



T.C.
UFUK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
Dr. RIDVAN EGE HASTANESİ

**KORONER ANJİOGRAFİ UYGULANAN HASTALARDA
SOMATİZASYON VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Pakize Evşen ATA GÖZCELİOĞLU

**PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

Ankara 2012



T.C.
UFUK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
Dr. RIDVAN EGE HASTANESİ

**KORONER ANJİOGRAFİ UYGULANAN HASTALARDA
SOMATİZASYON VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Pakize Evşen ATA GÖZCELİOĞLU

PSİKIYATRİ ANABİLİM DALI
TIPTA UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Doç. Dr. Nurper ERBERK ÖZEN

Ankara 2012



UFUK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
Dr.Rıdvan Ege Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi (Hastanesi)
.....ANABİLİM / BİLİM DALI
UZMANLIK TEZİ JÜRİ TUTANAĞI

ADAYIN
ADI :
SOYADI :
ANABİLİM / BİLİM DALI :

Tıp Fakültesi Anabilim Dalı/Bilim Dalı uzmanlık öğrencilerinden
Dr..... tez değerlendirme jürisi toplandı, tez jüri üyeleri tarafından
değerlendirildi ve sözlü savunması yaptırıldı.

Dr.....'un “
.....”

uzmanlık tezi jürimiz tarafından başarılı bulunmuştur.

Saygılarımızla.

TARİH
...../...../.....

	<u>JÜRİ ÜYESİ</u>	<u>JÜRİ ÜYESİ</u>	<u>JÜRİ ÜYESİ</u>
Adı-Soyadı :			
Anabilim Dalı :			
Tarih :			
İmzası :			

EKLER: Uzmanlık Tezi Değerlendirme formları

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimin ilk gününden itibaren bana hem hocalık hem de babalık yapan, engin bilgi ve deneyimlerinden yararlanma fırsatını yakaladığım için kendimi çok şanslı hissetmemi sağlayan, mesleğime olduğu kadar hayata bakışımı da şekillendiren değerli hocam Prof. Dr. Salih Battal'a,

Gerek akademik bilgi ve deneyimi gerekse hastalara karşı insancıl, etik yaklaşımı ile her zaman kendime örnek alacağım ve asistanı olmaktan gurur duyacağım tez danışmanım ve değerli hocam Doç. Dr. Nurper Erberk Özen'e,

Birlikte kısa bir süre çalışmamıza rağmen çocuk ruh sağlığı ve hastalıkları konusundaki eğitimime büyük katkıları olan Doç. Dr. Yasemen Taner'e,

Uzmanlık eğitimim boyunca kendisinden çok şey öğrendiğim Prof. Dr. Refia Palabıyıkoglu'na,

Rotasyon yaptığım bölümlerde bilgi ve deneyimlerimin artmasını sağlayan Prof. Dr. Tümer Türkbay, Prof. Dr. Atilla Korkmaz, Prof. Dr. Işın Ünal Çevik, Doç. Dr. Alev Leventoglu ve başta Prof. Dr. Aytekin Özşahin olmak üzere tüm GATA Psikiyatri Anabilim Dalı çalışanlarına,

Bana huzurlu bir çalışma ortamı sağlayan, uzmanlık eğitimim süresince çok keyifli anlar paylaştığım asistan arkadaşlarım Uzm. Dr. Gülbağ Bahçivan, Dr. Ahmet Gül ve Dr. Betül Gürsoy'a

Tez yazımdaki çoğu aşamada verdiği bilimsel ve manevi desteği için Uzm. Psk. Gülçim Bilim'e

Tanıştığımız günden bu yana gösterdiği sonsuz sevgi ve sabrı ile hayatımın her anına renk katan, tez yazımım sırasında bir dediğimi iki etmeyen sevgili eşim Dr. Bülent Gözcelioğlu'na

Bugünlere gelmem için herkesten fazla emek harcayan, yeri doldurulamaz annem Neriman Aktaş'a

Ve son olarak mesleğimi sevmeme ve kendimi geliştirmeme yardımı dokunan tüm hastalarımaya teşekkür ederim.

Dr. Pakize Evşen ATA GÖZCELİOğLU

Haziran 2012

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER	iii
KISALTMALAR	v
TABLolar DİZİNİ	vi
1. GİRİŞ-AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. SOMATİZASYON.....	3
2.1.1. Tanım	3
2.1.2. Tarihçe	4
2.1.3. Epidemiyoloji.....	5
2.1.4. Etiyoloji	6
2.1.5. Klinik Özellikler ve Sınıflandırma	12
2.1.6. Tanı	16
2.1.7. Somatizasyon ve Sıklıkla Eşlik Ettiği Psikiyatrik Bozukluklar.....	16
2.1.8. Tedavi	19
2.2. GÖĞÜS AĞRISI.....	20
2.2.1. Kardiyak Kökenli Olmayan Göğüs Ağrısı (Non-Kardiyak Göğüs Ağrısı).....	21
3. ARAÇ VE YÖNTEMLER.....	23
3.1. SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU	23
3.2. TORONTO ALEKSİTİMİ ÖLÇEĞİ	24
3.3. EYSENCK KİŞİLİK ANKETİ- GÖZDEN GEÇİRİLMİŞ KISA FORMU	24
3.4. BEDENSEL DUYUMLARI ABARTMA (BÜYÜTME) ÖLÇEĞİ	25
3.5. SCL-90-R	25
3.6. HAMILTON DEPRESYON DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ	26
3.7. HAMILTON ANKSİYETE DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ	26
3.8. İSTATİSTİKSEL ANALİZ.....	26
4. BULGULAR	27
5. TARTIŞMA	32

6. SONUÇLAR	38
7. ÖZET.....	40
8. SUMMARY	42
9. KAYNAKLAR	44
10. EKLER.....	64

KISALTMALAR

SCL-90-R	: Belirti Tarama Listesi
BDAÖ	: Bedensel Duyumları Abartma (Büyütme) Ölçeği
SSI 4/6	: Somatik Semptom Envanteri
PHQ-15	: Hasta Sağlık Anketi Somatik Semptom Alt Ölçeği
KOGA	: Kardiyak Olmayan Göğüs Ağrısı
TAÖ-26	: 26 Soruluk Toronto Aleksitimi Ölçeği
EKA-GGK	: Eysenck Kişilik Anketi Gözden Geçirilmiş Kısa Formu
GSİ	: Global Semptom Index
HAM-D	: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği
HAM-A	: Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği
NKA	: Normal Koroner Arterli Hastalar
KAH	: Koroner Arter Hastaları
KG	: Kontrol Grubu
KAG	: Koroner Anjiyografi

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Sosyodemografik Verilere Göre Grupların Karşılaştırılması.....	27
Tablo 2. KAG (Koroner Anjiyografi) Yapılma Nedenleri	28
Tablo 3. Uygulanan Ölçeklerin Ortalama Puan ve Standart Sapmaları	30
Tablo 4. Üç Grubun Ölçek Puanlarına Göre Karşılaştırılması	31

1. GİRİŞ-AMAÇ

Yaygın kullanımla, psikolojik sıkıntının bedensel belirtiler şeklinde yaşanması ve iletilmesi olarak tanımlanan somatizasyon, bazı yazarlar tarafından tıbbın çözülmemiş problemi olarak görülmektedir (1). Somatizasyon belirli bir tanı kategorisinin ötesinde, bazen geçici bir stres reaksiyonu, bazen psikiyatrik bir hastalığın ana belirtisi, bazen de çeşitli psikiyatrik hastalıklara eşlik eden bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır (2). Somatizasyon etiyojisinde bir çok faktör rol oynamakta, bu faktörlerin birbirleriyle olan ilişkisi uzun yıllardır bir çok araştırmacı tarafından aydınlatılmaya çalışılmaktadır. Özellikle aleksitimi, nörotisizm gibi kişilik özellikleri, bedensel duyuları büyütme, depresif bozukluk ve anksiyete bozukluğunun somatizasyon üzerindeki etkileri çoğu yazarın dikkatini çekmekte, yapılan araştırmalar genellikle bu faktörlerin üzerine yoğunlaşmaktadır (1).

Göğüs ağrısı, çarpıntı, nefes darlığı gibi yakınmalar, hastaların kardiyoloji polikliniklerine ve acil servislere başvurma nedenlerinin başında gelmektedir (3). Bu hastalara kardiyak etkenleri dışlamak için koroner anjiyografi gibi çeşitli tetkikler uygulanmaktadır. Göğüs ağrısı nedeniyle kardiyologlara yönlendirilen hastaların yaklaşık yarısında kardiyak patoloji saptanmadığı, bu hastalarda değişen oranlarda depresyon, anksiyete bozukluğu, somatoform bozukluk gibi psikiyatrik hastalıkların eşlik ettiği belirtilmektedir (4,5). Bu psikiyatrik patolojiler yeterince aydınlatılamaz ve hastalara gerekli tedaviler verilmezse yakınmaların kronikleştiği, sağlık kuruluşlarına başvuruların ve dolayısıyla sağlık harcamalarının arttığı bilinmektedir (6,7).

Bu sebeplerle, Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı tarafından 01.11.2011-01.02.2012 tarihleri arasında çeşitli yakınmalar nedeniyle koroner anjiyografi uygulanmış, yaşları 18-65 arasında değişen 42 erişkin hasta ve 38 sağlıklı kontrol çalışmamıza dahil edilmiş, olgulardaki somatizasyon ve ilişkili faktörleri değerlendirmek için 26 soruluk Toronto Aleksitimi Ölçeği, Eysenck

Kişilik Anketi- Gözden Geçirilmiş Kısa Formu, Bedensel Duyumları Büyütme/Abartma Ölçeği, Belirti Tarama Listesi, Hamilton Depresyon ve Hamilton Anksiyete Ölçeği uygulanmıştır. Koroner anjiyografi uygulanan 42 hasta, anjiyografi sonuçlarına göre normal koroner arter saptananlar ve koroner arter hastaları olmak üzere iki grupta toplanmış ve sağlıklı kontrollerle yukarıda belirtilen ölçekler açısından karşılaştırılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. SOMATİZASYON

2.1.1. Tanım

İlk defa 1935 yılında Steckel'in kitabında geçen somatizasyon kelimesinin tanımı hakkında bir çok farklı görüş vardır (8). Geçen 77 yıl içinde bir çok araştırma yapılmış ve bu farklı tanımlar tek bir ortak paydada buluşmuştur. Buna göre somatizasyon, bireyde organik bulgularla açıklanamayan bedensel belirtilerin ortaya çıkmasıdır (9,10). Terimi ilk kullanan Steckel somatizasyonu, derinde yatan bir nörozun bedensel bozukluk yoluyla ifade edilmesi olarak açıklamış ve aslında Freud'un konversiyon kavramı ile özdeş olarak kullanmıştır (11,12). Steckel'e benzer olarak bazı yazarlar tarafından, psikolojik sıkıntının bedensel bulgular biçiminde yaşanması ve iletilmesi olarak açıklanmasıyla beraber, somatizasyonun psikolojik sıkıntının farkındalığına veya ifadesine karşı bir savunma biçimi olduğunu öne süren yazarlar da vardır (1,13,14). Örneğin Meninger "somatizasyon reaksiyonu" adını verdiği durumu, anksiyetenin bilinçli yaşanmasına engel olan visseral ifadesi olarak tanımlamış ve hipertansiyondan frijiditeye kadar bir çok hastalığı içeren bir sınıflandırma yapmıştır (15). Ford ise somatizasyon için fiziksel belirtilerin psikolojik amaçlar ya da bireysel kazançlar için bilinçdışı düzeyde kullanıldığı durumlar tanımını kullanmıştır (16). Buna karşın Katon ve arkadaşları psikosoyal ve emosyonel sıkıntıların pirimer olarak fiziksel belirtiler yoluyla iletilmesini somatizasyon olarak kabul etmiştir (17). Kleinman ve Kleinman da bu tanımına ek olarak bedensel yakınmalara tıbbi yardım arayışının da eşlik ettiğini söylemişlerdir (10). Kirmayer'e göre ise somatizasyon bağımsız bir klinik tablo değil, bir çok tanı grubuyla beraber değerlendirilmesi gereken bir kavramdır (18). Bridges ve Goldberg de Kirmayer'e benzer olarak somatizasyonun anksiyete bozukluğu ya da depresif bozukluk gibi bir Eksen-I bozukluğunun bedensel ifadesi olarak karşımıza çıktığını ifade etmiştir (19). Lipowski, tıbbın çözülememiş problemi olarak gördüğü somatizasyonu, organik olarak açıklanamayan bedensel belirtileri yaşamaya ve iletmeye, bunları fiziksel bir hastalığa atfetmeye ve bu durum için tıbbi yardım

aramaya eğilim olarak açıklamıştır (1). Bu açıklama günümüzde somatizasyonun en yaygın tanımı olarak kullanılmaktadır.

Yukarıda da görüldüğü gibi somatizasyonu tek bir boyutla veya tanımla açıklamak mümkün görünmemektedir. Somatizasyon bazen geçici bir stres reaksiyonu, bazen bir psikiyatrik bir hastalığın ana belirtisi, bazen de çeşitli psikiyatrik hastalıklara eşlik eden bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır (2). Aynı zamanda huzursuzluk ve sıkıntı düzeyindeki değişimin, altta yatan bilinç dışı çatışmalara karşı bir savunmanın ya da uyumsuz hastalık davranışının göstergesi olduğu akılda tutulmalıdır (20, 21).

2.1.2. Tarihçe

Yaklaşık 4000 yıl önce, bedensel belirtilerin “vücutta dolaşan uterus” nedeniyle ortaya çıktığını düşünen Mısırlı’lardan beri bir çok hekim somatizasyonla karşılaşmış ve somatizasyona “histeri”, “hipokondriyazis”, “melankoli” gibi isimler verilmiştir (1, 22). 1682 yılında Sydenham, kadınlarda histeri, erkeklerde hipokondri olarak adlandırdığı somatizasyonun hem bedensel hem de zihinsel komponentinin olduğunu belirtmiş ve tıbbın somatizasyona bakış açısında çığır açmıştır (23). 19. yüzyılın ikinci yarısında Charcot, Janet, Freud, Bleuler gibi isimlerin çalışmaları sonucunda histeri ve hipokondriya kavramı birbirinden ayrılmıştır (1). 1856’da Beard nevrasteni kavramını ortaya atmıştır. Beard’a göre nevrasteni sinirlerin güçsüzleşmesi, halsizlik, vücudun çeşitli bölgelerinde ağrılar, duygu değişiklikleri ile giden bir semptomlar kümesidir. Nevrasteninin bu tanımı günümüzdeki kronik yorgunluk sendromuyla benzerlikler göstermektedir. Freud ise konversiyon histerisi ve nevrasteninin bedensel belirtiler ile seyreden hastalıklar olduğunu belirtmiş fakat iki hastalığın farklı sebeplerle ortaya çıktığını öne sürmüştür (8). 1859 yılında Paul Briquet, histerinin çoklu somatik belirtilerle karakterize bir hastalık olduğundan bahsetmiştir. Yıllar sonra Perley ve Guze kavramı geliştirmiş, anksiyete ve depresif semptomların da eşlik ettiğini belirttikleri bu hastalık DSM-III’te Somatizasyon Bozukluğu olarak kendine yer edinmiştir (9).

2.1.3. Epidemiyoloji

Birinci basamak sağlık merkezlerine başvuran hastaların %15-30'unda tıbben açıklanamayan belirtiler bulunmaktadır (24). Bununla beraber sağlıklı bireylerin %80'inin herhangi bir hafta içerisinde tıbben açıklanamayan semptomlar gösterdiği belirtilmektedir. Green ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmanın sonucunda, genel toplumun %80'inde bir ya da daha fazla bedensel yakınma görülse de bunların yalnızca dörtte birinin sağlık yardımı aradığı ortaya konmuştur. Buna göre tıbben açıklanamayan her semptomun patolojik olarak nitelendirilemeyeceği anlaşılmaktadır (2,14, 21,25).

İngiltere'de gastroenteroloji, kardiyoloji ve nöroloji kliniklerine başvuran ve herhangi bir hastalıkla açıklanamayan yakınmaları bulunan hastaların oranı sırasıyla %53, %42 ve %32 olarak bulunmuştur (26). Benzer bir şekilde başka bir çalışmada nöroloji kliniğine ilk başvurusunu yapan 300 hastanın %30'unda tıbben açıklanamayan semptomlar olduğu belirtilmiştir ve bu hastalarda önemli oranda depresyon ve anksiyete bozukluğu saptanmıştır (27).

Major depresif bozukluk veya anksiyete bozukluğu olan hastaların %50-80'inin birinci basamak başvurularının somatik belirtilerle karakterize olduğu saptanmıştır (19, 28). Dünya Sağlık rgt'nün 1997 yılında Türkiye'yi de içeren 14 farklı ülkede yaptığı çalışmada, tüm merkezlerde depresyon hastalarının somatik yakınma prevalansında artış olduğu kaydedilmiştir. Bu çalışmaya göre Ankara'daki depresif bozukluk tanı kriterlerini karşılayan hastaların %95'i sadece somatik yakınmalar ile bir sağlık merkezine başvurmuşlardır (13, 29).

Somatizasyonun en sık görüldüğü yaş aralığı 20-60 olsa da her yaşta ortaya çıkabilmektedir. (2). Bazı yayınlarda gençlerde daha fazla görüldüğü yönünde bulgular olsa da son zamanlarda yapılan çalışmalarda, yaşlılarda aleksitimi ve somatizasyon eğiliminin daha fazla olduğu ve yaşlılarda görülen depresyonun sıklıkla somatik belirtiler ile maskelendiği belirtilmektedir (18, 30-32)

Kadın ve erkek cinsiyet karşılaştırıldığında, bir çok çalışmada kadınların daha fazla tıbben açıklanamayan belirti ile doktora başvurdukları gösterilmiştir (33-37). Benzer olarak Ankara Gölbaşı Sağlık Ocağı'na başvuran 400 kişi üzerinde yapılan bir araştırmada, açıklanamayan bedensel belirti sayısının kadınlarda erkeklere oranla 2 kat daha fazla görüldüğü ifade edilmiştir (38). Bununla beraber somatizasyon, sadece kadınlarda görülen klinik bir durum olarak kabul edilmemeli, erkeklerde de ortaya çıkabildiği akılda tutulmalıdır. Hatta bir çalışmada erkeklerin depresif epizod sırasında kadınlardan iki kat daha fazla somatik yakınma ilettikleri öne sürülmüştür (30).

