch Gen Psychiatry [Internet]. 2003 Jun 1 [cited 2024 Dec 4];60(6):565–71. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12796219/
23. Hennekens CH, Hennekens AR, Hollar D, Casey DE. Schizophrenia and increased risks of cardiovascular disease. Am Heart J [Internet]. 2005 Dec [cited 2024 Dec 4];150(6):1115–21. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16338246/
24. Butterworth RF. Excitatory neurons and schizophrenia. Lancet [Internet]. 1998 Nov 21 [cited 2024 Dec 4];352(9141):1643. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9853431/

25. Andreou D, Söderman E, Axelsson T, Sedvall GC, Terenius L, Agartz I, et al. Polymorphisms in genes implicated in dopamine, serotonin and noradrenalin metabolism suggest association with cerebrospinal fluid monoamine metabolite concentrations in psychosis. Behav Brain Funct [Internet]. 2014 Jul 29 [cited 2024 Dec 4];10(1). Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25073638/
26. Hosak L. New findings in the genetics of schizophrenia. World J Psychiatry [Internet]. 2013 [cited 2024 Dec 4];3(3):57. Available from: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3832862/
27. Morgan C, Fisher H. Environment and schizophrenia: environmental factors in schizophrenia: childhood trauma--a critical review. Schizophr Bull [Internet]. 2007 Jan [cited 2024 Dec 4];33(1):3–10. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17105965/
28. Zammit S, Allebeck P, Dalman C, Lundberg I, Hemmingson T, Owen MJ, et al. Paternal age and risk for schizophrenia. British Journal of Psychiatry. 2003 Nov;183(NOV.):405–8.
29. Boydell J. Risk factors for schizophrenia. Expert Rev Neurother [Internet]. 2001 [cited 2024 Dec 4];1(2):183–91. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19811030/
30. Martínez-Ortega JM, Carretero MD, Gutiérrez-Rojas L, Díaz-Atienza F, Jurado D, Gurpegui M. Winter birth excess in schizophrenia and in non-schizophrenic psychosis: sex and birth-cohort differences. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry [Internet]. 2011 Aug 15 [cited 2024 Dec 4];35(7):1780–4. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21782876/
31. Schwartz PJ. Season of birth in schizophrenia: a maternal-fetal chronobiological hypothesis. Med Hypotheses [Internet]. 2011 Jun [cited 2024 Dec 4];76(6):785–93. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21382670/
32. McGrath JJ, Eyles DW, Pedersen CB, Anderson C, Ko P, Burne TH, et al. Neonatal vitamin D status and risk of schizophrenia: a population-based case-control study. Arch Gen Psychiatry [Internet]. 2010 Sep [cited 2024 Dec 4];67(9):889–94. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20819982/
33. Szöke A, Charpeaud T, Galliot AM, Vilain J, Richard JR, Leboyer M, et al. Rural-urban variation in incidence of psychosis in France: a prospective epidemiologic study in two contrasted catchment areas. BMC Psychiatry [Internet]. 2014 Mar 17 [cited 2024 Dec 4];14(1). Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24636392/
34. Atkinson AJ, Colburn WA, DeGruttola VG, DeMets DL, Downing GJ, Hoth DF, et al. Biomarkers and surrogate endpoints: preferred definitions and conceptual framework. Clin Pharmacol Ther [Internet]. 2001 Jan 1 [cited 2024 Dec 8];69(3):89–95. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11240971/
35. Alhusaini S, Whelan CD, Sisodiya SM, Thompson PM. Quantitative magnetic resonance imaging traits as endophenotypes for genetic mapping in epilepsy. Neuroimage Clin. 2016 Feb 1;12:526–34.

36. Allen AJ, Griss ME, Folley BS, Hawkins KA, Pearlson GD. Endophenotypes in schizophrenia: A selective review. Schizophr Res. 2009 Apr 1;109(1–3):24–37.
37. Braff DL, Greenwood TA, Swerdlow NR, Light GA, Schork NJ, Calkins ME, et al. Advances in endophenotyping schizophrenia. World Psychiatry [Internet]. 2008 [cited 2025 Jan 31];7(1):11–8. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18458787/
38. Owens EM, Bachman P, Glahn DC, Bearden CE. Electrophysiological Endophenotypes for Schizophrenia. Harv Rev Psychiatry [Internet]. 2016 Mar 1 [cited 2025 Jan 31];24(2):129–47. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26954597/
39. Gottesman II, Gould TD. The endophenotype concept in psychiatry: etymology and strategic intentions. Am J Psychiatry [Internet]. 2003 Apr [cited 2024 Dec 8];160(4):636–45. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12668349/
40. RUESCH J. The infantile personality. The core problem of psychosomatic medicine. Psychosom Med. 1948 May 1;10(3):134–44.
41. MacLEAN PD. Psychosomatic disease and the visceral brain; recent developments bearing on the Papez theory of emotion. Psychosom Med [Internet]. 1949 [cited 2024 Dec 8];11(6):338–53. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15410445/
42. Parker JDA, Taylor GJ, Bagby RM. Alexithymia: Relationship with ego defense and coping styles. Compr Psychiatry. 1998;39(2):91–8.
43. Horney K. The paucity of inner experiences. The American Journal of Psychoanalysis [Internet]. 1952 Dec 1 [cited 2024 Dec 8];12(1):3–9. Available from: https://link.springer.com/article/10.1007/BF01872367
44. Buchanan DC, Waterhouse GJ, West SC. A proposed neurophysiological basis of alexithymia. Psychother Psychosom [Internet]. 1980 [cited 2024 Dec 9];34(4):248–55. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7280165/
45. Troisi A, D'Argenio A, Peracchio F, Petti P. Insecure attachment and alexithymia in young men with mood symptoms. J Nerv Ment Dis [Internet]. 2001 May [cited 2024 Dec 17];189(5):311–6. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11379975/
46. Suslow T, Junghanns K. Impairments of emotion situation priming in alexithymia. Pers Individ Dif. 2002 Feb;32(3):541–50.
47. Bergman MA, Vissers CTWM, Collard RM, van Eijndhoven P, Schene AH, Vrijsen JN. The Effect of Alexithymia on Attentional Bias Toward Emotional Stimuli in Depression: An Eye-Tracking Study. Front Psychiatry [Internet]. 2021 Feb 17 [cited 2024 Dec 16];11:569946. Available from: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7925401/
48. Taylor GJ, Bagby RM, Parker JDA, Grotstein J. Disorders of Affect Regulation. Disorders of Affect Regulation. 1997 Feb 27;
49. Bucci W. Psychoanalysis and Cognitive Science: A Multiple Code Theory. . In: Guilford Press. New York; 1997.
50. Taylor GJ. Somatization and conversion: distinct or overlapping constructs? J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry [Internet]. 2003 Sep [cited 2024 Dec 16];31(3):487–508. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14535614/