Batı kültürlerinde psikolojik sıkıntının bedensel belirtilerle ifade edilmesinin genellikle infantil, regresif ve ilkel bir tutum olduğu algısı yaygındır (39).Yapılan çalışmalarda da ruh sağlığı hizmetlerinin yaygın olmadığı ve ruh hastalıklarının stigmatize edildiği toplumlarda somatizasyonun daha sık görüldüğü belirtilmektedir. Bununla beraber somatizasyonun belirli bir kültüre özgü olmadığı, batı toplumlarında da her zaman somatizasyon ile karşılaşmanın mümkün olduğu unutulmamalıdır (14, 40, 41). Aynı zamanda somatizasyonun boşanmış, dul, sosyoekonomik düzeyi düşük olan bireylerde ve etnik azınlıklarda daha sık görüldüğünü bildiren çalışmalar da bulunmaktadır (32, 42, 43, 44).

Türkiye'de somatizasyon prevalansı ile ilgili yapılmış çok araştırma yoktur. Almanya,İsveç, Danimarka gibi Avrupa ülkelerine göç etmiş Türkler ile yapılan çalışmaların sonuçlarında, Türk göçmenlerde depresif belirtileri somatize etme eğiliminin ve tıbben açıklanamayan belirtilerin daha fazla görüldüğü sonucu bulunmuştur (45-48). 1997 yılında yapılan Türkiye Ruh Sağlığı Profili araştırmasında da ICD-10 kriterlerine göre somatizasyon bozukluğunun yaşam boyu yaygınlığının %0.2 olduğu gösterilmiştir (38).

2.1.4. Etiyoloji

Somatizasyonun etiyojisi tam olarak aydınlatılamamakla beraber oluşmasında psikolojik, biyolojik ve sosyal etkenlerin rol oynadığı bilinmektedir.

2.1.4.1. Genetik Etkenler

Somatizasyonun etiolojisinde genetik etkenlerin rolünün küçük olduğu kabul edilmekle beraber bu konuda yapılan az sayıda ikiz ve evlat edinme çalışmalarının ilginç sonuçları bulunmaktadır. Evlat edinme çalışmalarından elde edilen sonuçlarda, somatizasyonu olan kadın hastaların biyolojik babalarında alkol bağımlılığı bulunduğu ya da bu kadın hastaların babalarının saldırgan suçlar işledikleri gösterilmiştir (49,50). Yapılan ikiz çalışmalarının sonuçları da çelişkili olmakla beraber özellikle somatik anksiyetenin genetik etkenlerle ilişkili olabileceği ifade edilmiştir (51, 52). Başka bir çalışmada ise somatizasyon bozukluğunun monozigot ikizlerde %29, dizigot ikizlerde %10 konkordans gösterdiği belirtilmiştir (38).

2.1.4.2. Biyolojik Faktörler

Somatizasyon bozukluğu olan hastalarda yapılan uyarılmış potansiyel çalışmalarının sonuçları, ilişkisiz periferal uyarımların yeterince filtre edilemediğini ortaya koymaktadır (11, 53). Aynı zamanda somatizasyonu olan bireylerde seçici dikkatte artma, tekrarlayan uyarılara alışma becerisinin yokluğu gibi bilişsel işlev bozukluklarının bulunduğu, bu durumun uyarımların hatalı algılanması ve değerlendirilmesi ile sonuçlandığını gösteren çalışmalar vardır (38).

Çeşitli duyguların oluşması ile tetiklenen otonomik aktivite de somatizasyon ile ilişkilendirilmiştir. Korku, kaygı, heyecan gibi duygular sonucunda ortaya çıkan endokrin ve fizyolojik değişiklikler, kardiyovasküler ve gastrointestinal sistem gibi beden bölümlerinde somatik belirtilere neden olmaktadır (54).

Somatik belirtilerin daha çok bedenin sol yarısında ortaya çıktığı öne sürülmektedir. Konversiyon bozukluğunda nöropsikolojik testler kullanılarak yapılan araştırmaların sonuçları da serebral lateralizasyonu destekler niteliktedir (55).

James ve arkadaşları yaptıkları çalışmada, somatizasyon bozukluğu olan bireylerin sağ paryetal loblarında artmış kan akımı olduğunu bulmuşlardır (56).

Hakala ve arkadaşlarının somatizasyon bozukluğu ve ayrışmamış somatoform bozukluğu bulunan kadın hastalarla sağlıklı kontrolleri karşılaştırdıkları PET çalışmasında, hasta grupta her iki kaudat çekirdek, sol putamen ve sağ presantral girusta azalmış glukoz metabolizması olduğu gösterilmiştir. Aynı hastalar üzerinde MRI ile yapılan hacim araştırmasında ise hasta grubun her iki kaudat çekirdeğinde hacim artması, sol hipokampuslerinde ise hacim azalması olduğu bildirilmiştir (57, 58).

İnterlökin, interferon ve tümör nekrotizan faktör gibi sitokinlerin de somatizasyon fizyolojisinde rol oynayabileceğine dair yayınlar olmasına karşın bu konuda halen yeterince kanıt yoktur (54).

2.1.4.3. Aleksitimi

Kökeni Yunanca'dan gelen aleksitimi terimini ilk kullanan Sifneos'a göre aleksitimi "duygular için kelime olmaması"dır (59). Günümüzde ise aleksitimi, duyguları tanımlama, ayırdetme ve dile getirmede zorluk, hayal kurma yetisinde fakirlik ve somut, dışa dönük düşünmeye eğilim ile karakterize bir kişilik özelliğini tanımlamaktadır (60).

Aleksitimi teorisinin altında yatan temel varsayım, aleksitimik bireylerin bilişsel işlevlerindeki eksiklik sonucu duyguların zihin temsilinin yapılamamasıdır. Bu durumun duyguları anlama ve düzenleme yetisinde fakirliğe neden olduğu düşünülmektedir (61). Somatizasyon ve aleksitimi ilişkisini araştıran pek çok çalışma bulunmakta ve bu çalışmaların çelişkili sonuçları göze çarpmaktadır. Araştırmaların çoğunda aleksitimik bireylerin yüksek derecelerde somatik semptom bildirdikleri, özellikle aleksitiminin duyguları tanımlama ve bedensel duyumlardan ayırma boyutunun somatizasyonla ilişkili olabileceği bildirilmiştir (59). Bu ilişkinin duygusal uyarım sırasında oluşan somatik duyumlara odaklanma, bunları büyütme ya da bu duyumları başka bir hastalığa atfetme yoluyla olduğu düşünülmektedir (62, 63). Somatoform bozukluğu olan hastalar ile sağlıklı kontrollerin karşılaştırıldığı çalışmalarda da somatoform bozukluğu olan hastaların aleksitimi dereceleri sağlıklı

kontrollere göre yüksek çıkmıştır (59). Benzer şekilde esansiyel hipertansiyon, miyokard infarktüsü, inflamatuvar barsak hastalıkları ve kronik ağrı gibi hastalıkları olan bireylerin de aleksitimi puanlarının yüksek olduğu belirtilmektedir (64). Ne var ki aleksitimi; yaş, cinsiyet, eğitim durumu gibi sosyodemografik özelliklere göre değişebilmektedir (65, 66). Aynı zamanda depresyon, anksiyete, negatif duygulanım gibi psikiyatrik durumlar ile aleksitimi arasında doğru yönde ilişki bulunduğu dair yayınlar vardır (67, 68). Yapılan araştırmaların çoğunda aleksitimi puanları depresyon ve anksiyete düzeylerine göre düzeltilmemiştir. Lundh ve Simonsson-Sarnecki'nin yaptıkları çalışmada ise hastaların depresyon ve anksiyete düzeylerine göre kontrol edilmiş aleksitiminin, somatizasyon belirleyicisi olmadığı sonucuna varılmıştır (13).

2.1.4.4. Bedensel Duyumları Büyütme (Somatosensory Amplification)

Bedensel duyumların yoğun, rahatsız edici ve tehlikeli olarak algılanması şeklinde tanımlanan bedensel duyumları büyütme, sıklıkla somatizasyon ile ilişkilendirilmiştir. Kavramı ilk kez ortaya atan Barsky ve arkadaşlarına göre bedensel duyumları abartmanın üç ögesi vardır: 1) Bedensel duyumlar üzerine artmış dikkat 2) Nispeten zayıf ve seyrek olan duyumlara konsantre olma eğilimi 3) Bedensel duyumlara verilen duyuşal-bilşsel yanıtlarla onları rahatsız edici ve tehlikeli olarak algılama. Bedensel duyumları büyütmenin durumsal (duygudurum, uyarılmışlık hali gibi durumlarda ortaya çıkan) ya da sürekli (yapısal veya çocukluk çağında öğrenilmiş davranışlar) olarak görülebildiği belirtilmektedir (69). Bedensel duyumları büyütmenin somatizasyon patogeneğinde rol oynadığını bildiren çalışmalar olduğu kadar aksini düşündüren yayınlar da bulunmaktadır (70-73). Daha önce de belirtildiği gibi aleksitimik bireylerin bedensel duyumlara daha fazla odaklandıkları ve onları büyüttükleri, bu nedenle daha çok somatik yakınma bildirdikleri düşünülmektedir. Fonksiyonel dispepsi, kronik ağrı gibi psikosomatik hastalığı olan kişiler üzerinde yapılan araştırmalar, aleksitimi ve bedensel duyumları büyütme arasındaki ilişkiyi destekler niteliktedir (31,74-76).

Sayar ve arkadaşları 100 depresyon hastası üzerinde yaptıkları çalışmada bedensel duyuları büyütmenin anksiyete, depresyon ve aleksitimi düzeylerinden bağımsız olarak, depresyona eşlik eden somatizasyonun yordayıcısı olduğunu bulmuşlardır (13). Depresyon ve bedensel duyuları büyütme arasında zayıf bir ilişki olduğunu bildiren ya da iki durumun ilişkisiz olduğunu gösteren araştırmalar da dikkati çekmektedir (77, 78).

2.1.4.5. Nörotisizm ve Olumsuz Duyulanım (Negatif Affektivite)

Nörotisizm; korku, öfke, üzüntü, utanç gibi olumsuz duyguları yaşamaya eğilim, dürtü ve arzuları kontrol edememe ve stresle başa çıkmakta zorlanma gibi özelliklerle karakterize bir kişilik özelliğidir (79). Nörotisizmin, depresyon, anksiyete bozukluğu, somatoform bozukluklar gibi bir çok psikiyatrik hastalıkla ilişkili olduğu düşünülmektedir (80). Özellikle nörotisizm ve somatizasyon ilişkisi geçmiş yıllardan beri bir çok kez çalışılmış ve bu çalışmaların çoğunda yüksek nörotisizm puanları alanların daha fazla tıbben açıklanamayan belirti bildirdikleri gösterilmiştir (81,82). Olumsuz duygulanımı (Negatif Affektivite) olan bireylerde ise kaygı, karamsarlık, çevreye uyumsuzluk, içedönüklük, yetersizlik ve kusurlarını abartma gibi kişilik örüntüleri görülmekte ve bu bireylerin somatik yakınmalarını büyütme eğiliminde oldukları düşünülmektedir (83, 84). Affleck-Glenn ve arkadaşları romatoid artiritli hastalarda yaptıkları çalışmada yüksek nörotisizm skorları olan hastaların ağrıya daha duyarlı olduklarını ve ağrıyı felaketleştirdiklerini öne sürmüşlerdir (85). Costa da kardiyak olmayan göğüs ağrısı saptanan hastaların koroner arter hastalarına göre daha yüksek nörotisizm puanları aldığını, nörotisizmin bu hastalarda var olan depresyon ya da anksiyete gibi psikiyatrik durumlarla ilişkili olduğunu belirtmiştir (86). Başka bir çalışmada ise major depresyonu olan hastalarda ağrı ve nörotisizm arasında anlamlı ilişki olduğu ve nörotisizm varlığının yetiyetimini arttırdığı, major depresyonu olmayan hastalarda ise böyle bir ilişkinin bulunmadığı bildirilmiştir (81).

Daha önce de bahsedildiği gibi aleksitiminin somatizasyonla bağlantısı uzun zamandır araştırılmakta, bu araştırmaların bazıları da nörotisizm, olumsuz

duygulanım ve aleksitiminin birlikte somatizasyon üzerindeki rolüne yoğunlaşmaktadır (67, 87, 88).

Bailey ve Henry, 301 sağlıklı yetişkin üzerinde yaptıkları çalışmada olumsuz duygulanımın aleksitimi ve somatizasyon arasında bağdaştırıcı etkisi olduğunu, olumsuz duygulanım yokluğunda aleksitiminin somatizasyonla ilişkili olmadığı sonucuna varmışlardır (89). De Gucht ve arkadaşları da aleksitimi, negatif/pozitif affekt, nörotisizm ve somatizasyon etkileşimini araştırdıkları çalışmada affektif durumun somatizasyonun ortaya çıkmasında kilit rol oynadığı, aleksitimi ve nörotisizmin dolaylı olarak somatizasyonla bağlantılı olduğu belirtmişlerdir. Aynı çalışmada aleksitiminin duyguları tanıma ve ayırtetme boyutunun ise tek başına somatizasyon ile ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır (90).

2.1.4.6. Psikanalitik Kuram

Geleneksel psikanalitik görüşe göre somatizasyonu olan hastalar, belli bir gelişim döneminde takılma, patolojik savunma düzenekleri, travmatik yaşantılar ya da çatışmalar gibi nedenlerle duygusal yaşantılarını sözelleştirme yeteneğinden yoksundur (91). Gelişimsel süreçte infantil somatik ifadelerin yerini duygu ve düşüncelerin alması böylece “desomatizasyon” oluşması gerekmektedir. Psikanalistlere göre çözülmemiş içsel çatışmalar regresyona neden olmakta, böylece psişik ifadeler yerine somatik ifadelerin kullanıldığı immatür bir savunma mekanizması olan somatizasyon ortaya çıkmaktadır (92).

Freud’a göre nevrasteni, kaygı nevrozu ve hipokondri gibi aktüel nevrozlarda bastırılan dürtüler bedenselleşme yoluyla boşalırlar. Bu dürtüler, histerik nevrozlardan farklı olarak sembolik bir anlam taşımazlar. Konveriyon histerisinde ise bu hastalıklardan farklı olarak bastırılmış cinsel dürtüler bedensel bir belirtiye dönüştürülür ve bu bedensel belirti bir anlam taşır (8).

2.1.4.7. Bağlanma ve Öğrenme

İstismar gibi çocukluk çağı travma yaşantılarının erişkin dönemde depresyon ve anksiyeteye yatkınlık oluşturduğu, bunun da tıbbi başvuruyu ve bedensel yakınmaları arttırdığı dūřünölmektedir (93). Aynı şekilde erişkin dönemde maruz kalınan fiziksel saldırı, doğal afet gibi travmaların da psikolojik sıkıntı ile beraber somatik yakınmaları alevlendirdiği belirtilmektedir. (94)

Erişkin somatizörlerin çoğunun çocukluk çağında fiziksel bir hastalık yaşadıkları yapılan araştırmalarda gösterilmiştir. Fiziksel hastalık, çocuğun kendilik algısını bozarak ilgi ve bakıma muhtaç bir kendilik oluşturmasına neden olmaktadır. Bakım verenlerin çocuğa sadece hastalık dönemlerinde ilgi göstermesi, diğer gereksinimlerini yeterince umursamaması, çocuğun sadece bedensel acı için bakım verilen, ilgi gösterilen bir model yaratması ile sonuçlanabilmektedir (95). Çocuklukta güvenli bağlanma geliştirememiş kişilerin ileriki yaşamlarında sık sık tıbbi yardım arayarak sağlık çalışanlarından ilgi bekledikleri öne sürölmektedir (84, 96). Aile bireylerinde görölen bedensel hastalık veya hastalık davranışı da çocukların kişilerarası iletişimi bedensel yakınmalar yoluyla kurmasına neden olabilir. Hasta olan aile üyesinin sevgi ve ilgi toplaması çocukta yaşamın sonraki dönemlerinde somatizasyon ve buna bağlı ikincil kazançların ortaya çıkmasıyla sonuçlanabilir (95, 97).

2.1.5. Klinik Özellikler ve Sınıflandırma

Daha önce de belirtildiği gibi sağlıklı bireylerde de tıbben açıklanamayan belirtiler sık görölmektedir. Somatizasyonu patolojik olarak değerlendirmek için kişinin bedensel yakınmalarını fiziksel bir hastalığa atfetmesi, bu durum için tanı ve tedavi arayışına girmesi ve sosyal- mesleki işlevselliğinin azalması gerekmektedir.

Lipowski'ye göre somatizasyonun üç tane bileşeni vardır. Birincisi “yaşantısal (experiental)” bileşen, hastanın ağrı gibi herhangi bir bedensel yakınmayı algılamasını tanımlar. Bu bedensel algıyı ciddi, ölümcöl olabilecek bir fiziksel

hastalığa atfetmesi ikinci bileşeni yani “bilişsel (cognitive)” bileşeni ortaya çıkarır. Üçüncü bileşen ise hastanın yakınmaları için tanı ve tedavi arayışına girdiği “davranışsal (behavioural)” bileşendir (2).

Katon ve arkadaşları tıbben açıklanamayan belirtileri dört aşamalı bir süreç içinde incelemiştir. Belirtinin kişinin dikkatini çekmesi birinci aşama, belirtinin önemini kendince belirlemesi ikinci aşama, tıbbi yardım arayışına girmesi ise üçüncü aşamadır. Lipowski'den farklı olarak tanımladıkları dördüncü aşamayı oluşturan, hastanın hekim ile etkileşimidir. Hasta-hekim ilişkisinin güvenli bir zemine oturamaması ya da iyi kurulamaması, hastanın endişelerinin ve sağlık merkezlerine başvurularının artması ile sonuçlanmaktadır. (94).

Somatizasyonu olan hasta, vücudun herhangi bir bölümünde veya herhangi bir organ sisteminde belirtilerden

yakınabilir (98, 99, 100). En sık görülen yakınma olan ağrı, sıklıkla göğüs ve karın ağrısı, baş ağrısı ya da sırt ağrısı olarak karşımıza çıkabilmektedir (2, 101). İkinci sıklıkta görülen belirtiler ise halsizlik, sersemlik, baş dönmesi ve nefes darlığı olarak belirtilmektedir (98). Kirmayer'e göre en sık görülen bedensel belirtiler kas-iskelet sistemi ağrıları, kulak-burun- boğazla ilgili yakınmalar, gastrointestinal belirtiler, halsizlik ve sersemliktir (24). Katon ve arkadaşları ise toplumda en sık görülen bedensel belirtileri baş ağrısı, yorgunluk ve karın ağrısı olarak bildirmişlerdir (94). Reid ve arkadaşları hastaneye sık başvuru yapan 361 hasta üzerinde yaptıkları çalışmada hastaların %27'sinin belirtilerini açıklayacak bir tanı konulmadığını, ve bu belirtilerin de sırasıyla karın ağrısı, göğüs ağrısı, baş ağrısı ve sırt/bel ağrısı olduğunu belirtmişlerdir (36). Steinbrecher ve arkadaşları ise 620 birinci basamak hastasında yaptıkları çalışmada en sık görülen tıbben açıklanamayan belirtileri sırt ağrısı (54.9%), eklem ağrısı (45.5%), yorgunluk(37.3%), uyku problemleri (36.4%) ve kas ağrısı (26.9%) olarak sıralamışlardır (101).

Somatizasyon iyi tanımlanmış bir tanı sınıfı ya da bozukluk değil, geniş kapsamlı bir klinik görüngüdür. Buna bağlı olarak somatizasyonu bulunan bireyler oldukça heterojen bir grup oluşturmaktadır. Somatizasyonun süresi, şiddeti,

duygudurum bileşeninin katılım derecesi ve şiddeti, bireyin duygularını tanıma ve anlatma yeteneği olgular arasında büyük değişkenlik göstermektedir (30).

Klinikte pratik uygulamalar amacıyla somatizasyon için farklı sınıflandırma şekilleri önerilmiştir.

1- Lipowski, pratik uygulamada somatizasyonu geçici ve süreğen olarak ayırmayı uygun görmüştür. Buna göre;

- a) Geçici somatizasyon: Genelde matem gibi stresli bir yaşam olayına tepki olarak ortaya çıkar ve sıkıntının azalması ya da hekimin hastaya önemli bir hastalığının olmadığına dair güvence vermesi sonucunda iyileşir.
- b) Süreğen somatizasyon: Genellikle yaşam boyu süren, kronik, sağlık sistemi için yük oluşturan ve hastada değişen derecelerde yeti yitimine yol açan bir durumdur (2).

2- Escobar 1987' de yaptığı sınıflamada somatizasyonu 4 grupta toplamıştır.

- a) Birincil somatizasyon: DSM-III'e göre somatizasyon bozukluğu, diğer somatoform bozukluklar ve kronik somatizasyon
- b) Eşlik eden somatizasyon: Şizoaffektif bozukluk, anksiyete bozukluklarına eşlik eden
- c) Gizli somatizasyon: Maskeli depresyon, depresyon eşdeğerleri
- d) Kişilik özelliği olarak somatizasyon (103, 104).

3- Kirmayer ve Robbins birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran hastalarda yaptıkları gözlemler sonucunda somatizasyonu üç grupta toplamıştır:

- a) İşlevsel (Fonksiyonel) somatizasyon: Kadınlarda organik bir nedene bağlanamayacak en az 6, erkeklerde en az 4 çoğul somatik yakınma ile ortaya çıkan,

- b) İkincil (Presenting) Somatizasyon: Depresyon ve anksiyetenin temel belirtisi olarak görülen,
- c) Hipokondriyak somatizasyon: Hekimin güvencesine rağmen bedensel yakınmaların ciddi bir hastalığa atfedilmesi (24, 105)

4- Belirti sayısı ve yetiyitimi düzeyine göre somatizasyon tipleri:

- a) Diversiform somatizasyon: Farklı sistemlere ait çok sayıda yakınmayı içerir ve sıklıkla psikiyatrik bir bozukluğa eşlik eder.
- b) Yüksek frekanslı somatizasyon; En çok karın ve sırt bölgesini tutan az sayıda fiziksel belirti ve daha fazla yetiyitimi ile karakterizedir, hipokondriyasis ile benzer klinik özellikler taşır (106).

5. Son olarak somatizasyonun klinik tabloda ön plana çıktığı durumlar DSM-IV'te Somatoform Bozukluklar olarak sınıflandırılmıştır. Somatizasyon, somatoform bozuklukların temel semptomudur (107).

Escobar ve arkadaşları, somatik belirtilerle seyreden her hastanın somatizasyon bozukluğu tanı kriterlerini karşılamadığını farketmişler ve “Abridged (Kısaltılmış) Somatization” kavramını geliştirmişlerdir. Buna göre Somatik Semptom Envanterinde (SSI) yer alan, erkekler için 4, kadınlar için ise 6 belirti, somatizasyon tanısı için yeterlidir (108).

Psikosomatik hastalıklar olarak tanımlanan fibromiyalji, gerilim tipi baş ağrısı ve irritabl barsak sendromu gibi hastalıklarda fizyolojik bir işlev bozukluğu gösterilebilmekte ve bu sınıflamadaki hastalıkların oluş, iyileşme, kötüleşme ve nüks etme nedenleri arasında psikososyal etkenlerin önemli rol oynadıkları düşünülmektedir. (109). Her ne kadar fizyolojik işlev bozukluğu bulunsada hastaların yakınmalarının abartılı olduğu görüşü yaygındır. Psikosomatik hastalıkların tersine bazı hastalarda ise fizyolojik işlev bozukluğu gösterilememesine rağmen bedensel yakınmalar ortaya çıkabilmektedir. Bu tip hastalarda yakınmalar, hastaların psikolojik huzursuzluk ve gerginliklerini sembolize eder ve tamamen subjektiftir (18, 37,110). DSM-IV-TR ve ICD-10 sistemleri, yukarıda bahsedilen

klasik psikosomatik veya psikofizyolojik hastalıklar tanımını tamamen terketmiştir. Fibromiyalji, irritabl barsak sendromu, migren gibi hastalıkların psikiyatrik bileşenleri DSM-IV-TR'de Eksen I'de, fiziksel bileşenleri ise Eksen III'de yer almaktadır (109).

2.1.6. Tanı

İyi alınmış bir anamnez ve ruhsal muayene genellikle hastalardaki somatizasyon varlığını belirlemek için yeterlidir. Bunun öncesinde, belirtilerin organik nedenlerinin mutlaka dışlanması gerekmektedir (111). Somatizasyonun şiddetini ölçen, ilişkili olduğu psikiyatrik durumları değerlendiren, kişinin belirtilerini nasıl yorumladığını sorgulayan, geçerlik ve güvenilirlikleri yapılmış ölçekler de tanı için yardımcıdır. En çok kullanılan ölçekler şunlardır:

- 1) Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R) Somatizasyon Alt Ölçeği
- 2) Bedensel Duyumları Abartma (Büyütme) Ölçeği (BDAÖ)
- 3) Belirti Yorumlama Ölçeği
- 4) Somatik Semptom Envanteri (SSI 4/6)
- 5) Hasta Sağlık Anketi Somatik Semptom Alt Ölçeği (PHQ-15)
- 6) MMPI Hipokondriya Alt Ölçeği (25, 112)

Somatizasyonun tek başına tanı koyulabilecek bir bozukluk değil, çeşitli psikiyatrik bozukluklara eşlik eden ya da temel belirtisini oluşturan, bazı tıbbi hastalıkların prognozunu etkileyen bir kavram olduğu akılda tutulmalıdır.

2.1.7. Somatizasyon ve Sıklıkla Eşlik Ettiği Psikiyatrik Bozukluklar

2.1.7.1. Somatizasyon ve Depresyon

Epidemiyolojik ve klinik çalışmalar, depresif bozukluk ve somatizasyon arasında yakın bir ilişki olduğunu göstermektedir (113).

Bedensel yakınmalar bazen depresyonun en önde gelen belirtisi olabilir. Akiskal, toplumda en sık görülen affektif bozukluk türünün somatik belirtilerle ortaya çıkan depresyon olduğunu öne sürmüştür (114). Yapılan bir çalışmada psikiyatri kliniklerinde yatmakta olan veya ayaktan izlenen depresyon tanısı konmuş hastaların %10-%30'unun ilk başvurularında bedensel şikayetler tanımladıkları ortaya konmuştur (115). Kirmayer ve arkadaşları ise major depresyon ve anksiyete bozukluğu tanısı alan bireylerin %70-80'inin birinci basamak sağlık kuruluşlarına somatik yakınmalar ile başvurduklarını belirtmişlerdir (52). Bu durum birinci basamak sağlık kuruluşlarında depresyonun tanınmasını zorlaştırmakta, somatize eden hastaların gerekli ve yeterli tedaviye ulaşamamaları ile sonuçlanmaktadır (116).

Depresyonda hemen hemen her organ sistemini içeren bedensel yakınma görülebilmektedir. Ağrı, halsizlik, yorgunluk, sersemlik, göğüste baskı hissi, nefes darlığı, çarpıntı ve gastrointestinal yakınmalar en sık görülen somatik belirtilerdir (115,117).

Depresif bireylerde olumsuz ve kötümser bilişsel şemaların hastalık anılarını taze tuttuğu, kişinin sağlık durumunu olumsuz olarak algılamasına zemin hazırladığı ve böylece kişinin hoş olmayan bedensel yaşantılara daha duyarlı hale geldiği düşünülmektedir (113). Lipowski'ye göre de depresyonda görülen somatik yakınmalar, regresyon sonucunda kişinin geçmişte yaşadığı hastalık anılarının canlanması yoluyla ortaya çıkar (115). Hamilton ise depresyon ile ilişkili olan somatizasyonun çoğunlukla anksiyeteye bağlı olduğu görüşünü savunmuştur (118). Depresyonda görülen serotonin, noradrenalin gibi nörotransmitter sistemleri ve çeşitli hormonal dizgelerdeki değişimlerin de somatik belirtilere neden olduğu yönünde görüşler bulunmaktadır (30). Depresyon ve somatizasyon birlikteliğiyle ilgili olarak literatürde üç farklı görüş bulunmaktadır.

Birinci görüşe göre somatizasyon depresyonun eşdeğeridir. Bu yaklaşım, kronik ağrı ve depresyon ile ilgili çalışmaların sonuçlarıyla ağırlık kazanmıştır. Buna göre kronik ağrı ya da depresyondan hangisinin birincil, hangisinin ikincil olduğunun pratikte bir önemi yoktur. Önemli olan, varsa depresyonun tanınması ve tedavi edilmesidir. (119). İkinci görüşe göre somatizasyon, anksiyete ve depresyonun özgül

bir formudur. Bu görüş, somatik yakınma ve hipokondriyak uğraşların ön planda olduğu maskeli depresyon kavramı nedeniyle ortaya atılmıştır. Üçüncü görüş ise, somatizasyonun depresyonun temel belirtisi olduğunu ve depresyonun tanı kriterleri içine somatik yakınmaların da dahil edilmesi gerektiğini savunur. Bu yaklaşımların hiçbirisinin doğruluğu kesin olarak kanıtlanamamıştır (30).

2.1.7.2. Somatizasyon ve Anksiyete Bozuklukları

Somatizasyonun anksiyete bozuklukları ile ilişkisi, depresyonda olduğu kadar nettir (18). Anksiyete bozukluğu olan hastaların normal bireylere göre daha fazla bedensel belirti gösterdikleri bilinmektedir. Özellikle panik bozukluk ve yaygın anksiyete bozukluğunda görülen göğüs ağrısı, çarpıntı, baş dönmesi, nefes darlığı, terleme, hiperventilasyon gibi çeşitli bedensel belirtiler anksiyetenin somatik görünümüne örnek oluşturmaktadır (120, 121).

Kellner ve arkadaşlarının nörotik hastalar üzerinde yaptıkları bir çalışmada somatik belirtilerin depresyona oranla anksiyete ile daha güçlü ilişkisi olduğu bildirilmiştir (18). Bridges ve arkadaşları da somatizörlerin daha anksiyöz, psikolojize edenlerin daha depresif olduklarını öne sürmüşlerdir (122). Çoğu hastada anksiyete ve depresyon birlikteliği, somatik yakınmaların hangisinden kaynaklandığını ortaya çıkarmak açısından kafa karıştırıcı olabilmektedir. Çarpıntı, terleme, hiperventilasyon daha çok anksiyete ile, iştahsızlık, yorgunluk ise daha çok depresyonla ilişkili bulunmuştur (18).

Anksiyete, kişinin sağlığıyla ilgili olumsuz bilişsel değerlendirmelere yol açar, bedensel belirtilerin daha tehlikeli olarak değerlendirilmesine sebep olur. Anksiyöz kişiler bedensel duyularını felaketleştirerek, ciddi fiziksel hastalıklara atfederler. Anksiyete aynı zamanda bedene yönelik ilgi ve dikkati artırarak daha önce de var olan belirtilerin abartılmasına neden olur (123).

Somatizasyon, depresyon ve anksiyete bozuklukları dışında somatoform bozukluklar, kişilik bozuklukları ve psikotik bozukluklar ile de yakın ilişkidir.

1.1.8. Tedavi

Somatizasyon tedavisinin etkin olabilmesi için ilk önce hasta–hekim ilişkisinin iyi kurulması gerekmektedir. Bedenselleştiren bireyler klinisyenlerin çoğu tarafından zor, irrite edici, doktoru hayal kırıklığına uğratan hastalar olarak görülmektedir (124). Hastayı yeterince dinlememek, kaygılarını ciddiye almamak, belirtileri “uydurma” olarak adlandırmak terapötik ilişkiyi kısıtlamakta, bedenselleştiren hastaların tıbbi yardım arayışını ve sağlık harcamalarını arttırmaktadır (37). Yeterli tedavi almamış kardiyak olmayan göğüs ağrısı yakınması bulunan hastalarla yapılan bir 10 yıllık izlem çalışmasında, hastaların dörtte üçünün 10 yıl sonra bile yakınmalarının devam ettiği ve işlevselliğinin bozuk olduğu gösterilmiştir (125).

Hastaların tıbbi kayıtlarını detaylı olarak incelemek, yakınmaları nedeniyle çektikleri sıkıntıların anlaşıldığını göstermek, yakınmalarının gerçekliğine inanıldığını belirtmek, hastaların hekime güven duymasını sağlamaktadır. Bu aşamadan sonra belirtilerinin stresle ilişkili olabileceği, yaşamlarındaki sorunların bu tarz belirtilerle bağlantılı olabileceği anlatılmalıdır. Semptomların yeniden yorumlanması ve sıkıntıyla başa çıkma yönünde eğitimler verilmelidir (2, 49).

Yapılan bir meta analizde antidepresanların tıbben açıklanamayan belirtiler üzerindeki etkisini araştıran 94 çalışma ele alınmış ve bu çalışmaların %69’unda antidepresanlar etkili bulunmuştur (126). Kronik ağrı, fibromyalji, migren gibi psikosomatik hastalıklarda da antidepresan kullanımının bedensel belirtiler üzerinde etkili olduğu bilinmekte fakat bu durumun komorbid anksiyete ve depresyonun düzelmesiyle ilişkili olabileceği tartışılmaktadır (1). Bununla beraber ilaç reçete ederken hastaların bu maddeleri uygunsuz kullanabilecekleri, bağımlılık geliştirebilecekleri ya da özkıyım amacıyla tüketebilecekleri akılda tutulmalıdır (127). Somatizasyonun etkili tedavisi, farmakolojik ve farmakolojik olmayan

yöntemlerin beraber kullanılmasını gerektirmektedir (128). Farmakolojik olmayan yöntemler arasında en sık kullanılanı bilişsel davranışçı terapilerdir. Kroenke ve Swendel psikoterapilerin somatizasyon üzerindeki etkinliğini araştırmak için 27 çalışmayı gözden geçirmiş ve bu çalışmaların %70'inde bilişsel davranışçı terapinin diğer tedavilere üstün bulunduğunu belirtmişlerdir (37).

2.2. GÖĞÜS AĞRISI

Göğüs ağrısı (angina), hem acil servis hem de diğer kliniklere başvuru nedenleri arasında üst sıralarda sayılmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde 1 yıl içinde göğüs ağrısı nedeniyle polikliniklere başvuran kişi sayısının yaklaşık 8,9 milyon, aynı nedenle acil servise başvuran kişi sayısının ise 5,8 milyon olduğu bildirilmektedir (129, 130). Göğüs ağrısı pek çok hastada farklı görünümde olabilir. Hastada ve doktorda ilk olarak hayatı tehdit eden bir durumu akla getirirse de nedenleri çeşitlidir. Göğüs ağrısı üç grupta sınıflanabilir:

a) Tipik Angina

- Karakteristik özellik ve sürede ortaya çıkma
- Egzersiz veya emosyonel stresle tetiklenme
- istirahat ve/veya dil altı nitrat uygulaması ile rahatlama

b) Atipik Angina

- Yukarıdaki özelliklerden ikisinin bulunması

c) Kardiyak Olmayan Göğüs Ağrısı

- Yukarıdaki özelliklerden birinin bulunması ya da hiçbirinin bulunmaması (131)

2.2.1. Kardiyak Kökenli Olmayan Göğüs Ağrısı (Non-Kardiyak Göğüs Ağrısı)

Göğüs ağrısı ile bir sağlık kuruluşuna başvuran hastalarda akla ilk gelen patoloji akut miyokard infarktüsü olsa da yapılan araştırmaların sonuçlarında, angina nedeniyle kardioloji bölümüne sevk edilen hastaların %50'sinde kardiyak patoloji saptanmadığı belirtilmektedir. Benzer şekilde angina nedeniyle yapılan koroner anjiyografi sonuçlarında hastaların %10-30'unun koroner arterleri normal olarak raporlanmaktadır (4, 5, 132). Hatta iskemik kalp hastalığı olduğu bilinen bazı hastalarda da zaman zaman kardiyak kökenli olmayan göğüs ağrısı ortaya çıkabildiği, bu durumun klinisyenin ayırıcı tanı yapmasını zorlaştırdığı ifade edilmektedir (133).