51. Bermond B. A neuropsychological approach to alexithymia. Tijdschr Psychiatr [Internet]. 2004 Mar 16 [cited 2024 Dec 16];(/):0–0. Available from: https://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl
52. Larsen JK, Brand N, Bermond B, Hijman R. Cognitive and emotional characteristics of alexithymia: A review of neurobiological studies. J Psychosom Res. 2003 Jun 1;54(6):533–41.
53. Hoppe KD, Bogert JE. Alexithymia in twelve commissurotomized patients. Psychother Psychosom [Internet]. 1977 [cited 2024 Dec 16];28(1–4):148–55. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/609675/
54. Huber M, Herholz K, Habedank B, Thiel A, Müller-Küppers M, Ebel H, et al. [Different patterns of regional brain activation during emotional stimulation in alexithymics in comparison with normal controls]. Psychother Psychosom Med Psychol [Internet]. 2002 Nov 1 [cited 2024 Dec 9];52(11):469–78. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12420250/
55. Paul LK, Pazienza SR, Brown WS. Alexithymia and somatization in agenesis of the corpus callosum. Soc Cogn Affect Neurosci [Internet]. 2021 Oct 1 [cited 2024 Dec 9];16(10):1071–8. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33973635/
56. Mann LS, Wise TN, Trinidad A, Kohanski R. Alexithymia, affect recognition, and the five-factor model of personality in normal subjects. Psychol Rep [Internet]. 1994 [cited 2024 Dec 16];74(2):563–7. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8197292/
57. Jessimer M, Markham R. Alexithymia: a right hemisphere dysfunction specific to recognition of certain facial expressions? Brain Cogn [Internet]. 1997 [cited 2024 Dec 16];34(2):246–58. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9220088/
58. Parker JDA, Taylor GJ, Michael Bagby R. Alexithymia and the recognition of facial expressions of emotion. Psychother Psychosom [Internet]. 1993 [cited 2024 Dec 16];59(3–4):197–202. Available from: https://www.researchgate.net/publication/14783405_Alexithymia_and_the_Recognition_of_Facial_Expressions_of_Emotion
59. Lane RD, Reiman EM, Axelrod B, Yun LS, Holmes A, Schwartz GE. Neural correlates of levels of emotional awareness. Evidence of an interaction between emotion and attention in the anterior cingulate cortex. J Cogn Neurosci [Internet]. 1998 [cited 2024 Dec 16];10(4):525–35. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9712681/
60. López-Muñoz F, Pérez-Fernández F. A History of the Alexithymia Concept and Its Explanatory Models: An Epistemological Perspective. Front Psychiatry. 2020 Jan 31;10:505196.
61. Ramírez-Bermúdez J. El reverso creativo de la alexitimia. Salud Mental. 2018 Apr 3;41(1):49–52.
62. De Berardis D, Campanella D, Gambi F, Sepede G, Salini G, Carano A, et al. Insight and alexithymia in adult outpatients with obsessive-compulsive disorder. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci [Internet]. 2005 Oct [cited 2024 Dec 9];255(5):350–8. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15711867/
63. De Berardis D, Campanella D, Gambi F, Sepede G, Carano A, Pelusi L, et al. Alexithymia and body image disturbances in women with Premenstrual