Kardiyak olmayan göğüs ağrısı (KOGA), panik bozukluk başta olmak üzere sıklıkla psikiyatrik bozukluklarla ilişkilendirilmiştir. Yapılan çeşitli çalışmalarda acil servise başvuran ve KOGA bulunan hastalarda panik bozukluk yaygınlığının %6-30 olduğu bulunmuştur (134, 135). Depresif bozukluk, diğer anksiyete bozuklukları, somatizasyon bozukluğu gibi hastalıklarda da KOGA görülebilmektedir (136, 137). Yapılan araştırmaların çoğunda KOGA olan hastalarda depresyon ve anksiyete bozukluğu yaygınlığının, koroner arter hastalarına oranla daha fazla olduğu öne sürülmektedir (138). Bununla beraber Eken ve arkadaşlarının göğüs ağrısı ile acil servise başvuran 324 hasta üzerinde yaptıkları çalışmada iki grup arasında depresyon ve anksiyete bozukluğu açısından fark olmadığı gösterilmiştir (139).

Katon ve arkadaşları gençlerde, kadın cinsiyette ve taşikardi, baş dönmesi gibi otonomik semptomların fazla görüldüğü hastalarda kardiyak olmayan göğüs ağrısı sıklığının arttığını belirtmişlerdir (134).

Gastroözefagial reflü gibi üst gastrointestinal sistem hastalıkları, solunum sistemi hastalıkları, kas-iskelet sistemi ile ilişkili bozukluklar da, non-kardiyak göğüs ağrısına neden olan diğer durumlar olarak sayılmaktadır (140).

Kardiyak olmayan göğüs ağrısı etkin olarak tedavi edilmediğinde kronik, yineleyici olma eğilimindedir. Mortalitesi az olmasına rağmen hastaların yaşam

kalitesini ciddi anlamda bozmakta, sağlık hizmeti kullanımını ve buna bağlı olarak sağlık harcamalarını arttırmaktadır (138). Antidepresan tedavi ile beraber uygun psikososyal yaklaşımların KOGA prognozunu olumlu etkilediği belirtilmektedir (6,7).

3. ARAÇ VE YÖNTEMLER

Araştırmaya 01.11.2011-01.02.2012 tarihleri arasında, Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı tarafından koroner anjiyografi uygulanmış, 18-65 yaş aralığında, okur-yazar olan 42 hasta ve 38 sağlıklı kontrol dahil edilmiştir. Hasta ve kontrol grubunda demans, amnestik bozukluk, mental retardasyon gibi bilişsel yetersizliğe neden olabilecek bir hastalığı olanlar, psikotik bozukluk (şizofreni, sanrılı bozukluk vs.) tanısı bulunanlar, son 6 ay içinde herhangi bir psikiyatrik tanı ve/veya tedavi öyküsü bulunanlar, ölçekleri doldurmaya engel olabilecek tıbbi hastalığı olanlar, anjiyografi uygulanmasına neden olan yakınmayı açıklayacak başka tıbbi hastalığı olanlar çalışmaya dahil edilmemiştir. Araştırmaya katılmaya gönüllü olan hasta ve sağlıklı kontrollere sosyodemografik veri formu, 26 soruluk Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-26), 24 soruluk Eysenck Kişilik Anketi-Gözden Geçirilmiş Kısa Formu (EKA-GGK), Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği (BDAÖ) ve Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R), Hamilton Depresyon (HAM-D) ve Hamilton Anksiyete (HAM-A) ölçekleri uygulanmıştır.

Araştırmaya katılan hasta ve kontrol grubu araştırma hakkında bilgilendirilmiş ve çalışmaya katıldıklarını kabul ettiklerine dair onamları alınmıştır. Aynı zamanda araştırma için Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi yerel etik kurulundan da onay alınmıştır.

3.1. SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

Çalışmaya katılanların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, meslek, aylık gelir, psikiyatrik ve tıbbi hastalık öyküsü, koroner anjiyografi yapılma nedenleri ve koroner anjiyografi sonuçlarının kaydedildiği bir formdur.

3.2. TORONTO ALEKSİTİMİ ÖLÇEĞİ

Taylor ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçeğin orijinalinde 26 soru bulunmaktadır ve 5'li likert tipindedir (141). Bir öz bildirim ölçeği olan Toronto Aleksitimi Ölçeği'nin 4 alt boyutu vardır. Birinci boyut duyguları tanıma ve ayırt edebilmeyi, ikinci boyut duyguları söze dökülebilmeyi, üçüncü boyut hayal kurma yeteneğini, dördüncü boyut ise içsel deneyimler yerine dışsal olaylara odaklanmayı ölçer (142). Dereboy ölçeği Türkçe'ye uyarlayıp geçerlilik ve güvenilirliğini yapmış, aynı zamanda cevapları "Evet-Hayır" şekline dönüştürmüştür (143). 1992 yılında Bagby ve arkadaşları ölçeği kısaltarak günümüzde daha sık kullanılan 20 soruluk şeklini yayınlamışlardır. TAÖ'nin bu kısa formu hayal kurma yeteneğini ölçmediği için eleştirilmiştir fakat daha sonra Zimmerman ve arkadaşları yapılan araştırmanın amacına yönelik olarak her iki ölçeğin de kullanılabilirliğini açıklamışlardır (144). Bizim çalışmamızda ise TAÖ'nin 26 soruluk formu kullanılmıştır.

3.3. EYSENCK KİŞİLİK ANKETİ- GÖZDEN GEÇİRİLMİŞ KISA FORMU

Eysenck tarafından geliştirilen, kişiliğin değişik özelliklerini değerlendirme amacıyla kullanılan bu ölçek 24 sorudan oluşan, evet-hayır şeklinde cevaplanan bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçeğin orijinalinde 48 soru bulunmaktadır. Francis ve arkadaşları 1992 yılında ölçeği kısaltarak 24 soruya indirmiş ve bugünkü sık kullanılan haline dönüştürmüşlerdir (145). EKA-GGK'nun dört alt ölçeği bulunmaktadır. Kişilik özellikleri nörotisizm, dışa dönüklük ve psikotisizm olmak üzere üç alt ölçekle değerlendirilmektedir. Yalan alt ölçeği ise tüm anketin geçerliliğini sıyanan bir kontrol skalasıdır. Nörotisizmin kaygı, korku, düşük benlik saygısı gibi özellikleri taşıdığı; dışa dönüklüğün konuşkan, sosyal, dürtüsel, zaman zaman güven telkin etmeyen, kontrolsüz duyguları olan bir kişilik özelliğini tanımladığı; psikotisizmin mesafeli olma, saldırganlık, diğer insanlara duyarsız olma, antisosyal davranışlar gibi özellikleri tanımladığı belirtilmektedir. Her alt ölçek 6'şar sorudan oluşmaktadır. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Karancı ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (146).

3.4. BEDENSEL DUYUMLARI ABARTMA (BÜYÜTME) ÖLÇEĞİ

Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği, kişinin fiziksel bir hastalıkla ilgisi olmayan olağan bedensel duyumlara veya bir hastalığın belirtisi olmayan nötral ve hoş olmayan uyaranlara karşı duyarlılığını ölçmek için Barsky ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (69, 123). 10 sorudan oluşan, likert tipi, 1-5 arası puanlanan ve bir hastalığa işaret etmeyen bir dizi rahatsız edici bedensel duyumu sorgulayan bir öz bildirim ölçeğidir. Kesme puanı yoktur. Toplam puan, büyütmeye/abartma puanı olarak değerlendirilir. Türkçe güvenilirlik çalışması Sayar ve arkadaşları tarafından 2007 yılında yayınlanmıştır (78).

3.5. SCL-90-R

Genel olarak psikiyatrik belirtileri, bireyin maruz kaldığı zorlanmayı, yaşadığı olumsuz stres tepkisini, huzursuzluğu ve sıkıntıyı ölçmek için Derogatis tarafından geliştirilmiş, Dağ tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır. Bir tarama ölçeği olan SCL-90-R tanı koymak için kullanılmamaktadır (147,148). 90 maddeden oluşan, 5 dereceli Likert tipi bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Her soru belirtinin şiddetine göre 0 ile 4 arasında puanlanır. Buna göre her bir sorudan 0-4 arasında bir puan elde edilir. Testin tamamından alınan toplam puanın boş bırakılanlar hariç tüm maddelere bölünmesiyle elde edilen Genel Belirti Düzeyi (Global Symptom Index/GSI) puanı psikiyatrik belirtilerden duyulan sıkıntının artışına işaret eder ve ölçeğin en güvenilir parametresi olarak kabul edilir. Tarama amacıyla kullanıldığında genel belirti düzeyinin kesme puanı sıklıkla 1 puan olarak alınmaktadır. Alt ölçekler için de o alt ölçeği oluşturan tüm soruların toplamından elde edilen puanın soru sayısına bölünmesiyle elde edilen değer kullanılır (149). Bizim çalışmamızda ise GSI puanı ve 12 sorudan oluşan Somatizasyon alt ölçek puanı kullanılmıştır.

3.6. HAMILTON DEPRESYON DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ

Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D), tanı koydurmayan, depresyonun şiddetini ve düzeyini ölçen, klinisyen tarafından uygulanan bir ölçektir. 17 soru içerir (149). HAM-D ölçeği, Hamilton tarafından oluşturulmuş ve Williams tarafından geliştirilmiştir. (150). Türkçe geçerlilik ve güvenirliği Akdemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (151).

3.7. HAMILTON ANKSİYETE DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ

Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAM-A), hastada son 72 saat içindeki anksiyetenin şiddetini ve düzeyini ölçmek için kullanılan, klinisyen tarafından uygulanan ve 13 sorudan oluşan bir ölçektir (149). Ölçek ağırlıklı olarak anksiyetenin bedensel belirtilerine odaklanmıştır. Türkçe geçerlilik ve güvenirliği Yazıcı ve ark. tarafından yapılmıştır (152).

3.8. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

İstatistiksel analizler SPSS 18.0 yazılımı kullanılarak yapılmıştır. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu histogram ve Kolmogorov-Smirnov analitik yöntemiyle incelenmiştir. Tanımlayıcı analizler normal dağılan değişkenler için ortalama ve standart sapmalar kullanılarak verilmiştir. Hesaplanan test puanlarının normal dağılım gösterdiği belirlendiğinden, anjiyografi uygulanıp sonucu normal bulunan ve koroner arter hastalığı saptanan grup ile sağlıklı kontroller arasında test puanları açısından karşılaştırmalar tek yönlü varyans analizi (ANOVA) Testi ile yapılmıştır. Varyansların homojenliği Levene Testi ile değerlendirilmiştir. P değerinin 0.05'in altında olduğu durumlar, istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar olarak değerlendirilmiştir. Gruplar arasında anlamlı farklılık bulunan durumlarda, ikişerli post-hoc karşılaştırmalar Tukey testi kullanılarak yapılmıştır.

4. BULGULAR

Araştırma için koroner anjiyografi uygulanmış 53 hasta ve 38 sağlıklı kontrole ulaşılmıştır. Koroner anjiyografi uygulanan 53 hastadan 42'si uygulanan ölçekleri tamamlayabilmiştir. Hasta grubu, anjiyografi sonucuna göre koroner arter hastaları (KAH) ve normal koroner arter saptananlar (NKA) şeklinde ikiye ayrılmıştır. KAH, NKA ve kontrol grubu (KG) arasında yaş, cinsiyet, eğitim ve aylık gelir açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Medeni durum açısından KG ve diğer iki grup arasında fark saptanmıştır. (Tablo1).

Tablo 1. Sosyodemografik Verilere Göre Grupların Karşılaştırılması

	Normal Koroner Arterlerliler (N: 23) Sayı Yüzde	Koroner Arter Hastaları (N: 19) Sayı Yüzde	Sağlıklı Kontrol Grubu (N: 38) Sayı Yüzde	p
Cinsiyet				0,68
Kadın	13 %56,5	5 %26,3	18 %47,4	
Erkek	10 %43,5	14 %73,7	20 %52,6	
Medeni Durum				0,009
Evli	19 %82,6	18 %94,7	25 %65,8	
Bekar	4 %17,4	1 %5,3	13 %34,2	
Eğitim				0,15
İlköğretim	5 %21,7	11 %57,9	7 %18,4	
Lise	11 %47,8	3 %15,8	19 %50	
Üniversite	6 %26,1	3 %15,8	11 %28,9	
Yükseklisans/ Doktora	1 %4,3	2 %10,5	1 %2,6	
Aylık Gelir				0,518
Asgari ücret ve altı	7 %30,4	9 %47,4	9 %23,4	
Asgari Ücretin 2-3 katı	13 %56,5	7 %36,8	24 %63,2	
Asgari ücretin 4-5 katı	2 %8,7	2 %10,5	3 %7,9	
Asgari Ücretin 6 katı ve üstü	1 %4,4	1 %5,3	2 %5,5	

Anjiyografi uygulanan hastaların yaş ortalaması 49,9 (min:28, max:65), kontrol grubunun yaş ortalaması ise 45,4 (min:22, max:64) olarak hesaplanmıştır. İki grubun arasında yaş dağılımı açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır. Olguların %45'i (n:36) kadın, %55'i (n:44) erkektir. Anjiyografi uygulanmış hastaların %43'ünün (n:18) kadın, %57'sinin (n: 24) erkek olduğu saptanmıştır.

42 hastanın 22'sine (%52,4) göğüs ağrısı nedeniyle, 7'sine (%16,7) efor dispnesi nedeniyle, 2'sine (%4,8) efor testi pozitifliği nedeniyle, 1'ine (%2,4) var olan risk faktörleri nedeniyle, 10'una (%23,8) ise diğer sebeplerden koroner anjiyografi uygulandığı bulunmuştur. Hastaların 23'ünün (%54,8) sonucu normal, 19'unun (%45,2) sonucu koroner arter hastalığı olarak raporlanmıştır. (Tablo-2).

Tablo 2. KAG (Koroner Anjiyografi) Yapılma Nedenleri

KAG Yapılma Nedeni	Sayı	Yüzde
Göğüs Ağrısı	22	%52,4
Efor Testi Pozitifliği	2	%4,8
Efor Dispnesi	7	%16,7
Risk faktörleri	1	%2,4
Diğer	10	%23,8

Anjiyografi sonuçlarına göre koroner arter hastalığı tespit edilenler normal koroner arterleri olanlar ve kontrol grubu, uygulanan ölçeklerin ortalama puanları açısından karşılaştırılmıştır. Ölçeklerin ortalama puan ve standart sapmaları Tablo 3'te, grupların ortalama puanlara göre karşılaştırması Tablo 4'te gösterilmiştir. Buna göre;

TAÖ-26 ortalama puanları NKA grubunda $14,6 \pm 8,27$, KAH grubunda $8,42 \pm 5,35$; kontrol grubunda $5,28 \pm 3,54$ olarak bulunmuştur. TAÖ-26 ortalama puanlarına göre KAH ve KG arasındaki fark anlamlı çıkmazken, NKA olan hastalar ile diğer iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p=0,00$).

EKA-GGK nörotisizm alt ölçek puan ortalamaları NKA grubunda $2,43 \pm 2,29$, KAH grubunda $3,10 \pm 1,69$, KG'da $3,94 \pm 1,60$ olarak saptanmıştır. KAH ile NKA ve KG ortalama puanları arasındaki fark anlamlı olmadığı, bununla beraber NKA ve KG ortalama puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p= 0,01$).

EKA-GGK dışa dönüklük alt ölçek puan ortalamalarının NKA için $3,47 \pm 2,52$, KAH için $2,36 \pm 2,21$ ve KG için $1,92 \pm 1,89$ olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistik sonucunda KG ve NKA puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu, KAH grubu ve diğer iki grup arasındaki farkın anlamlı olmadığı gözlenmiştir ($p= 0,028$).

EKA-GGK yalan alt ölçek ortalama puanları NKA, KAH ve KG için sırasıyla $1,17 \pm 1,02$; $2,47 \pm 1,64$ ve $2,60 \pm 1,91$ olarak hesaplanmıştır. Buna göre NKA ortalama puanları ile KG ve KAH grubunun ortalama puanları arasında anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ($p= 0,004$). KAH ve KG ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı gözlenmiştir.

EKA-GGK psikotizm alt ölçek ortalama puanlarında ise üç grup arasında anlamlı fark bulunamamıştır ($p= 0,62$).

BDAÖ puan ortalaması NKA grubunda $40,73 \pm 5,47$, KAH grubunda $23,94 \pm 9,18$ ve kontrol grubunda $19,07 \pm 6,17$ olarak bulunmuştur ve üç grubun da puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($p= 0,00$).

SCL-90-R/GSİ ortalamaları NKA grubunda $0,88 \pm 0,66$; KAH grubunda $0,81 \pm 0,65$ ve KG'da $0,25 \pm 0,26$ olarak bulunmuştur. NKA ve KAH grubunun ortalama GSI skorları arasındaki fark anlamlı saptanmazken iki grubun da GSI skorlarının KG'dan farklı olduğu görülmüştür ($p=0,00$). SCL-90-R Somatizasyon alt ölçek puan ortalamaları ise NKA, KAH ve KG'da $1,77 \pm 1,03$; $0,83 \pm 0,71$; $0,25 \pm 0,41$ olarak hesaplanmıştır. Üç grubun puan ortalamaları arasında $p<0,05$ düzeyinde anlamlılık olduğu gözlenmiştir ($p= 0,00$).