Dysphoric Disorder. J Psychosom Obstet Gynaecol [Internet]. 2005 Dec [cited 2024 Dec 9];26(4):257–64. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16457421/
64. Carano A, De Berardis D, Gambi F, Di Paolo C, Campanella D, Pelusi L, et al. Alexithymia and body image in adult outpatients with binge eating disorder. Int J Eat Disord [Internet]. 2006 May [cited 2024 Dec 9];39(4):332–40. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16523473/
65. De Berardis D CCIFVAFMCM et al. Alexithymia and its relationships with acute phase proteins and cytokine release: an updated review. J Biol Regul Homeost Agents. 2014;9:28:795.
66. De Berardis D, Fornaro M, Orsolini L, Valchera A, Carano A, Vellante F, et al. Alexithymia and Suicide Risk in Psychiatric Disorders: A Mini-Review. Front Psychiatry [Internet]. 2017 Aug 14 [cited 2024 Dec 9];8(AUG):148. Available from: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5557776/
67. Üstündağ MF, Güleç H, Inanç L, Sevinç E, Semiz ÜB. Is alexithymia a separate dimension in schizophrenia? Aleksitimi şizofrenide ayrı bir boyut mu? Anadolu Psikiyatri Derg [Internet]. 2020 [cited 2024 Dec 16];21(6):565–71. Available from: https://avesis.usak.edu.tr/yayin/09e5c2f2-f1f7-4896-b29f-34bc92ec0a3d/is-alexithymia-a-separate-dimension-in-schizophrenia-aleksitimi-sizofrenide-ayri-bir-boyut-mu
68. Taylor GJ, Ryan D, Bagby RM. Toward the development of a new self-report alexithymia scale. Psychother Psychosom [Internet]. 1985 [cited 2024 Dec 9];44(4):191–9. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3837277/
69. Bagby RM, Parker JDA, Taylor GJ. The twenty-item Toronto Alexithymia Scale--I. Item selection and cross-validation of the factor structure. J Psychosom Res [Internet]. 1994 [cited 2024 Dec 9];38(1):23–32. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8126686/
70. Taylor GJ, Bagby RM, Parker JDA. The 20-Item Toronto Alexithymia Scale: IV. Reliability and factorial validity in different languages and cultures. J Psychosom Res [Internet]. 2003 [cited 2024 Dec 9];55(3):277–83. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12932803/
71. Vorst HCM, Bermond B. Validity and reliability of the Bermond–Vorst Alexithymia Questionnaire. Pers Individ Dif. 2001 Feb 1;30(3):413–34.
72. Kleinman AM. Depression, somatization and the “new cross-cultural psychiatry.” Soc Sci Med [Internet]. 1977 [cited 2024 Dec 17];11(1):3–9. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/887955/
73. Wickramasekera I. Somatizers, the Health Care System, and Collapsing the Psychological Distance That the Somatizer Has to Travel for Help. Prof Psychol Res Pr. 1989 Apr;20(2):105–11.
74. Charles V. Ford. The Somatizing Disorders: Ilness as a Way of Life. Elsevier Biomedical. 1983;
75. Bridges KW, Goldberg DP. Somatic presentation of DSM III psychiatric disorders in primary care. J Psychosom Res [Internet]. 1985 [cited 2024 Dec 17];29(6):563–9. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/4087223/
76. Lloyd G. Somatization: a psychiatrist’s perspective. J Psychosom Res [Internet]. 1989 [cited 2024 Dec 17];33(6):665–9. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2695623/

77. Lipowski ZJ. Somatization: the concept and its clinical application. Am J Psychiatry [Internet]. 1988 [cited 2024 Dec 17];145(11):1358–68. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3056044/
78. Esther Fischer-Homberger. Hypochondriasis of the eighteenth century--neurosis of the present century. Bull Hist Med. 1972 Jul;46(4):391–401.
79. Taylor GJ. Somatization and conversion: distinct or overlapping constructs? J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry [Internet]. 2003 Sep [cited 2024 Dec 17];31(3):487–508. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14535614/
80. Kapfhammer HP. Somatic symptoms in depression. Dialogues Clin Neurosci [Internet]. 2006 [cited 2024 Dec 18];8(2):227–39. Available from: https://www.tandfonline.com/action/journalInformation?journalCode=tdcn20
81. Haftgoli N, Favrat B, Verdon F, Vaucher P, Bischoff T, Burnand B, et al. Patients presenting with somatic complaints in general practice: depression, anxiety and somatoform disorders are frequent and associated with psychosocial stressors. BMC Fam Pract [Internet]. 2010 [cited 2024 Dec 18];11. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20843358/
82. Juul SH, Nemeroff CB. Psychiatric epidemiology. Handb Clin Neurol [Internet]. 2012 [cited 2024 Dec 18];106:167–89. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22608621/
83. Simon GE, VonKorff M, Piccinelli M, Fullerton C, Ormel J. An international study of the relation between somatic symptoms and depression. N Engl J Med [Internet]. 1999 Oct 28 [cited 2024 Dec 18];341(18):1329–35. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10536124/
84. Kroenke K, Spitzer RL. Gender differences in the reporting of physical and somatoform symptoms. Psychosom Med [Internet]. 1998 [cited 2024 Dec 18];60(2):150–5. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9560862/
85. Portegijs PJM, Van Der Horst FG, Proot IM, Kraan HF, Gunther NCHF, Knottnerus JA. Somatization in frequent attenders of general practice. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol [Internet]. 1996 [cited 2024 Dec 18];31(1):29–37. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8821921/
86. Ritsner M. The attribution of somatization in schizophrenia patients: a naturalistic follow-up study. J Clin Psychiatry [Internet]. 2003 [cited 2024 Dec 18];64(11):1370–8. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14658953/
87. Sood M, Ganesh R, Mahapatra A, Verma R, Chadda RK. Somatic symptoms in schizophrenia: Association with socio-demographic and clinical characteristics, disability and quality of life. Indian J Psychiatry [Internet]. 2023 Jul 1 [cited 2024 Dec 18];65(7):749–54. Available from: https://journals.lww.com/indianjpsychiatry/fulltext/2023/65070/somatic_symptoms_in_schizophrenia__association.7.aspx
88. van der Heijden H, Goldman M, Ray A, Golden E, Petty CR, Deaso E, et al. Characterization of pain and somatization and its relationship with psychopathology in early onset psychosis. J Psychiatr Res. 2024 Nov 1;179:77–82.
89. Sørensen HJ, Nielsen PR, Benros ME, Pedersen CB, Mortensen PB. Somatic Diseases and Conditions Before the First Diagnosis of Schizophrenia: A Nationwide Population-based Cohort Study in More Than 900 000

Individuals. Schizophr Bull [Internet]. 2015 Mar 1 [cited 2024 Dec 18];41(2):513–21. Available from: https://dx.doi.org/10.1093/schbul/sbu110
90. Nakao M, Barsky AJ, Kumano H, Kuboki T. Relationship between somatosensory amplification and alexithymia in a Japanese psychosomatic clinic. Psychosomatics [Internet]. 2002 [cited 2024 Dec 17];43(1):55–60. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11927759/
91. Taylor GJ. Recent developments in alexithymia theory and research. Can J Psychiatry [Internet]. 2000 [cited 2024 Dec 17];45(2):134–42. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10742872/
92. Taylor GJ, Bagby RM, Parker JDA, Grotstein J. Disorders of Affect Regulation. Disorders of Affect Regulation. 1997 Feb 27;
93. Wise TN, Mann LS. The attribution of somatic symptoms in psychiatric outpatients. Compr Psychiatry [Internet]. 1995 [cited 2024 Dec 17];36(6):407–10. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8565444/
94. Taylor GJ, Parker JDA, Michael Bagby R, Acklin MW. Alexithymia and somatic complaints in psychiatric out-patients. J Psychosom Res [Internet]. 1992 [cited 2024 Dec 17];36(5):417–24. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1619582/
95. Deary IJ, Scott S, Wilson JA. Neuroticism, alexithymia and medically unexplained symptoms. Pers Individ Dif. 1997 Apr 1;22(4):551–64.
96. Lundh LG, Simonsson-Sarnecki M. Alexithymia, emotion, and somatic complaints. J Pers [Internet]. 2001 [cited 2024 Dec 17];69(3):483–510. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11478734/
97. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. Schizophr Bull [Internet]. 1987 [cited 2024 Apr 30];13(2):261–76. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3616518/
98. (PDF) Reliability and Validity of the Turkish version of the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) [Internet]. [cited 2024 Apr 30]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/250003778_Reliability_and_Validity_of_the_Turkish_version_of_the_Positive_and_Negative_Syndrome_Scale_PANSS
99. Rosa AR, Sánchez-Moreno J, Martínez-Aran A, Salamero M, Torrent C, Reinares M, et al. Validity and reliability of the Functioning Assessment Short Test (FAST) in bipolar disorder. Clin Pract Epidemiol Ment Health [Internet]. 2007 Jun 7 [cited 2024 Apr 30];3. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17555558/
100. Uykur B, Psikiyatri A, Ömer A. Türk Psikiyatri Dergisi 2012;23(3):193-200 Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği'nin Türkçe Sürümünün Bipolar Bozuklukta Güvenilirliği ve Geçerliği •.
101. Robbins JM, Kirmayer LJ. Attributions of common somatic symptoms. Psychol Med [Internet]. 1991 [cited 2024 May 10];21(4):1029–45. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1780396/
102. Güleç H, Sayar K. The Reliability and Validity of Turkish Form of the Symptom Interpretation Questionnaire. TURKISH JOURNAL CLINICAL PSYCHIATRY. 8(1):31–6.
103. Taylor G BRPJ. Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness. 1999.

104. (PDF) Yirmi soruluk Toronto aleksimi ölçeŀi'nin Türkçe uyarlamasInIn geçerlik ve güvenirliŀinin incelenmesi [Internet]. [cited 2024 May 10]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/288017043_Yirmi_soruluk_Toronto_aleksimi_olcei'nin_Turkce_uyarlamasInIn_gecerlik_ve_guvenirliinin_incelenmesi
105. YENEL A, Gulec H. 20 maddelik Toronto Aleksitimi ölçeği Türkçe uyarlamasının kesme noktalarına göre psikometrik özellikler. Klinik Psikiyatri Dergisi [Internet]. 2010 [cited 2024 May 10];13(3):108–12. Available from: http://search/yayin/detay/122953
106. Yu S, Li H, Liu W, Zheng L, Ma Y, Chen Q, et al. Alexithymia and personality disorder functioning styles in paranoid schizophrenia. Psychopathology [Internet]. 2011 Oct [cited 2025 Feb 8];44(6):371–8. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21847004/
107. Fukunishi I, Kawamura N, Ishikawa T, Ago Y, Sei H, Morita Y, et al. Mothers' low care in the development of alexithymia: a preliminary study in Japanese college students. Psychol Rep [Internet]. 1997 [cited 2025 Jan 9];80(1):143–6. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9122320/
108. Amaresha AC, Venkatasubramanian G, Muralidhar D. Needs of Siblings of Persons with Psychosis: A Systematic Descriptive Review. Clinical Psychopharmacology and Neuroscience [Internet]. 2014 [cited 2025 Jan 31];12(2):111. Available from: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4153857/
109. Berenbaum H, James T. Correlates and retrospectively reported antecedents of alexithymia. Psychosom Med [Internet]. 1994 [cited 2025 Jan 9];56(4):353–9. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7972618/
110. Berenbaum H. Childhood abuse, alexithymia and personality disorder. J Psychosom Res. 1996;41(6):585–95.
111. Fogley R, Warman D, Lysaker PH. Alexithymia in schizophrenia: Associations with neurocognition and emotional distress. Psychiatry Res. 2014 Aug 15;218(1–2):1–6.
112. Gross JJ, John OP. Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. J Pers Soc Psychol [Internet]. 2003 Aug [cited 2025 Jan 9];85(2):348–62. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12916575/
113. Gross JJ. Emotion regulation: affective, cognitive, and social consequences. Psychophysiology [Internet]. 2002 [cited 2025 Jan 9];39(3):281–91. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12212647/
114. Huo L, Qu D, Pei C, Wu W, Ning Y, Zhou Y, et al. Alexithymia in chronic schizophrenia and its mediating effect between cognitive deficits and negative symptoms. Schizophr Res. 2023 Nov 1;261:275–80.
115. Bucci P, Galderisi S. Categorizing and assessing negative symptoms. Curr Opin Psychiatry [Internet]. 2017 [cited 2025 Jan 9];30(3):201–8. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28212174/
116. Kimhy D, Lister A, Liu Y, Vakhrusheva J, Delespaul P, Malaspina D, et al. The impact of emotion awareness and regulation on psychotic symptoms during daily functioning. npj Schizophrenia 2020 6:1 [Internet]. 2020 Mar 24