NKA grubunun HAM-D, HAM-A puan ortalaması sırasıyla $9,95 \pm 5,30$ ve $14,73 \pm 8,7$; KAH grubunun HAM-D ve HAM-A puan ortalaması sırasıyla $5,57$

$\pm 3,70$ ve $8 \pm 5,27$; KG'nun HAM-D ve HAM-A puan ortalaması sırasıyla $0,55 \pm 2,16$ ve $1,05 \pm 4,03$ olarak hesaplanmıştır. Üç grubun da hem HAM-D, hem de HAM-A puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p=0,00$ ve $p= 0,00$).

Tablo 3. Uygulanan Ölçeklerin Ortalama Puan ve Standart Sapmaları

ÖLÇEKLER N (NKA: 23, KAH: 19, KG: 38)		ORT \pm St. D
TAÖ-26	NKA	14,6 \pm 8,27
	KAH	8,42 \pm 5,35
	KG	5,28 \pm 3,54
EKA-GGK NÖROTİSİZM	NKA	2,43 \pm 2,29
	KAH	3,10 \pm 1,69
	KG	3,94 \pm 1,60
EKA-GGK DIŞADÖNÜKLÜK	NKA	3,47 \pm 2,52
	KAH	2,36 \pm 2,21
	KG	1,92 \pm 1,89
EKA-GGK PSİKOTİSİZM	NKA	5,26 \pm 3,78
	KAH	4,52 \pm 1,12
	KG	5,21 \pm 3,78
EKA-GGK YALAN	NKA	1,17 \pm 1,02
	KAH	2,47 \pm 1,64
	KG	2,60 \pm 1,91
BDAÖ	NKA	40,73 \pm 5,47
	KAH	23,94 \pm 9,18
	KG	19,07 \pm 6,17
SCL-90-R/GSI	NKA	0,88 \pm 0,66
	KAH	0,81 \pm 0,65
	KG	0,25 \pm 0,26
SCL-90-R/SOMATİZASYON	NKA	1,77 \pm 1,03
	KAH	0,83 \pm 0,71
	KG	0,25 \pm 0,41
HAM-D	NKA	9,95 \pm 5,30
	KAH	5,57 \pm 3,70
	KG	0,55 \pm 2,16
HAM-A	NKA	14,73 \pm 8,7
	KAH	8,00 \pm 5,27
	KG	1,05 \pm 4,03

Tablo 4. Üç Grubun Ölçek Puanlarına Göre Karşılaştırılması

	Sum of Squares	Df	Mean Square	F	P	Posthoc Tukey
TAÖ-26	1246,4	2	623,2	19,2	0,000*	NKA>KAH=KG
EKA-GGK NÖROTİZİZM	33,8	2	16,9	4,9	0,010*	NKA<KG KG=KAH KAH=NKA
EKA-GGK DIŞA DÖNÜKLÜK	35,0	2	17,5	3,7	0,028*	NKA>KG KG=KAH KAH=NKA
EKA-GGK PSİKOTİZİZM	7,2	2	3,6	0,4	0,621	NKA=KAH=KG
EKA-GGK YALAN	31,7	2	15,8	5,9	0,004*	KAH=KG>NKA
BDAÖ	6879,7	2	3439,8	73,7	0,000*	NKA>KAH>KG
SCL-90-R/ GSI	7,1	2	3,5	13,6	0,000*	NKA=KAH>KG
SCL-90-R/ SOMATİZASYON	33,4	2	16,7	33,1	0,000*	NKA>KAH>KG
HAM-D	1298,8	2	649,4	47,9	0,000*	NKA>KAH>KG
HAM-A	2730,1	2	1365,0	37,9	0,000*	NKA>KAH>KG

(*: p<0,05)

5. TARTIŞMA

Çalışmamıza anjiyografi uygulanmış 42 hasta ve 38 sağlıklı yetişkin olmak üzere toplam 80 kişi katılmıştır. Hasta ve kontrol grubu arasında yaş, cinsiyet, eğitim durumu ve aylık gelir düzeyi açısından anlamlı farklılık saptanmamakla beraber medeni durum açısından iki grubun farklı olduğu görülmüştür. Araştırmaya katılan hastalar randomize olarak seçildiği için bu fark olağan olarak karşılanmıştır.

Çalışmamıza katılan 22 hastaya (%52,4) göğüs ağrısı nedeniyle, 7 hastaya (%16,7) dispne nedeniyle koroner anjiyografi uygulanmıştır. Birinci basamak sağlık kuruluşlarından kardiyologlara yönlendirilen hastaların izlendiği çalışmalarda hastaların en sık göğüs ağrısı, çarpıntı, nefes darlığı yakınmalarıyla kardiyologlara yönlendirildiği bildirilmektedir (3,153). Araştırmamıza katılan hastaların çoğunluğunun (%69,1) yakınmasının göğüs ağrısı ve dispne olması bu bulgularla uyumludur.

Daha önce yapılan çalışmalarda angina nedeniyle koroner anjiyografi yapılan hastaların %10-30'unun sonuçlarının normal olduğu belirtilmektedir (129,154). Bizim çalışmamızda hastaların %54,8'inin koroner anjiyografi sonuçları normal saptanmakla beraber, bu hastalar yakınmalarına göre gruplanmamıştır. Bu durum göz önüne alındığında yarıdan fazla hastanın anjiyografi sonucunun normal çıkmasının beklenen bir durum olduğu düşünülmüştür.

Aleksitimi ve tıbben açıklanamayan belirtiler arasındaki ilişki uzun zamandır bir çok yazar tarafından ele alınan bir konu olmuştur. Bu araştırmaların çoğunda aleksitimik bireylerde organik bir nedene bağlanamayan yakınmaların daha çok görüldüğü belirtilmektedir (59, 155, 156). Araştırmamızda NKA grubunun TAÖ-26 puan ortalaması $14,6 \pm 8,27$ olarak hesaplanmış ve toplam puan 11'in üzerinde olduğu için bu grup aleksitimik olarak değerlendirilmiştir. KAH ve KG'unun aleksitimi puanlarının ise 11'den küçük olduğu ve bu nedenle bu grupların aleksitimik olmadıkları sonucuna varılmıştır (157). Aynı zamanda NKA ve diğer iki grup aleksitimi puanları açısından karşılaştırıldığında arada istatistiksel olarak anlamlı

farklılık olduğu görülmüştür. Araştırmamızla benzer şekilde Garcio-Compayo ve arkadaşları kardiyak kökenli olmayan göğüs ağrısı bulunan 45 hasta ve 50 koroner arter hastasını karşılaştırmış ve kardiyak olmayan göğüs ağrısı bulunanların daha aleksitimik olduklarını öne sürmüşlerdir (158). Güleç ve arkadaşları da KOGA hastalarını ve sağlıklı kontrolleri karşılaştırdıkları çalışmada KOGA bulunan hastaların aleksitimi puanlarının sağlıklı kontrollere göre yüksek çıktığını belirtmişlerdir (154). Dammen ve arkadaşları ise koroner arter hastalığı olan ve olmayan göğüs ağrılı hastaların aleksitimi düzeyleri arasında anlamlı farklılık olmadığını belirtmişlerdir (159) Sintigrafi sonuçlarına göre miyokard infarktüsü bulunan ve bulunmayan göğüs ağrılı hastaların karşılaştırıldığı başka bir çalışmada da benzer şekilde iki grup arasında aleksitimi açısından anlamlı fark olmadığı ifade edilmiştir (160). Bizim çalışmamızda hem anjiyografi sonuçları normal olanlar, hem koroner arter hastalığı olanlar hem de sağlıklı kontroller karşılaştırılmış olup yukarıda bahsedilen araştırmalardan bu yönüyle farklılık göstermektedir. Aynı zamanda çalışmamıza dahil olan hastalarda sadece göğüs ağrısı değil, çarpıntı, nefes darlığı gibi başka yakınmalar da bulunmaktadır.

Mevcut araştırmamızda KAH ve KG'nun ortalama aleksitimi puanları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Literatürde bu bulguyla uyumlu olan bir çok çalışma bulunmaktadır (161,162,163). Bununla beraber Kauhanen ve arkadaşlarının 2297 erkek üzerinde yaptıkları araştırmada koroner arter hastalığı ve aleksitimi arasında pozitif ilişki olduğu saptanmıştır (164). Aleksitimi ve tıbbi hastalık ilişkisi üzerine yapılan tek araştırma bu değildir. Numata ve arkadaşlarının çalışmasında koroner arter spazmı olan hastaların aleksitimi düzeylerinin, sağlıklı kontrol grubuna göre 2 kat daha yüksek olduğu ifade edilmiştir (165). Ayrıca aleksitiminin psikosomatik hastalıklara da eşlik ettiğini bildiren çalışmalar bulunmaktadır (64). Bu çelişkili sonuçların nedeni, somatizasyon etiolojisinde aleksitiminin dört boyutunun da farklı derecelerde rol oynaması ve aleksitiminin durumsal/sürekli olup olmaması ile açıklanabilir (59).

Çalışmamızda NKA, KAH ve KG, Bedensel Duyumları Abartma Ölçeğinden alınan ortalama puanlar açısından karşılaştırılmış ve NKA grubunun ortalama puanları diğer iki gruba göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgu

literatür ile uyumludur. Barsky ve arkadaşları çarpıntı yakınması olan ve fiziksel bir hastalıkla ilişkilendirilmeyen 67 hastayı 3 ay izlemiş ve yakınması devam eden hastaların bedensel duyularına daha duyarlı oldukları ve bedensel duyularını büyütme eğiliminde olduklarını belirtmişlerdir (166). Lumley ve arkadaşları da kardiyak olmayan göğüs ağrısı bulunan hastalar ile göğüs ağrısı ve iskemik kalp hastalığı olan olguları karşılaştırmış, ilk grubun BDAÖ puanlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğunu ifade etmişlerdir (167). Güleç ve arkadaşlarının çalışmasının sonucu da bu bulguyu desteklemektedir (154).

Çalışmamıza katılan 80 olgu SCL-90-R somatizasyon alt ölçek ortalama puanlarına göre de karşılaştırılmış ve NKA grubunun ortalama puanının hem KAH'nın hem de KG'nun puanından anlamlı olarak daha yüksek olduğu gözlenmiştir. NKA grubunun diğer gruplara göre hem daha aleksitimik hem de bedensel duyularını büyütme eğiliminde olduğu göz önüne alındığında bu bulgu bizim için şaşırtıcı olmamıştır. Bu konuda yapılan çalışmaların çoğu bu sonucu desteklemektedir (70, 168,169, 170). Kosturek ve arkadaşları ise bedensel duyuları büyütme ve aleksitimi ilişkisini reddetmemekle beraber, somatizasyonun belirleyicisi olarak depresyon ve anksiyete varlığının, bedensel duyuları büyütme ve aleksitimiden daha etkili olduğunu belirtmişlerdir (74).

Araştırmamızın sonucunda NKA grubunun KG'na göre EKA-GGK nörotisizm alt ölçek puanlarının daha düşük, dışa dönüklük alt ölçek puanlarının daha yüksek bulunması beklenmedik bir sonuç olmuştur. Daha önce yapılan çalışmaların çoğunda yüksek nörotisizm puanları alanların daha fazla somatik yakınma bildirdikleri gösterilmiştir (81, 86). Buna karşın yapılan bir kaç çalışmada nörotisizmin, yakınmaların çeşidine göre değişebileceği iddia edilmektedir. Örneğin Johnson'un yaptığı araştırmada nörotisizmin genellikle baş ağrısı, omuz ağrısı gibi gerginliği işaret eden bedensel yakınmalarla ilişkili olduğu belirtilmektedir (171). Aynı şekilde Van diest ve arkadaşları da yorgunluk, bulantı, mide yanması gibi yakınmaların öksürük, boğaz ağrısı, burun tıkanıklığından daha fazla nörotisizm ve negatif affektivite ile ilişkili olduğunu saptamışlardır (172).

Yapılan çalışmaların çoğunda aleksitimi ve nörotisizm arasında pozitif ilişki olduğu bildirilmektedir (88). Buna karşın Wise ve arkadaşları, 5 Faktörlü Kişilik Modeli'ni kullanarak yaptıkları çalışmada nörotisizm kadar dışa dönüklüğün de aleksitimi skorlarını etkilediğini bulmuşlardır (87). Bazı çalışmalarda ise aleksitimi ve nörotisizmin, negatif affektivite yoluyla somatizasyona neden olduğu yönünde sonuçlar yayınlanmıştır (89,90). Çalışmamızda ise negatif affektiviteyi değerlendiren bir yöntem kullanılmamıştır. Çalışmamızın sonucunda yüksek aleksitimi skorları olan NKA grubunun aleksitimi puanlarının diğer gruplara göre yüksek, nörotisizm puanlarının daha düşük olması bu bulgularla da açıklanabilir.

Nörotisizm ve somatizasyon ilişkisinde önemli rol oynadığı düşünülen diğer bir durum ise hastalarda komorbid depresyon ve/veya anksiyete bozukluğu bulunmasıdır. Çalışmamızda NKA grubunun HAM-D ve HAM-A puanlarının diğer iki gruba göre anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmışsa da, gerek HAM-D gerekse HAM-A puanları klinik anlamda depresyon ve anksiyete varlığından söz edilemeyeceğini göstermiştir. NKA grubunun nörotisizm puanlarının KG'na göre düşük çıkması, hastalarda sendrom düzeyinde anksiyete ve depresyon bulunmaması ile açıklanabilir. Yapılan araştırmaların sonuçlarının da bu konuda çelişkili olduğu gözlenmiştir. Nörotisizmin tek başına somatizasyon ile ilişkili olduğunu bildiren çalışmalar olduğu kadar depresyon ve anksiyete üzerinden dolaylı olarak somatizasyon ile etkileştiğini düşündüren çalışmalar bulunmaktadır (81,82, 173,174).

Tarama amaçlı kullanımlar için SCL-90-R ölçeğinin GSI skorunun kesme puanının 1 olarak alınması önerilmektedir (149). Çalışmamızda NKA grubunun GSI skoru $0,88 \pm 0,66$; KAH grubunun GSI skoru $0,81 \pm 0,65$ ve KG'nun GSI skoru $0,25 \pm 0,26$ olarak bulunmuş ve tüm grupların GSI skorlarının 1'in altında olduğu gözlenmiştir. Aynı şekilde NKA grubunun, KAH grubunun ve kontrol grubunun HAM-D ve HAM-A puan ortalamaları, üç grupta da depresyon ve anksiyete düzeyinin düşük olduğunu göstermektedir. SCL-90-R GSI skorları göz önüne alındığında bu iki durumun birbirleriyle uyumlu olduğu düşünülmüştür. Ne var ki araştırmamıza dahil edilen olgularla yapılandırılmış bir klinik görüşme yapılmamış ve bireylerde henüz tanı konulmamış psikiyatrik bozukluklar tamamen dışlanmamıştır.

Yapılan çalışmaların çoğu, depresyon ve anksiyetenin somatizasyonla yakın ilişkide olduğundan bahsetmektedir (18, 113). Tıbben açıklanamayan belirtileri olan hastaların çoğunda DSM-IV tanı kriterlerini karşılama da anksiyete ve depresyona bağlı sıkıntı olduğu bildirilmektedir (175). Benzer şekilde kardiyak olmayan göğüs ağrısı saptanan olgularla yapılan çalışmalar, hastalarda %23-57 arasında değişen oranlarda anksiyete ve depresif bozukluk olduğunu göstermektedir (139, 176, 177). Çalışmamızda da bu bulgularla uyumlu olarak her ne kadar eşik altı da olsa, NKA grubunun HAM-D ve HAM-A ortalama puanları, hem KAH grubunun hem de kontrol grubunun HAM-D ve HAM-A ortalama puanlarından anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Literatürdeki değişken oranlar ise, anksiyete ve depresyon ölçümünde kullanılan yöntemlerin (örn: Hastane Depresyon ve Anksiyete ölçeği, Beck Depresyon ve Beck Anksiyete Envanteri vb.) farklı olmasıyla açıklanabilir.

Çalışmamızda ortaya çıkan başka bir bulgu ise KAH grubunun HAM-D ve HAM-A ortalama puanlarının kontrol grubunun ortalama puanlarına göre anlamlı olarak yüksek çıkmasıdır. Yıllardan beri koroner arter hastalığı ve depresyon, anksiyete gibi psikiyatrik bozuklukların birlikteliği üzerine araştırmalar yapılmaktadır. Anksiyete ve depresyonun koroner arter hastalığının patogenezinde rol oynadığına dair görüşler olduğu kadar koroner arter hastalığına sekonder olarak depresyon ve anksiyete ortaya çıkabileceğini öne süren çalışmalar da bulunmaktadır (178, 179, 180). Grace ve arkadaşları, akut koroner sendrom nedeniyle hastanede yatan hastaların üçte birinde anksiyete bozukluğu olduğunu ifade etmişlerdir (181). Başka bir çalışmada ise acil servise göğüs ağrısı nedeniyle başvuran koroner arter hastalarının %40'ında anksiyete bozukluğu olduğu belirtilmiştir (139). Freaser-Smith ve arkadaşları ise 218 akut miyokard infarktüsü tanılı hasta üzerinde yaptıkları araştırmada 35 hastanın major depresyon tanı kriterlerini karşıladığını, 68 hastada da depresif semptomatoloji bulunduğunu bildirmişlerdir (182).