[cited 2025 Jan 11];6(1):1–7. Available from: https://www.nature.com/articles/s41537-020-0096-6
117. Perry Y, Henry JD, Grisham JR. The habitual use of emotion regulation strategies in schizophrenia. Br J Clin Psychol [Internet]. 2011 Jun [cited 2025 Jan 11];50(2):217–22. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21545453/
118. Constantinou E, Panayiotou G, Theodorou M. Emotion processing deficits in alexithymia and response to a depth of processing intervention. Biol Psychol [Internet]. 2014 Dec 1 [cited 2025 Feb 8];103:212–22. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25270514/
119. Salles BM, Maturana de Souza W, dos Santos VA, Mograbi DC. Effects of DBT-based interventions on alexithymia: a systematic review. Cogn Behav Ther [Internet]. 2023 [cited 2025 Feb 8];52(2):110–31. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36426727/
120. Zorzella KPM, Muller RT, Cribbie RA, Bambrah V, Classen CC. The role of alexithymia in trauma therapy outcomes: Examining improvements in PTSD, dissociation, and interpersonal problems. Psychol Trauma [Internet]. 2020 [cited 2025 Feb 8];12(1):20–8. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30688506/
121. Gawęda Ł, Krężołek M. Cognitive mechanisms of alexithymia in schizophrenia: Investigating the role of basic neurocognitive functioning and cognitive biases. Psychiatry Res [Internet]. 2019 Jan 1 [cited 2025 Jan 9];271:573–80. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30554105/
122. İnanç L, Sevinç E, Semiz ÜB. Relationship between Alexithymia, Depression and the Negative Symptoms in Schizophrenia with and without Deficit Syndrome 2. Turkish Journal of Psychiatry [Internet]. 2019 [cited 2025 Jan 9];30(4):225–60. Available from: https://doi.org/10.5080/u23204
123. Deng J, Sarraf L, Hotte-Meunier A, Sauvé G. Relationship between self-esteem and employment in people with severe mental illness: A systematic review and meta-analysis. J Vocat Rehabil [Internet]. 2023 Nov 14 [cited 2025 Jan 11];59(3):273–83. Available from: https://journals.sagepub.com/doi/10.3233/JVR-230045?icid=int.sj-full-text.similar-articles.3
124. Bouwmans C, De Sonneville C, Mulder CL, Hakkaart-van Roijen L. Employment and the associated impact on quality of life in people diagnosed with schizophrenia. Neuropsychiatr Dis Treat [Internet]. 2015 Aug 18 [cited 2025 Jan 11];11:2125. Available from: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4547637/
125. Murray CJL, Lopez AD. Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. Lancet [Internet]. 1997 May 17 [cited 2025 Jan 10];349(9063):1436–42. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9164317/
126. Wiersma D, Wanderling J, Dragomirecka E, Ganev K, Harrison G, An Der Heiden W, et al. Social disability in schizophrenia: its development and prediction over 15 years in incidence cohorts in six European centres. Psychol Med [Internet]. 2000 [cited 2025 Jan 10];30(5):1155–67. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12027051/

127. Ho BC, Andreasen N, Flaum M. Dependence on public financial support early in the course of schizophrenia. Psychiatr Serv [Internet]. 1997 [cited 2025 Jan 10];48(7):948–50. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9219306/
128. McGlashan TH. A selective review of recent North American long-term followup studies of schizophrenia. Schizophr Bull [Internet]. 1988 [cited 2025 Jan 10];14(4):515–42. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3064280/
129. Velligan DI, Mahurin RK, Diamond PL, Hazleton BC, Eckert SL, Miller AL. The functional significance of symptomatology and cognitive function in schizophrenia. Schizophr Res [Internet]. 1997 May 3 [cited 2025 Jan 10];25(1):21–31. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9176924/
130. Hegarty JD, Baldessarini RJ, Tohen M, Waternaux C, Oepen G. One hundred years of schizophrenia: a meta-analysis of the outcome literature. Am J Psychiatry [Internet]. 1994 [cited 2025 Jan 10];151(10):1409–16. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8092334/
131. Auslander LA, Lindamer LL, Delapena J, Harless K, Polichar D, Patterson TL, et al. A comparison of community-dwelling older schizophrenia patients by residential status. Acta Psychiatr Scand [Internet]. 2001 [cited 2025 Jan 10];103(5):380–6. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11380308/
132. Bowie CR, Reichenberg A, Patterson TL, Heaton RK, Harvey PD. Determinants of real-world functional performance in schizophrenia subjects: Correlations with cognition, functional capacity, and symptoms. American Journal of Psychiatry [Internet]. 2006 Mar [cited 2025 Jan 10];163(3):418–25. Available from: https://psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ajp.163.3.418
133. Peng P, Wang D, Wang Q, Zhou Y, Hao Y, Chen S, et al. Alexithymia in Chinese patients with chronic schizophrenia: Prevalence, clinical correlates, and relationship with neurocognition and empathy. Asia-Pacific Psychiatry [Internet]. 2023 Dec 1 [cited 2025 Feb 20];15(4):e12547. Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/appy.12547
134. Ospina LH, Shanahan M, Perez-Rodriguez MM, Chan CC, Clari R, Burdick KE. Alexithymia predicts poorer social and everyday functioning in schizophrenia and bipolar disorder. Psychiatry Res [Internet]. 2019 Mar 1 [cited 2025 Feb 26];273:218–26. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30658205/
135. Kubota M, Miyata J, Sasamoto A, Kawada R, Fujimoto S, Tanaka Y, et al. Alexithymia and reduced white matter integrity in schizophrenia: a diffusion tensor imaging study on impaired emotional self-awareness. Schizophr Res [Internet]. 2012 Nov [cited 2025 Feb 20];141(2–3):137–43. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22986045/
136. Fujino J, Takahashi H, Miyata J, Sugihara G, Kubota M, Sasamoto A, et al. Impaired empathic abilities and reduced white matter integrity in schizophrenia. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry [Internet]. 2014 Jan 3 [cited 2025 Feb 20];48:117–23. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24099786/
137. Jones MP, Schettler A, Olden K, Crowell MD. Alexithymia and somatosensory amplification in functional dyspepsia. Psychosomatics

[Internet]. 2004 [cited 2025 Jan 29];45(6):508–16. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15546828/
138. Kosturek A, Gregory RJ, Sousou AJ, Trief P. Alexithymia and somatic amplification in chronic pain. Psychosomatics [Internet]. 1998 [cited 2025 Jan 29];39(5):399–404. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9775696/
139. Wise TN, Mann LS. The attribution of somatic symptoms in psychiatric outpatients. Compr Psychiatry [Internet]. 1995 [cited 2025 Jan 29];36(6):407–10. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8565444/
140. Nakao M, Barsky AJ, Kumano H, Kuboki T. Relationship between somatosensory amplification and alexithymia in a Japanese psychosomatic clinic. Psychosomatics [Internet]. 2002 [cited 2025 Jan 29];43(1):55–60. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11927759/
141. Barsky AJ, Goodson JD, Lane RS, Cleary PD. The amplification of somatic symptoms. Psychosom Med [Internet]. 1988 [cited 2025 Jan 29];50(5):510–9. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3186894/
142. Sayar K, Kirmayer LJ, Taillefer SS. Predictors of somatic symptoms in depressive disorder. Gen Hosp Psychiatry [Internet]. 2003 [cited 2025 Jan 29];25(2):108–14. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12676424/
143. Taycan O, Özdemir A, Erdoğan Taycan S. Alexithymia and Somatization in Depressed Patients: The Role of the Type of Somatic Symptom Attribution. Archives of Neuropsychiatry [Internet]. 2017 [cited 2025 Jan 27];54(2):99. Available from: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5491676/
144. Honkalampi K, Hintikka J, Tanskanen A, Lehtonen J, Viinamäki H. Depression is strongly associated with alexithymia in the general population. J Psychosom Res [Internet]. 2000 Jan [cited 2025 Jan 31];48(1):99–104. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10750635/
145. Leweke F, Leichsenring F, Kruse J, Hermes S. Is alexithymia associated with specific mental disorders? Psychopathology [Internet]. 2012 Nov [cited 2025 Jan 31];45(1):22–8. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22123513/
146. Salminen JK, Saarijärvi S, Äärelä E, Toikka T, Kauhanen J. Prevalence of alexithymia and its association with sociodemographic variables in the general population of Finland. J Psychosom Res [Internet]. 1999 [cited 2025 Jan 26];46(1):75–82. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10088984/
147. Saarijärvi S, Salminen JK, Tamminen T, Äärelä E. Alexithymia in psychiatric consultation-liaison patients. Gen Hosp Psychiatry [Internet]. 1993 [cited 2025 Jan 27];15(5):330–3. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8307347/
148. Mattila AK, Salminen JK, Nummi T, Joukamaa M. Age is strongly associated with alexithymia in the general population. J Psychosom Res [Internet]. 2006 Nov [cited 2025 Jan 26];61(5):629–35. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17084140/
149. Lane RD, Sechrest L, Riedel R. Sociodemographic correlates of alexithymia. Compr Psychiatry [Internet]. 1998 [cited 2025 Jan 26];39(6):377–85. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9829146/

EK-1: Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Veri Formu

Sosyodemografik Veri Formu (HASTA)

Adı Soyadı:

Vaka Grubu : 1) Şizofreni 2) Kardeş 3) Sağlıklı kontrol
Yaş:
Cinsiyet : 1) Erkek 2) Kadın
Medeni Durumu : 1) Bekar 2) Evli 3) Boşanmış
Kardeş sayısı/sırası: ……/……
Kimlerle yaşıyor : 1) Yalnız 2) Aile 3) Arkadaş