Yaptığımız çalışmanın bazı kısıtlılıkları bulunmaktadır. Bunlardan en önemlisi hasta sayısının azlığıdır. Aynı zamanda somatizasyonu belirlemek için genellikle öz bildirim ölçeklerinden yararlanılması, yapılandırılmış klinik bir görüşme yapılmaması diğer bir kısıtlılık olarak göze çarpmaktadır. Bunların yanısıra bildiğimiz kadarıyla literatürde, hem normal koroner arter saptanan hastalar, hem

koroner arter hastaları hem de sağlıklı kontrollerin birbiriyle karşılaştırıldığı bir çalışma bulunmamaktadır. Ayrıca çalışmamızda kullandığımız ölçeklerin hepsinin beraber kullanıldığı bir başka çalışma daha olmadığı görölmüştür. Aynı zamanda hastaların anjiyografi yapılmasına neden olan yakınmalarının sadece göğüs ağrısıyla sınırlandırılmaması, kardiyak kökenli olduğu düşünölen diğer yakınmaların da araştırmaya katılması, diğer çalışmalara göre bir farklılık olarak göze çarpmaktadır. Bu konuda yapılacak gelecek araştırmalarda, yapılandırılmış klinik görüşmelerle birlikte aleksitiminin diğer boyutlarının ölçölmesi, hastaların diğer yakınmalarına göre kullanılan ölçeklerin karşılaştırılması gibi yöntemlerin kullanılmasının yararlı olabileceği kanaatine varılmıştır.

6. SONUÇLAR

Somatizasyon ve ilişkili faktörleri değerlendirme amacıyla yaptığımız çalışmaya, göğüs ağrısı, çarpıntı, dispne, efor testi pozitifliği ve risk faktörleri varlığı gibi yakınmalar nedeniyle, Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı tarafından koroner anjiyografi uygulanmış 42 hasta ve 38 sağlıklı kontrol dahil edilmiştir.

Hasta ve kontrol grubuna, somatizasyon ve ilişkili faktörleri değerlendirmek için 26 soruluk Toronto Aleksitimi Ölçeği, Eysenck Kişilik Anketi- Gözden Geçirilmiş Kısa Formu, Bedensel Duyumları Abartma (Büyütme) Ölçeği, Belirti Tarama Listesi, Hamilton Depresyon Derecelendirme ve Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği uygulanmıştır.

İstatiksel analiz sonucunda EKA-GGK psikotizm alt ölçeği haricinde tüm ölçeklerde gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur. Grupların kendi aralarında karşılaştırılmaları sonucunda;

NKA grubunun kontrol grubuna göre TAÖ-26, EKA-GGK dışa dönüklük, BDAÖ, SCL-90-R/somatizasyon, SCL-90-R/GSI, HAM-D ve HAM-A ölçeklerinden anlamlı olarak daha yüksek puan aldığı görülmüştür. EKA-GGK nörotizm alt ölçeğinden ise anlamlı olarak daha düşük puan aldığı gözlenmiştir.

KAH grubu ve KG arasında TAÖ-26, EKA-GGK nörotizm ve dışa dönüklük alt ölçek puanları arasında anlamlı farklılık görülmezken, diğer ölçeklerde KAH grubunun KG'na göre anlamlı olarak daha yüksek puan aldığı saptanmıştır.

NKA ve KAH grubu karşılaştırılması sonucunda SCL-90-R/GSI, nörotizm ve dışa dönüklük alt ölçekleri açısından iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmazken diğer ölçekler değerlendirildiğinde NKA grubunun aldığı puanların KAH grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu gözlenmiştir.

Üç grupta da klinik düzeyde anksiyete bozukluğu ya da depresyon saptanmamıştır.

Çalışmamızda bu bulgular ışığında, çeşitli yakınmalar nedeniyle koroner anjiyografi yapılan hastaların %54,8'inde tıbben açıklanamayan belirtiler olduğu, bu hastaların daha aleksitimik, bedensel duyularını büyütme eğilimi gösteren, somatizasyona yatkın bireyler olduğu, bununla beraber yaygın görüşün aksine bu tip hastalara her zaman nörotisizm, depresyon ve anksiyete gibi patolojilerin eşlik etmeyebileceği sonucuna varılmıştır. Çalışmamızın kısıtlılıkları da değerlendirildiğinde daha sonraki araştırmalar için yön gösterici olabileceği düşünülmektedir.

7. ÖZET

Koroner Anjiyografi Uygulanan Hastalarda Somatizasyon ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi

Hastaların işlevselliğini azaltan, hasta-hekim ilişkisinde sorunlara yol açan, sağlık kurumu başvurularının ve sağlık harcamalarının artmasına neden olan somatizasyon, büyük bir halk sağlığı problemi olarak karşımıza çıkmaktadır. Kardiyoloji klinikleri de, somatizasyonu olan hastaların sıklıkla başvurdukları merkezlerden birisidir. Özellikle göğüs ağrısı, çarpıntı, dispne gibi yakınmaları olan hastalara bir çok tetkik uygulanmakta, bu tetkiklerin sonucunda da hastaların yaklaşık %50'sinde kardiyak patoloji saptanmamaktadır. Bu yakınmaların psikiyatrik bozukluklarla yakın ilişkide olduğu yapılan araştırmalarca gösterilmiştir.

Bu amaçla, Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı tarafından çeşitli endikasyonlarla koroner anjiyografi uygulanmış 42 hasta ve 38 sağlıklı kontrole, somatizasyon ve ilişkili faktörleri değerlendirmek için Sosyodemografik veri formu, 26 soruluk Toronto Aleksitimi Ölçeği, Eysenck Kişilik Anketi- Gözden Geçirilmiş Kısa Formu, Bedensel Duyumları Abartma (Büyütme) Ölçeği, Belirti Tarama Listesi, Hamilton Depresyon Derecelendirme ve Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği uygulanmıştır. Anjiyografi sonuçlarına göre hastalar normal koroner arter saptananlar ve koroner arter hastalığı saptananlar olmak üzere iki gruba ayrılmış ve sağlıklı kontroller ile uygulanan ölçekler açısından karşılaştırılmıştır.

NKA grubunun kontrol grubuna göre TAÖ-26, EKA-GGK dışa dönüklük, BDAÖ, SCL-90-R/somatizasyon, SCL-90-R/GSI, HAM-D ve HAM-A ölçeklerinden anlamlı olarak daha yüksek puan aldığı görülmüştür. EKA-GGK nörotisizm alt ölçeğinden ise anlamlı olarak daha düşük puan aldığı gözlenmiştir. KAH grubu ve KG arasında TAÖ-26, EKA-GGK nörotisizm ve dışa dönüklük alt ölçek puanları arasında anlamlı farklılık görülmezken, diğer ölçeklerde KAH grubunun KG'na göre anlamlı olarak daha yüksek puan aldığı saptanmıştır. NKA ve KAH grubu

karşılaştırılması sonucunda SCL-90-R/GSI, nörotisizm ve dışa dönüklük alt ölçekleri açısından iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmazken diğer ölçekler değerlendirildiğinde NKA grubunun aldığı puanların KAH grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu bulgular literatür bilgileri ışığında tartışılmıştır.

Anahtar Sözcükler: Somatizasyon, Koroner Anjiyografi, Aleksitimi, Nörotisizm, Bedensel Duyumları Büyütme

8. SUMMARY

Evaluation of Somatization and Related Factors on Patients who Had Coronary Angiography

Somatization, emerges as a major public health problem, reduces the functionality of patients, leading to problems in patient-physician relationship and inappropriate use of medical care applications and hence contributes to its high economic cost. Cardiology departments are one of the substantially clinics that admitted by the patients with somatization complaints. Chest pain, tachicardia, dyspnea are the most common complaints that seek medical diagnosis by the clinicians and over the half of these patients are diagnosed noncardiac diseases. It has been suggested that psychiatric disorders account for these symptoms.

The aim of this study to evaluate the somatization and the related factors in patients undergoing coronary angiography with various indications in Ufuk University School of Medicine Cardiology Department. Overall the subjects, 42 patients and 38 healthy volunteers, were informed concept and assessed by using a sociodemographic form, Toronto Alexithymia Scale-26 (TAS-26), Revisited Eysenck Personality Questionnaire-Abbreviated (REPQ-A), Somatosensory Amplification Scale (SAS), Symptom Check List-90-Revised (SCL-90-R), Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) and Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS). The patient group were divided into two subgroups as the coronary angiography results are normal (NCA) or having coronary artery disease (CAD). In comparisons to healthy volunteers (HV) and these two groups were analysed for the test scores. The scores of TAS-26, REPQ-A extroversion subscale, SAS, SCL-90-R somatization subscale, SCL-90-R/GSI, HDRS and HARS of NCA group were found to be higher and the score of REPQ-A neuroticism was found to be lower than HV and the difference was significant. In comparisons to CAD and HV groups, the scores of the tests of CAD group were found to be higher except TAS-26, REPQ-A extroversion and neuroticism subscales, which the subsequences were found to be no significant differences. As compared with CAD group, NCA group had significantly higher

scores except SCL-90-R/GSI, REPQ-A extroversion and neuroticism subscales,, which the subsequences were found to be no significant differences. The results were discussed in the light of the literature.

Key Words: Somatization, coronary angiography, alexithymia, neuroticism, somatosensory amplification

9. KAYNAKLAR

- 1) Lipowski ZJ. Somatization: The Concept and Its Clinical Application. American Journal of Psychiatry, 1988, 145(11):1358-1368.
- 2) Lipowski ZJ. Somatization: a Borderland Between Medicine Psychiatry. Canadian Medical Association Journal, 1986, 135:609-614.
- 3) Mayou R, Bryant B, Forfar C, Clark D. Non-cardiac Chest Pain and Benign Palpitations in the Cardiac Clinic. British Heart Journal, 1994, 72:548-553
- 4) Srinivasan K, Joseph W. A Study of Lifetime Prevalence of Anxiety and Depressive Disorders in Patients Presenting with Chest Pain to Emergency Medicine. General Hospital Psychiatry, 2004, 26:470-474.
- 5) Van Peski-Oosterbaan AS, Spinhoven P, van der Does AJW, Brusckhe AV. Noncardiac Chest Pain: Interest in a Medical Psychological Treatment. Journal of Psychosomatic Research, 1998; 45:471-476.
- 6) Cannon OR, Quyyumi AA, Mincemoyer R, Stine AM, Gracely RH, Smith WB, Geraci MF, Black BC, Uhde TW, Waclawiw MA, Maher K, Benjamin SB. Imipramine in Patients with Chest Pain Despite Normal Coronary Angiograms. New England Journal of Medicine, 1994; 330:1411-1417.
- 7) Jeanne L. Esler, Beth C. Bock, Psychological Treatments for Noncardiac Chest Pain Recommendations for a New Approach. Journal of Psychosomatic Research, 2004, 56:263–269.
- 8) Işık E. Somatoform Bozukluklar, İçinde: Işık E (Ed) Nevrozlar. Ankara: Kent Matbaa Yayınları, 1996.
- 9) De Gucht V, Fischler B. Somatization: A Critical Review of Conceptual and Methodological Issues. Psychosomatics, 2002; 43:1-9.
- 10) Sağduyu A. Somatizasyon Nedir? Türk Psikiyatri Dergisi, 1994, 5(4):257-264.

- 11) Marin C, Carron R. The Origin of the Concept of Somatization. *Psychosomatics*, 2002, 43:249-250.
- 12) Mai F. Somatization Disorder: A Practical Review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 2004, 49: 652-662.
- 13) Sayar K, Ak I. The Predictors of Somatization: A Review. *Clinical Psychopharmacology Bulletin*, 2001, 11(4):266-271.
- 14) Kirmayer LJ, Young A. Culture and Somatization: Clinical, Epidemiological and Ethnographic Perspectives. *Psychosomatic Medicine*, 1998, 60:420-430.
- 15) Menninger WC. Somatization Reaction. *Psychosomatic Medicine*, 1947, 9:92-97.
- 16) Ford CV. The Somatizing Disorders. *Psychosomatics*, 1986, 27(5):327-333.
- 17) Katon W, Ries R, Kleinman A. Part II: A Prospective DSM-III Study of Consecutive Somatization Patients. *Comprehensive Psychiatry*, 25:305-314.
- 18) Kellner R. Somatization; Theories and Research. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 1990. 178(3):150-160.
- 19) Bridges KW, Goldberg DP. Somatic Presentation of DSM III Psychiatric Disorders in Primary Care. *Journal of Psychosomatic Research*, 1985, 29:563-569.
- 20) Ritsner M. The Attribution of Somatization in Schizophrenia Patients: A Naturalistic Follow-Up Study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 2003, 64: 1370-1378.
- 21) Simon GE, Gater R, Kisely S, Piccinelli M. Somatic Symptoms of Distress: An International Primary Care Study. *Psychosomatic Medicine*, 1996, 58: 481-488.
- 22) Sevinçok L. Somatizasyon Bozukluğu. *Psikiyatri Dünyası*, 1999, 1:5-10.

- 23) Boss JMN. The Seventeenth-Century Transformation of the Hysterical Affection and Sydenham's Baconian Medicine. *Psychological Medicine*, 1979, 9: 221-234.
- 24) Kirmayer LJ, Groleau D, Looper KJ, Dao MD. Explaining Medically Unexplained Symptoms. *Canadian Journal of Psychiatry*, 2004, 49:663–672.
- 25) Kroenke K. Somatoform Disorders and Recent Diagnostic Controversies. *Psychiatric Clinics of North America*, 2007, 30:4 593-619.
- 26) Hamilton J, Compos R, Creed F. Anxiety, Depression and the Management of Medically Unexplained Symptoms in Medical Clinics, *Journal of Royal Collage of Physicians*, 1996, 30:18-20.
- 27) Carson AJ, Ringbauer B, Stone J, McKenzie L, Warlow C, Sharpe M. Do medically Unexplained Symptoms Matter? A prospective Cohort Study of 300 New Referrals to Neurology Outpatient Clinics. *Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 2000 68(2): 207-210.
- 28) Mumford DB, Devereux TA, Maddy PJ, Johnston JV. Factors Leading to the Reporting of 'Functional' Somatic Symptoms by General Practice Attenders. *British Journal of General Practice*, 1991, 41:454-458.
- 29) Gureje O, Simon GE, Ustun TB, Goldberg DP. Somatization in Cross-Cultural Perspective:A World Health Organization Study in Primary Care. *American Journal of Psychiatry*, 1997, 154:989-995.
- 30) Kesebir S. Depresyon ve Somatizasyon. *Klinik Psikiyatri*, 2004, Ek-1 14-19.
- 31) Jones MP, Schettler A, Olden K, Crowell MD. Alexithymia and Somatosensory Amplification in Functional Dyspepsia. *Psychosomatics*, 2004, 45(6):508-516.
- 32) Bogner HR, Shah P, Vries HF. A Cross-Sectional Study of Somatic Symptoms and the Identification of Depression Among Elderly Primary Care Patients.

- Primary Care Companion to the Journal Clinical Psychiatry, 2009, 11(6): 285-291.
- 33) Barsky AJ, Peekna HM, Borus JF. Somatic Symptom Reporting in Women and Men. *Journal of General Internal Medicine*, 2001, 16(4):266-75.
- 34) Jackson JL, Chamberlin J, Kroenke K. Gender and Symptoms in Primary Care Practices. *Psychosomatics*, 2003, 44:359–366.
- 35) Kroenke K, Spitzer RL. Gender Differences in the Reporting of Physical and Somatoform Symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 1998, 60(2):150–155.
- 36) Reid S, Wessely S, Crayford T, Hotopf M. Medically Unexplained Symptoms in Frequent Attenders of Secondary Health Care: A Retrospective Cohort Study. *British Medical Journal*, 2001, 322:767.
- 37) Sayar K. Tıbben Açıklanamayan Belirtiler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2002, 13(3):222-231.
- 38) Yücel B, Polat A. Somatizasyon Bozukluğu ve Farklılaşmamış Somatoform Bozukluk, içinde: Köroğlu E., Güleç C. (Ed) *Psikiyatri Temel Kitabı*, Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2007:371-373.
- 39) Fabrega H. The Concept of Somatization as a Cultural and Historical Product of Western Medicine. *Psychosomatic Medicine*, 1990, 52:653-672.
- 40) Baskak B, Çevik A. Somatizasyonun Kültürel Boyutları. *Türkiye’de Psikiyatri*, 2007, 9(1):50-57.
- 41) Kirmayer LJ. Cultural Variations in the Clinical Presentation of Depression and Anxiety: Implications for Diagnosis and Treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 2001, 62: 22-28.
- 42) Bekker MHJ, Schepman R. Somatization and Psychological Awareness of Ethnic Minority Clients in Western-European Mental Health Care: A Pilot Study. *The European Journal of Psychiatry*, 2009, 23(3):135-139.

- 43) Escobar JI. Cross-cultural Aspects of the Somatization Trait. *Hospital Community Psychiatry*, 1987, 38(2):174-180.
- 44) Swartz M, Landerman R, Blazer D, George L. Somatization Symptoms in the Community: A Rural/Urban Comparison. *Psychosomatics*, 1989, 30: 44–53.
- 45) Mirdal GM. The Condition of "Tightness": The Somatic Complaints of Turkish Migrant Women, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1985, 71(3):287-96.
- 46) Kocken PL, Zwanenburg EJ, de Hoop T. Effects of Health Education for Migrant Females with Psychosomatic Complaints Treated by General Practitioners. A Randomised Controlled Evaluation Study. *Patient Education and Counseling*, 2008, 70(1):25-30.
- 47) Akbıyık DI, Mendel EG, Önder ME, Cording C. Almanya’da Yaşayan Türkler’de Göçmen Olmanın Depresyon ve Somatik Semptomlar Üzerine Etkisi. *Kriz Dergisi*, 1999, 7(2):25-29.
- 48) Baarnheim S, Ekbländ S. Turkish Migrant Women Encountering Health Care in Stockholm: a Qualitative Study of Somatization and Illness Meaning. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 2000, 24: 431-452.
- 49) Cloninger CR, Martin RL, Guze SB, Clayton PJ. A Prospective Follow-Up and Family Study of Somatization in Men and Women. *American Journal of Psychiatry*, 1986, 143(7):873-878.
- 50) Guze SB. Genetics of Briquet's Syndrome and Somatization Disorder: A Review of Family, Adoption, and Twin Studies, *Annals of Clinical Psychiatry*, 1993, 5(4):225-23
- 51) Torgersen S. Genetics of Somatoforms Disorders. *Archives of General Psychiatry*, 1986, 43: 502-505

- 52) Kirmayer LJ, Robbins JM, Dworkind M, Yaffe MJ. Somatization and the Recognition of Depression and Anxiety in Primary Care. *American Journal of Psychiatry* 1993, 150:734-74.
- 53) Sharpe M, Bass C. Pathophysiological Mechanisms in Somatisation. *International Review of Psychiatry*, 1992, 4:81-97.
- 54) van Ravenzwaaij J, Hartman TC, Ravesteijn H, Eveleigh R, van Rijswijk E, Lucassen PLBJ. Explanatory Models of Medically Unexplained Symptoms: A Qualitative Analysis of the Literature. *Mental Health in Family Medicine*, 2010, 7:223–31.
- 55) Drake ME. Conversion Hysteria and Dominant Hemisphere Lesions. *Psychosomatics*, 1993, 6: 524-530.
- 56) James L, Singer A, Zurynsk Y, Gordon E, Krauihin C, Harris A, Howson A, Meares R. Evoked Response Potentials and Regional Cerebral Blood flow in Somatization Disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1987, 47:190-196.
- 57) Hakala M, Karlsson H, Ruotsalainen U, Koponen S, Bergman J, Stenman H, Kelavuori JP, Aalto S, Kurki T, Niemi P. Somatization in Women is Associated with Altered Brain Glucose Metabolism. *Psychological Medicine*, 2002, 32(8):1379–1385.
- 58) Hakala M, Karlsson H, Kurki T, Aalto S, Koponen S, Vahlberg T, Niemi P. Volumes of the Caudate Nuclei in Women With Somatization Disorder and Healthy Women, *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 2004, 131:71–78.
- 59) De Gucht V, Heiser W. Alexithymia and Somatization: A Quantitative Review of the Literature. *Journal of Psychosomatic Research*, 2003, 54:425– 434.
- 60) Kooiman GJ, Bolk HJ, Rooijmans HGM, Trijsburg RW. Alexithymia Does Not Predict the Persistence of Medically Unexplained Physical Symptoms, *Psychosomatic Medicine*, 2004, 66(2):224-232.

- 61) Mattila AK, Kronholm E, Jula A, Salminen JK, Koivisto AM, Mielonen RL, Joukamaa M. Alexithymia and Somatization in General Population, *Psychosomatic Medicine*, 2008, 70:716–722.
- 62) Waller E, Scheidt CE. Somatoform Disorders as Disorders of Affect Regulation: A Development Perspective. *International Review of Psychiatry*, 2006, 18:13–24.
- 63) Taylor GJ, Bagby RM. New Trends in Alexithymia Research. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 2004, 73:68–77.
- 64) Taylor GJ. Recent developments in alexithymia theory and research. *Can J Psychiatry* 2000;45:134–42).
- 65) Lane RD, Sechrest L, Riedel R. Sociodemographic Correlates of Alexithymia. *Comprehensive Psychiatry*, 1998, 39:377–385.
- 66) Kauhanen J, Kaplan GA, Julkunen J, Wilson TW, Salonen JT. Social Factors in Alexithymia. *Comprehensive Psychiatry* 1993, 34:330–335.
- 67) Honkalampi K, Hintikka J, Tanskanen A, Lehtonen J, Viinama`ki H. Depression is Strongly Associated with Alexithymia in the General Population. *Journal of Psychosomatic Research*, 2000, 48:99–104.
- 68) Berthoz S, Consoli S, Perez-Diaz F, Jouvent R. Alexithymia and Anxiety: Compounded Relationships? A Psychometric Study. *European Psychiatry*, 1999, 14:372–378.
- 69) Barsky AJ, Goodson JD, Lane RS, Cleary PD. The Amplification of Somatic Symptoms, *Psychosomatic Medicine*, 1988, 50:510-519.
- 70) Nakao M, Barsky AJ. Clinical Application of Somatosensory Amplification in Psychosomatic Medicine. *Biopsychosocial Medicine*, 2007, 1:17.
- 71) Sayar K, Barsky AJ, Gulec H. Does Somatosensory Amplification Decrease with Antidepressant Treatment? *Psychosomatics*, 2005, 46: 340-344.

- 72) Aronson KR, Barrett LF, Quigley KS. Feeling Your Body or Feeling Badly: Evidence for the Limited Validity of the Somatosensory Amplification Scale as an Index of Somatic Sensitivity. *Journal of Psychosomatic Research*, 2001, 51:387-394.
- 73) Aronson KR, Barrett LF, Quigley K. Emotional Reactivity and the Overreport of Somatic Symptoms: Somatic Sensitivity or Negative Reporting Style? *Journal of Psychosomatic Research*, 2006, 60:521-530.
- 74) Kosturek A, Gregory RJ, Sousou AJ, Trief P. Alexithymia and Somatic Amplification in Chronic Pain. *Psychosomatics*, 1998, 39: 399-404.
- 75) Nakao M, Barsky AJ, Kumano H, Kuboki T. Relationship Between Somatosensory Amplification and Alexithymia in a Japanese Psychosomatic Clinic. *Psychosomatics* 2002, 43:55-60.
- 76) De Berardis D, Campanella D, Gambi F, La Rovere R, Sepede G, Core L, Canfora G, Santilli E, Valchera A, Mancini E, Salerno RM, Moschetta FS, Ferro FM. Alexithymia, Fear of Bodily Sensations and Somatosensory Amplification in Young Outpatients with Panic Disorder, *Psychosomatics*, 2007, 48(3):239-46.
- 77) Muramatsu K, Miyaoka H, Muramatsu Y, Fuse K, Yoshimine F, Kamijima K, Geijo F, Sakurai K. The Amplification of Somatic Symptoms in Upper Respiratory Tract Infections. *General Hospital Psychiatry*, 2002, 24:172-175.
- 78) Güleç H, Sayar K, Güleç MY. Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirliği. *Düşünen Adam*, 2007, 20(1):16-24.
- 79) Costa PT, McCrae RR. Neuroticism, Somatic Complaints and Disease: Is the Bark Worse than the Bite? *Journal of Personality*, 1987, 55(2):299-316.
- 80) Ormel J, Rosmalen J, Farmer A. Neuroticism: A Non-Informative Marker of Vulnerability to Psychopathology. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology* 2004, 39:906–912.

- 81) Russo J, Katon W, Lin E, Von Korff M, Bush T, Simon G, Walker E. Neuroticism and Extraversion as Predictors of Health Outcomes in Depressed Primary Care Patients. *Psychosomatics* 1997, 38:339-348.
- 82) De Gucht V. Stability of Neuroticism and Alexithymia in Somatization. *Comprehensive Psychiatry*, 2003, 44(6):466-471.
- 83) Noyes R, Langbehn DR, Happel RL, Stout LR, Muller BA, Longley SL. Personality Dysfunction Among Somatizing Patients. *Psychosomatics*, 2001, 42(4):320-329
- 84) Kirmayer LJ, Robbins JM, Paris J. Somatoform Disorders: Personality and the Social Matrix of Somatic Distress. *Journal of Abnormal Psychology*, 1994, 103:125-136.
- 85) Glenn A, Howard T, Urrows S, Higgins P. Neuroticism and the Pain-Mood Relation in Rheumatoid Arthritis: Insights from a Prospective Daily Study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1992, 60(1):119-126.
- 86) Costa PT, Influence of the Normal Personality Dimension of Neuroticism on Chest Pain Symptoms and Coronary Artery Disease. *The American Journal Of Cardiology*, 1987,60:20-26.
- 87) Wise TN, Mann LS, Shay L. Alexithymia and the Five-Factor Model of Personality, *Comprehensive Psychiatry*, 1992, 33(3):147-151.
- 88) O Luminet, RM Bagby, H Wagner, GJ Taylor, JDA Parker. Relation Between Alexithymia and the Five-Factor Model of Personality: a Facet-Level Analysis. *Journal of Personality Assessment*, 1999, 73(3):345–358.
- 89) Bailey PD, Henry JD. Alexithymia, Somatization and Negative Affect in a Community Sample. *Psychiatry Research*, 2007, 150(1):13–20.
- 90) De Gucht V, Fischler B, Heiser W. Neuroticism, Alexithymia, Negative Affect, and Positive Affect as Determinants of Medically Unexplained Symptoms. *Personality and Individual Differences*, 2004, 36(7):1655–1667.

- 91) Stoudemire A. Somatothymia. Part 1 and 2. *Psychosomatics*, 1991, 32(4):365-381.
- 92) Sadock BJ, Sadock VA. *Synopsis of Psychiatry, Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*. Ninth Edition. New York:Lippincott Williams&Wilkins, 2003:205-209.
- 93) Hotopf M, Mayou R, Wadsworth M, Wessely S. Childhoods Risk Factors for Adults with Medically Unexplained Symptoms: Results from a National Birth Cohort Study, *American Journal of Psychiatry*, 1999, 156(11):1796-1800.
- 94) Katon W, Sullivan M, Walker E. Medical Symptoms without Identified Pathology: Relationship to Psychiatric Disorders, Childhood and Adult Trauma and Personality traits, *Annals of Internal Medicine*, 2001,134(9 Pt 2):917-925.
- 95) Ciechanowski PS, Walker EA, Katon W, Russo E. Attachment Theory: A Model For Health Care Utilization And Somatization, *Psychosomatic Medicine*, 2002, 64(4):660–667.
- 96) Noyes R, Stuart S, Langbehn D, Happel RL, Longley SL, Yagla SJ. Childhood Antecedents of Hypochondriasis. *Psychosomatics* 2002; 43(4):282-289.
- 97) Lipowski ZJ. Somatization: Medicine's Unsolved Problem. *Psychosomatics*, 1987, 28(6):294-297.
- 98) Barsky AJ, Borus JF. Functional somatic syndromes. *Annals of Internal Medicine*, 1999, 130(11):910-921.
- 99) Wilson DR, Widmer RB, Cadoret RJ, Judiesch K.Somatic Symptoms: A major Feature of Depression in Family Practice. *Journal of Affective Disorders*, 1983 5(3):199-207.
- 100) Katon W. Depression: Relationship to Somatization and Chronic Medical Illness. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1984; 45(3):4-12.

- 101) Escobar JI, Stipek MR, Canino G, Karno M. Somatic Symptom Index (SSI):A New and Abridged Somatization Construct. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 1989, 177(3):140-146.
- 102) Steinbrecher N, Koerber S, Frieser D, Hiller W. The Prevalence of Medically Unexplained Symptoms in Primary Care. *Psychosomatics*, 2011, 52(3):263–271.
- 103) Escobar JI, Burnam MA, Karno M, Forsythe A, Golding JM. Somatization in the Community. *Archives of General Psychiatry*, 1987, 44(8):713-719.
- 104) Escobar JI, Golding J, Hough RH et al. Somatization in the Community: Relationship to Disability and Use of Services. *American Journal of Public Health*, 1987, 77(7):837-840.
- 105) Kirmayer LJ, Robbins JM. Three Forms of Somatization in Primary Care: Prevalence, Co-Occurrence and Sociodemographic Characteristics. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1991, 179(11):647-655.
- 106) Cloninger CR, Sigvardsson S, von Knorring AL, Bohman M. An Adoption Study of Somatoform Disorders; Identification of Two Discrete Somatoform Disorders. *Archives of General Psychiatry*, 1984. 41(9):863-871.
- 107) Amerikan Psikiyatri Birliği: Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması Elkitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM-IV-TR) Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC (Çeviri Editörü Köroğlu E), İstanbul: Hekimler Yayın Birliği, 1998.
- 108) Escobar JI, Manu P, Matthews D, Lane T, Schwartz M, Canino G. Medically Unexplained Physical Symptoms, Somatization Disorder and Abridged Somatization: Studies with the Diagnostic Interview Schedule. *Psychiatric Developments*, 1989, 7(3):235-245.
- 109) Öztürk O, Uluşahin A. Ruhsal Etkenlerle Bağlantılı Fizyolojik İşlev/Yapı Bozuklukları. İçinde: Öztürk O, Uluşahin A. (Ed). *Ruh Sağlığı ve*

Bozuklukları Cilt II, Yenilenmiş Onbirinci Baskı Ankara: Tuna Matbaa, 2008: s.610-617.

- 110) Nimnuan C, Hotopf M, Wessely S. Medically Unexplained Symptoms: An Epidemiological Study in Seven Specialities. *Journal of Psychosomatic Research*, 2001, 51(1):361-367.
- 111) Sayar K, Işık H. Somatoform Bozukluklar. İçinde: Işık E, Taner E, Işık U (Ed). *Güncel Klinik Psikiyatri*, Ankara: Golden Print, 2008:272-276.
- 112) Schneider G, Wachter M, Dreisch G, Kruse A, Nehen HG, Heuft G. Subjective Body Complaints as an Indicator of Somatization in Elderly Patients. *Psychosomatics* 2003, 44(2):91-100.
- 113) Güleç H, Sayar K, Özkorumak E. Depresyonda Bedensel Belirtiler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2005, 16(2):90-96.
- 114) Akiskal HS. Diagnosis and Classification of Affective Disorders: New Insights from Clinical and Laboratory Approaches. *Psychiatric Developments*, 1983, 1(2):123-160.
- 115) Lipowski ZJ. Somatization and Depression. *Psychosomatics* 1990; 31(1):13-21.
- 116) Kessler D, Uoyd K, Lewis G. Cross Sectional Study of Symptom Attribution and Recognition of Depression and Anxiety in Primary Care. *British Medical Journal*, 1999, 318:1558-1559.
- 117) Katon W, Lin E, Korff MV Russo J, Lipscomb P, Bush T. Somatization: A Spectrum of Severity. *American Journal of Psychiatry* 1991; 148(1):34-40.
- 118) Hamilton M. Frequency of Symptoms in Melancholia (Depressive Illness). *British Journal of Psychiatry* 1990; 154:201-206.
- 119) Clarke DM, Smith GC. Somatisation. What is it? *Australian Family Physician*, 2000, 29:109-113.

- 120) Katon W. Panic Disorder and Somatization: Review of 55 Cases. *The American Journal of Medicine*, 1984, 77(1):101–106.
- 121) Katon W. Panic Disorder: Epidemiology, Diagnosis and Treatment in Primary Care. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1986, 47:21-27.
- 122) Bridges K, Goldberg D, Evams B, Sharpe T. Determinants of Somatization in Primary Care. *Psychological Medicine*, 1991, 21(2):473-483.
- 123) Barsky AJ. Amplification, Somatization, and the Somatoform Disorders. *Psychosomatics*, 1992, 33(1):28-34.
- 124) Barsky AJ, Orav J, Bates DW. Somatization Increases Medical Utilization and Costs Independent of Psychiatric and Medical Comorbidity, *Archives of General Psychiatry*, 2005, 62(8):903-910.
- 125) Sharpe M, Carson A. Unexplained Somatic Symptoms, Functional Syndromes, and Somatization: Do We Need a Paradigm Shift? *Annals of Internal Medicine*, 2001, 134(9 Pt2): 926-930.
- 126) O'Malley PG, Jackson JL, Santoro J, Tomkins G, Balden E, Kroenke K. Antidepressant Therapy for Unexplained Symptoms and Syndromes. *The Journal of Family Practice*, 1999, 48(12): 980-999.
- 127) Maynard CK. Assess and Manage Somatization. *Holistic Nursing Practice*, 2004, 18(2):54-62
- 128) Katsamanis M, Lehrer PM, Escobar JI, Gara MA, Kotay A, Liu R. Psychophysiologic Treatment for Patients with Medically Unexplained Symptoms: A Randomized Controlled Trial, *Psychosomatics*, 2011, 52(3):218–229.
- 129) Sheps DS, Creed F, Clouse RE. Chest Pain In Patients With Cardiac and Noncardiac Disease, *Psychosomatic Medicine*, 2004, 66(6):861–867.

- 130) Cherry DK, Woodwell DA. National Ambulatory Medical Care Survey: 2000 Summary. Advance Data From Vital and Health Statistics, no. 328. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics; 2002
- 131) Yağcıbulut Ö., Göğüs Ağrısı İle Başvuran Ve Koroner Anjiyografi Yapılan Koroner By Pass Ve/Veya Koroner Stentli Hastalarda Revaskularizasyon İhtiyacı İle Anksiyete – Depresyon Arasındaki İlişki, 2011, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Uzmanlık Tezi.
- 132) Varia I, Logue E, O’connor C, Newby K, Wagner HR, Davenport C, Rathey K, Krishnan KR. Randomized Trial of Sertraline in Patients with Unexplained Chest Pain of Noncardiac Origin. *American Heart Journal*, 2000. 140(3):367-372.
- 133) Light KC, Herbst MC, Bragdon EE, Hinderliter AL, Koch GG, Davis MR, Sheps DS. Depression and Type A Behavior Pattern in Patients with Coronary Artery Disease: Relationships to Painful Versus Silent Myocardial Ischemia and β -endorphin Response During Exercise. *Psychosomatic Medicine* 1991, 53(6):669–683.
- 134) Yingling KW, Wuslin LR, Amold LM, Rouan GW. Estimated Prevalences of Panic Disorder and Depression Among Consecutive Patients Seen in an Emergency Department with Acute Chest Pain. *Journal of General Internal Medicine*, 1993, 8(5):231–235.
- 135) Fleet RP, Dupuis G, Marchand A, Burelle D, Arsenault A, Beitman BD. Panic Disorder in Emergency Department Chest Pain Patients: Prevalence, Comorbidity, Suicidal Ideation and Physician Recognition. *American Journal of Medicine* 1996, 101(4):371– 380.
- 136) Wong WM, Lam KF, Cheng C, Hui WM, Xia HH, Lai KC, Hu WH, Huang JQ, Lam CL, Chan CK, Chan AO, Lam SK, Wong CK. Population Based Study of Noncardiac Chest Pain in Southern Chinese: Prevalence, Psychosocial Factors and Health Care Utilization. *World Journal of Gastroenterology*, 2004, 10(5):707-712.