4) Kurum / Bakımevi 5) Diğer
Yaşadığı yer : 1) İl 2) İlçe 3) Kırsal

Eğitim süresi : …….(yıl)

Çalışma Durumu : 1) Çalışıyor 2) Çalışmıyor 3) Öğrenci
4) Emekli 5) Malulen Emekli

Gelir Düzeyi : …….(TL)
Sigara Kullanımı : 1) Hayır
2) Evet, miktar,süre

Alkol Kullanımı : 1) Hayır
2) Evet, miktar, süre, geçmişte, halen

Madde Kullanımı : 1) Hayır
2) Evet, miktar, süre, geçmişte, halen,
……türü

Kr. Tıbbi Hastalık : 1) Yok
2) Var , tanısı

Dermatolojik Hast. Öyküsü: 1) Yok
2) Var
Vücut Kitle İndeksi: …….
Suisid girişimi : 1) Yok
2) Var, kaç kez, ne şekilde

Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsü: 1) Yok. 2) Birinci derece 3) İkinci Derece

Hastalık başlangıç yaşı :

Hastalık süresi :

Hastane yatışı : 1) Yok
2) Var , sayısı

En son hastane yatış zamanı :

Düzenli ilaç kullanımı : 1) Yok
2) Var

Adli Öykü: 1) Yok
2) Var

Sosyodemografik Veri Formu (Kardeş- Sağlıklı Kontrol)

Adı Soyadı:
Vaka Grubu : 1) Şizofreni 2) Kardeş 3) Sağlıklı kontrol
Yaş:
Cinsiyet : 1) Erkek 2) Kadın
Medeni Durumu : 1) Bekar 2) Evli 3) Boşanmış
Kardeş sayısı/sırası: ……/……
Kimlerle yaşıyor : 1) Yalnız 2) Aile 3) Arkadaş
4) Kurum / Bakımevi 5) Diğer
Yaşadığı yer : 1) İl 2) İlçe 3) Kırsal
Eğitim süresi : …….(yıl)

Çalışma Durumu : 1) Çalışıyor 2) Çalışmıyor 3) Öğrenci
4) Emekli 5) Malulen Emekli

Gelir Düzeyi : …….(TL)

Sigara Kullanımı : 1) Hayır
2) Evet, miktar,süre

Alkol Kullanımı : 1) Hayır
2) Evet, miktar, süre, geçmişte, halen

Madde Kullanımı : 1) Hayır
2) Evet, miktar, süre, geçmişte, halen,
……türü

Kr. Tıbbi Hastalık : 1) Yok
2) Var , tanısı

Dermatolojik Hast. Öyküsü: 1) Yok
2) Var
Vücut Kitle İndeksi: …….

Suisid girişimi : 1) Yok
2) Var, kaç kez, ne şekilde

Geçmiş Psikiyatrik Başvurusu : 1) Yok 2) Var

Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsü: 1) Yok. 2) Birinci derece 3) İkinci Derece

EK-2: POZİTİF VE NEGATİF SENDROM ÖLÇEĞİ

Ad, Soyad: Tarih:

Uygulayan doktor:

PANSS

Pozitif Belirtiler	Yok (1)	Çok Hafif (2)	Hafif (3)	Orta Düzeyde (4)	Orta Derecede Ağır (5)	Ağır (6)	Çok Ağır (7)
P1 Sanrılar	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
P2 Düşünce dağınıklığı	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
P3 Varsanılar	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
P4 Taşkınlık	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
P5 Büyüklük duyguları	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
P6 Şüphecilik kötülük	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
P7 Düşmanca tutum	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
						Skor:	☐
Negatif Belirtiler	Yok (1)	Çok Hafif (2)	Hafif (3)	Orta Düzeyde (4)	Orta Derecede Ağır (5)	Ağır (6)	Çok Ağır (7)
N1 Duygulanımda küntleşme	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
N2 Duygusal içeçekilme	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
N3 İlişki kurmada güçlük	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
N4 Pasif biçimde kendini toplumdan çekme	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
N5 Soyut düşünme güçlüğü	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
N6 Konuşmanın kendiliğinden ve akıcılığının kaybı	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
N7 Steriotipik düşünme	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
						Skor:	☐
Genel Psikopatoloji	Yok (1)	Çok Hafif (2)	Hafif (3)	Orta Düzeyde (4)	Orta Derecede Ağır (5)	Ağır (6)	Çok Ağır (7)
G1 Bedensel kaygı	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
G2 Anksiyete	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
G3 Suçluluk duyguları	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
G4 Gerginlik	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
G5 Manyerizm	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
G6 Depresyon	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
G7 Motor yavaşlama	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
G8 İşbirliği kuramama	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
G9 Olağandışı düşünce	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
G10 Yönetim bozukluğu	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
G11 Dikkat azalması	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
G12 Yargılama ve içgörü	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
G13 İrade bozukluğu	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
G14 Dürtü kontrolsüzlüğü	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
G15 Zihinsel aşırı uğraş	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
G16 Aktif biçimde sosyal	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Toplam skor: ☐						**Skor:**	☐

EK-3 :BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

AÇIKLAMA:

Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, **BUGÜN DAHİL GEÇEN HAFTA** içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz.
Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir. Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

1- 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.

2- 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim**.**
1. Gelecek hakkında karamsarım.
2. Gelecekten beklediğim hiçbir şey yok.
3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

3-
0.Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.

4-
0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
3. Her şeyden sıkılıyorum.

5-
0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum**.**
1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

6-
0. Bana cezalandırılmışım gibi gelmiyor**.**
1. Cezalandırılabileceğimi hissediyorum.
2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.

7-
0. Kendimden memnunum.
1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
2. Kendime çok kızıyorum.
3. Kendimden nefret ediyorum.

8- 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
1. Zayıf yanlarım veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.

9-
0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.

1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
2. Kendimi öldürmek isterdim.
3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.

10-

0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor**.**
1. Zaman zaman içindem ağlamak geliyor.
2. Çoğu zaman ağlıyorum.
3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.

11-

0. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.
1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
2. Çoğu zaman, oldukça sinirliyim.
3. Şimdi hep sinirliyim.

12-

0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.
1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimin çoğunu kaybettim.
3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.

13-

0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.
1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
3. Artık hiç karar veremiyorum.

14-

0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.
1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
3. Kendimi çok çirkin buluyorum.

15- 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
3. Hiçbir şey yapamıyorum.

16-

0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.
1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

17-

0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.
1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
2. Yaptığım her şey beni yoruyor.
3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

18-

0. İştahım her zamanki gibi.
1. iştahım her zamanki kadar iyi değil.
2. İştahım çok azaldı.
3. Artık hiç iştahım yok.

19-

0. Son zamanlarda kilo vermedim.

1. İki kilodan fazla kilo verdim.
2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.

20-

0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.
1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendiriyor.
2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.

21-

0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim**.**
1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

EK-4: KISA İŞLEVSELLİK DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki alanlar dikkate alındığında, hasta ne düzeyde zorluk yaşamaktadır? Hastaya işlevsellik açısından zorluk çekebileceği alanlarla ilgili sorular sorun ve aşağıdaki yanıt ölçeğine göre puan verin: (0): hiç zorlanma yok (1): çok az zorlanma, (2): orta derecede zorlanma, (3): aşırı derecede zorlanma

ÖZERKLİK				
1. Evde sorumluluk üstlenme	(0)	(1)	(2)	(3)
2. Kendi başına yaşayabilme	(0)	(1)	(2)	(3)
3. Alışveriş yapabilme	(0)	(1)	(2)	(3)
4. Kendine bakabilme (bedensel bakım, kişisel temizlik)	(0)	(1)	(2)	(3)
MESLEKİ İŞLEVSELLİK				
5. Maaşlı bir işte çalışabilme	(0)	(1)	(2)	(3)
6. Verilen görevleri gerektiği kadar çabuk yerine getirme	(0)	(1)	(2)	(3)
7. Eğitim aldığı meslek alanında çalışabilme	(0)	(1)	(2)	(3)
8. Mesleki kazanımlar elde etme	(0)	(1)	(2)	(3)
9. Kendisinden beklenen iş yükünü kaldırabilme	(0)	(1)	(2)	(3)
BİLİŞSEL İŞLEVSELLİK				
10. Bir kitaba veya filme kendini verebilme	(0)	(1)	(2)	(3)
11. Akıldan hesap yapabilme	(0)	(1)	(2)	(3)
12. Bir problemi hakkıyla çözebilme	(0)	(1)	(2)	(3)
13. Yeni öğrenilen isimleri hatırlayabilme	(0)	(1)	(2)	(3)
14. Yeni bilgiler öğrenebilme	(0)	(1)	(2)	(3)
MALİ KONULAR				
15. Kendi parasını idare edebilme	(0)	(1)	(2)	(3)
16. Parasını dengeli bir şekilde harcayabilme	(0)	(1)	(2)	(3)
KİŞİLERARASI İLİŞKİLER				
17. Dostluk ve arkadaşlıkları sürdürebilme	(0)	(1)	(2)	(3)
18. Sosyal faaliyetlere katılabilme	(0)	(1)	(2)	(3)
19. Yakınlarıyla iyi ilişkiler kurabilme	(0)	(1)	(2)	(3)
20. Ailesiyle birlikte yaşama	(0)	(1)	(2)	(3)
21. Tatmin edici cinsel ilişkilerinin olması	(0)	(1)	(2)	(3)
22. İlgi duyduğu zevklerini sürdürebilme	(0)	(1)	(2)	(3)
BOŞ ZAMAN ETKİNLİKLERİ				
23. Egzersiz veya spor yapma	(0)	(1)	(2)	(3)
24. Hobilere veya kişisel ilgilere sahip olma	(0)	(1)	(2)	(3)

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 **EVET** veya **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 baş ağrım olmuşsa şu yüzden olabileceğini düşünürüm.

Canım sıkkındır.....A B C D

Kaslarımda, sinirlerimde ya da beynimde bir şey 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 baş ağrınız oldu mu? **EVET** **HAYIR**

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? **EVET** **HAYIR**

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? **EVET** **HAYIR**

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? **EVET** **HAYIR**

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? **EVET** **HAYIR**

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? **EVET HAYIR**

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? **EVET HAYIR**

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? **EVET HAYIR**

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? **EVET HAYIR**

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 tat alamıyorumdur.....A B C D

Bir mide veya barsak sorunum vardır.....A B C D

Son üç ayda iştahınızda kesilme oldu mu? **EVET HAYIR**

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? **EVET HAYIR**

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 bir şeyler 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? **EVET HAYIR**

13. Eğer kabız olmuşsam ve düzenli 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

Bağırsaklarımda bir sorun vardır.....A B C D

Son üç aydır kabız olduğunuz ve düzenli olarak dışarı çıkamadığınız oldu mu? **EVET HAYIR**

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