- 137) Eslick GD, Jones MP, Talley NJ. Non-cardiac Chest Pain: Prevalence, Risk Factors, Impact and Consulting - A Population-Based Study. *Alimentary Pharmacology and Therapeutics*, 2003 17(9):1115-1124.
- 138) Fass R, Achem SR. Noncardiac Chest Pain: Epidemiology, Natural Course and Pathogenesis, *Journal of Neurogastroenterology and Motility*, 2011, 17(2): 110-123.
- 139) Eken C, Oktay C, Bacanlı A, Gulen B, Koparan C, Ugras SS, Cete Y. Anxiety and Depressive Disorders in Patients Presenting with Chest Pain to the Emergency Department: a Comparison Between Cardiac and non-cardiac Origin, *Journal Emergency Medicine*, 2010, 39(2):144-5.
- 140) Tutar E, Candan İ. Kardinal Semptomlar ve Fizik Muayene, İçinde: Candan İ, Oral D. (Ed), *Kardiyoloji*, Ankara: Antıp, 2002:100.
- 141) Taylor GJ, Ryan D, Bagby RM. Toward the Development of a New Self-report Alexithymia Scale. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1985, 44(4):191-199.
- 142) Bagby RM, Taylor GJ, Parker JDA. Construct Validity of the Toronto Alexithymia Scale, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1988, 50(1):29-34.
- 143) Dereboy İF, Aleksitimi Özbildirim Ölçeklerinin Psikometrik Özellikleri Üzerine Bir Çalışma, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi, 1990
- 144) Motan İ, Gençöz T. Aleksitimi Boyutlarının Depresyon ve Anksiyete Belirtileri ile İlişkileri. *Türkiye Psikiyatri Dergisi*, 2007, 18(4):333-343.
- 145) Francis LJ, Brown LB, Philipchalk R. The Development of an Abbreviated Form of the Revised Eysenck Personality Questionnaire (EPQR-A): Its Use Among Students in England, Canada, the U.S.A. and Australia. *Personality and Individual Differences*, 1992, 13(4):443-449.

- 146) Karancı AN, Dirik G, Yorulmaz O. Eysenck Kişilik Anketi- Gözden Geçirilmiş Kısa Formunun (EKA-GGK) Türkiye’de Geçerlik Ve Güvenilirlik Çalışması. Türkiye Psikiyatri Dergisi, 2007, 18(3): 254-261.
- 147) Derogatis LR. SCL-90: Administration, Scoring and Procedure Manual-I for the Revised Version. Baltimore, MD: John Hopkins University School of Medicine, Clinical Psychometrics Unit 1977.
- 148) Dağ İ. Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R)’nin Üniversite Öğrencileri için Güvenilirliği ve Geçerliliği, Türk Psikiyatri Dergisi, 1991, 2:(1) 5-12.
- 149) Aydemir Ö, Köroğlu E. Ölçekler. İçinde: Aydemir Ö, Köroğlu E (Ed), Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler, Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2012.
- 150) Williams BW. A Structured Interview Guide for Hamilton Depression Rating Scale. Archives of General Psychiatry, 1978, 45(8):742-747.
- 151) Akdemir A, Örsel S, Dağ İ, Türkçapar H, İşcan N, Özbay H. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ)’nin Geçerliliği, Güvenirliği ve Klinikte Kullanımı. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi, 1996, 4(4):251-259.
- 152) Yazıcı MK, Demir B, Tanrıverdi N, Karaağaoğlu E, Yolaç P. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, Değerlendiriciler Arası Güvenirlik ve Geçerlik Çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi, 1998, 9: 114-117.
- 153) Bass C. Unexplained Chest Pain and Breathlessness. Medical Clinics of North America, 1991, 75(5):1157-1173.
- 154) Güleç MY, Hocoğlu Ç, Gökçe M, Sayar K, Kalple İlişkili Olmayan Göğüs Ağrısında Aleksitimi, Öfke ve Bedensel Duyumları Büyütme, Anatolian Journal of Psychiatry, 2007, 8:14-21.
- 155) Rasmussen NH, Agerter DC, Colligan RC, Baird MA, Yunghans CE, Cha SS. Somatisation and Alexithymia in Patients with High Use of Medical Care and

- Medically Unexplained Symptoms. *Mental Health of Family Medicine*, 2008, 5(3):139-48.
- 156) Kirmayer LJ, Robbins JM. Cognitive and Social Correlates of the Toronto Alexithymia Scale. *Psychosomatics*, 1993, 34:41–52.
- 157) Güleç H, Yenel A. 20 Maddelik Toronto Aleksitimi Ölçeği Türkçe Uyarlamasının Kesme Notalarına Göre Psikometrik Özellikleri, *Klinik Psikiyatri*, 2010, 13(3):108-112.
- 158) García-Campayo J, Rosel F, Serrano P, MA, Andrés E, Roca M, Serrano-Blanco A, Latre ML. Different Psychological Profiles in Non-Cardiac Chest Pain and Coronary Artery Disease: a Controlled Study, *Review of Espanol Cardiology*, 2010, 63(3):357-361.
- 159) Dammen T, Arnesen H, Ekeberg O, Friis S. Psychological Factors, Pain Attribution and Medical Morbidity in Chest-Pain Patients With and Without Coronary Artery Disease. *General Hospital Psychiatry*, 2004 26(6):463-469.
- 160) Tennant C, Mihailidou A, Scott A, Smith R, Kellow J, Jones M, Hunyor S, Lorang M, Hoschl R. Psychological Symptom Profiles in Patients with Chest Pain. *Journal of Psychosomatic Research*, 1994, 38(4):365-371.
- 161) Valkamo M, Hintikka J, Honkalampi K, Niskanen L, Koivumaa-Honkanen L, Viinamäk H. Alexithymia in Patients With Coronary Heart Disease, *Journal of Psychosomatic Research*, 2001, 50(3):124–130.
- 162) Waldstein SR, Kauhanen J, Neumann SL, Katzel LI, Alexithymia and Cardiovascular risk in Older Adults: Psychosocial, Psychophysiological and Biomedical Correlates, *Psychological Health*, 2002, 17(5):597–610.
- 163) Peters MR, Lumley MA, Relationship of Alexithymia to Cardiovascular Disease Risk Factors Among African Americans, *Comprehensive Psychiatry*, 2007, 48(1):34–41.

- 164) Kauhanen J, Kaplan GA, Cohen RD, Salonen R, Salonen JT. Alexithymia May Influence the Diagnosis of Coronary Heart Disease. *Psychosomatic Medicine*, 1994, 56(3):237-44.
- 165) Numata Y, Ogata Y, Oike Y, Matsumura T, Shimada K. A Psychobehavioral Factor, Alexithymia is Related to Coronary Spasm, *Japanese Circulation Journal*, 1998 62(6):409-413.
- 166) Barsky AJ, Ahern DK, Bailey ED, Delamater BA, Predictors of Persistent Palpitations and Continued Medical Utilization. *The Journal of Family Practice*, 1996, 42(5):465-72.
- 167) Lumley MA, Torosian T, Ketterer MW, Pickard SD. Psychosocial Factors Related to Noncardiac Chest Pain During Treadmill Exercise. *Psychosomatics*, 1997, 38(3):230-238.
- 168) Spinhoven P, Van Der Does AJ. Somatization and Somatosensory Amplification in Psychiatric Outpatients: An Explorative Study. *Comprehensive Psychiatry*, 1997, 38:93-97.
- 169) Sayar K, Kirmayer LJ, Taillefer SS. Predictors of Somatic Symptoms in Depressive Disorder. *General Hospital Psychiatry*, 2003, 25(2):108-114.
- 170) Duddu V, Isaac MK, Chaturvedi SK. Somatization, Somatosensory Amplification, Attribution Styles and Illness Behaviour: A Review, *International Review of Psychiatry*, 2006, 18(1):25-33.
- 171) Johnson M. The Vulnerability Status of Neuroticism: Over-Reporting or Genuine Complaints? *Personal Individual Differences*, 2003, 35(4):877-87.
- 172) Van Diest I, de Peuter S, Eertmans A, Bogaerts K, Victoir A, Van den Bergh O. Negative Affectivity and Enhanced Symptom Reports: Differentiating Between Symptoms in Men and Women. *Social Science and Medicine*, 2005, 61(8):1835-1845

- 173) Howren MB, Suls J, Martin R. Depressive Symptomatology, Rather Than Neuroticism, Predicts Inflated Physical Symptom Reports in Community-Residing Women, *Psychosomatic Medicine*. 2009, 71(9):951-7.
- 174) Rosmalen JG, Neeleman J, Gans RO, de Jonge P, The Association Between Neuroticism and Self-reported Common Somatic Symptoms in a Population Cohort, *Journal of Psychosomatic Research*, 2007, 62(3):305-401.
- 175) Özen EM, Serhadlı ZNA, Türkcan AS, Ülker GE, Depresyon ve Anksiyete Bozukluklarında Somatizasyon, *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 2010, 23(1):60-65.
- 176) Demiryoguran NS, Karcioğlu O, Topacoglu H, Kiyani S, Özbay D, Onur E, Korkmaz T, Demir OF. Anxiety Disorder in Patients With Non-specific Chest Pain in the Emergency Setting. *Emergency Medicine Journal*, 2006, 23(2):99–102.
- 177) Wulsin LR, Arnold LM, Hillard JR. Axis I Disorder in ER Patients with Atypical Chest Pain. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 1991, 21:37–46.
- 178) Grippo AJ, Johnson AK. Biological Mechanisms in the Relationship Between Depression and Heart Disease. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 2002, 26(8):941-962.
- 179) Fava M, Abraham M, Pava J, Shuster J, Rosenbaum J. Cardiovascular Risk Factors in Depression. The Role of Anxiety and Anger. *Psychosomatics*, 1996, 37(1):31-37
- 180) Carney RM, Freedland KE, Veith RC, Joffe AS. Can Treating Depression Reduce Mortality After an Acute Myocardial Infarction? *Psychomatic Medicine*, 1999, 61(5):666-75.
- 181) Grace SL, Abbey SE, Irvine J, Shnek ZM, Stewart DE. Prospective Examination of Anxiety Persistence and Its Relationship to Cardiac Symptoms

and Recurrent Cardiac Events. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 2004, 73(6):344–352.

- 182) Frasure-Smith N, Lesperance F, Talajic M. Depression and 18 Month Prognosis After Myocardial Infarction. *Circulation*, 1995, 91(4):999–1005.

10. EKLER

SCL-90-R

Aşağıda zaman zaman herkeste olabilecek yakınma ve sorunların bir listesi vardır. Lütfen herbirini dikkatlice okuyunuz. Sonra her bir durumun, *son onbeş gün* içerisinde sizi ne ölçüde huzursuz ve rahatsız ettiğini gözönüne alarak belirtilen tanımlamaya (X) işareti koyun

1) Baş ağrısı	0	1	2	3	4
2) Sinirlilik ya da iç titremesi	0	1	2	3	4
3) Zihinden atamadığınız, hoş gitmeyen düşünceler	0	1	2	3	4
4) Baygınlık veya baş dönmesi	0	1	2	3	4
5) Cinsel arzu ve ilginin kaybı	0	1	2	3	4
6) Başkaları tarafından eleştirilme korkusu	0	1	2	3	4
7) Herhangi bir kimsenin düşüncelerimizi kontrol edebileceği fikri	0	1	2	3	4
8) Sorunlarınızdan pek çoğu için başkalarının suçlanması gerektiği duygusu	0	1	2	3	4
9) Olayları anımsamada güçlük	0	1	2	3	4
10) Dikkatsizlik ve sakarlıkla ilgili endişeler	0	1	2	3	4
11) Kolayca gücenme, rahatsız olma hissi	0	1	2	3	4
12) Göğüs veya kalp bölgesindeki ağrılar	0	1	2	3	4
13) Caddelerde veya açık alanlarda korku hissi	0	1	2	3	4
14) Enerjinizde azalma veya yavaşlama hissi	0	1	2	3	4
15) Yaşamınızın sonlanması düşünceleri	0	1	2	3	4
16) Başka kişilerin duymadıkları sesleri duyma	0	1	2	3	4
17) Titreme	0	1	2	3	4
18) Çoğu kişiye güvenilmemesi gerektiği hissi	0	1	2	3	4
19) İştah azalması	0	1	2	3	4
20) Kolayca ağlama	0	1	2	3	4
21) Karşı cinsten kişilerle utangaçlık ve rahatsızlık hissi	0	1	2	3	4
22) Tuzağa düşürülmüş veya yakalınmış olma hissi	0	1	2	3	4
23) Bir neden olmaksızın aniden korkuya kapılma	0	1	2	3	4
24) Kontrol edilemeyen öfke patlamaları	0	1	2	3	4
25) Evden dışarı yalnız çıkma korkusu	0	1	2	3	4
26) Olanlar için kendini suçlama	0	1	2	3	4
27) Belin alt kısmında ağrılar	0	1	2	3	4
28) İşlerin yapılmasında erteleme duygusu	0	1	2	3	4
29) Yalnızlık hissi	0	1	2	3	4
30) Karamsarlık hissi	0	1	2	3	4
31) Herşey için çok fazla endişe duyma	0	1	2	3	4
32) Herşeye karşı ilgisizlik hali	0	1	2	3	4
33) Korku hissi	0	1	2	3	4
34) Duygularınızın kolayca incitilebilmesi hali	0	1	2	3	4

35) Diğer insanların sizin özel düşüncelerinizi bilmesi	0	1	2	3	4
36) Başkalarının sizi anlamadığı ya da hissedemeyeceği duygusu	0	1	2	3	4
37) Başkalarının sizi sevmediği ya da dostça olmayan davranışlar gösterdiği hissi	0	1	2	3	4
38) İşlerin doğru yapıldığından emin olabilmek için çok yavaş yapma	0	1	2	3	4
39) Kalbin çok hızlı çarpması	0	1	2	3	4
40) Bulantı veya midede rahatsızlık hissi	0	1	2	3	4
41) Kendini başkalarından aşağı görme	0	1	2	3	4
42) Adale (kas) ağrıları	0	1	2	3	4
43) Başkalarının sizi gözlediği veya hakkınızda konuştuğu hissi	0	1	2	3	4
44) Uykuya dalmada güçlük	0	1	2	3	4
45) Yaptığınız işleri bir yada birkaç kez kontrol etme	0	1	2	3	4
46) Karar vermede güçlük	0	1	2	3	4
47) Otobüs, tren, metro gibi araçlarla yolculuk etme korkusu	0	1	2	3	4
48) Nefes almada güçlük	0	1	2	3	4
49) Soğuk veya sıcak basması	0	1	2	3	4
50) Sizi korkutan belirli uğraş, yer ve nesnelere kaçınma durumu	0	1	2	3	4
51) Hiçbir şey düşünmeme hali	0	1	2	3	4
52) Bedeninizin bazı kısımlarında uyuşma, karıncalanma olması	0	1	2	3	4
53) Boğazınıza bir yumru tıkanmış olma hissi	0	1	2	3	4
54) Gelecek konusunda ümitsizlik	0	1	2	3	4
55) Düşüncelerinizi bir konuya yoğunlaştırmada güçlük	0	1	2	3	4
56) Bedeninizin çeşitli kısımlarında zayıflık hissi	0	1	2	3	4
57) Gerginlik veya coşku hissi	0	1	2	3	4
58) Kol ve bacaklarda ağırlık hissi	0	1	2	3	4
59) Ölüm ya da ölme düşünceleri	0	1	2	3	4
60) Aşırı yemek yeme	0	1	2	3	4
61) İnsanlar size baktığı veya hakkınızda konuştuğu zaman rahatsızlık duyma	0	1	2	3	4
62) Size ait olmayan düşüncelere sahip olma	0	1	2	3	4
63) Bir başkasına vurmak, zarar vermek, yaralamak dürtülerinin olması	0	1	2	3	4
64) Sabahın erken saatlerinde uyanma	0	1	2	3	4
65) Yıkanma, sayma, dokunma gibi bazı hareketleri yineleme hali	0	1	2	3	4
66) Uykuda huzursuzluk, rahat uyuyamama	0	1	2	3	4
67) Bazı şeyleri kırıp dökme isteği	0	1	2	3	4
68) Başkalarının paylaşım kabul etmediği inanç ve düşüncelerin olması	0	1	2	3	4
69) Başkalarının yanında kendini çok sıkılgan hissetme	0	1	2	3	4
70) Çarşı, sinema gibi kalabalık yerlerde rahatsızlık hissi	0	1	2	3	4
71) Herşeyin bir yük gibi görünmesi	0	1	2	3	4
72) Dehşet ve panik nöbetleri	0	1	2	3	4
73) Toplum içinde yiyip içerken huzursuzluk hissi	0	1	2	3	4
74) Sık sık tartışmaya girme	0	1	2	3	4
75) Yalnız bırakıldığımızda sınırlılık hali	0	1	2	3	4

76) Başkalarının sizi başarılarınız için yeterince takdir etmediği duygusu	0	1	2	3	4
77) Başkalarıyla birlikte olunan durumlarda bile yalnızlık hissetme	0	1	2	3	4
78) Yerinizde duramayacak ölçüde huzursuzluk duyma	0	1	2	3	4
79) Değersizlik duygusu	0	1	2	3	4
80) Size kötü bir şey olacakmış duygusu	0	1	2	3	4
81) Bağırma ya da eşyaları fırlatma	0	1	2	3	4
82) Topluluk içinde bayılacağınız korkusu	0	1	2	3	4
83) Eğer izin vererseniz insanların size sömüreceği duygusu	0	1	2	3	4
84) Cinsiyet konusunda sizi çok rahatsız eden düşüncelerin olması	0	1	2	3	4
85) Günahlarınızdan dolayı cezalandırılmanız gerektiği düşünceleri	0	1	2	3	4
86) Korkutucu türden düşünce ve hayaller	0	1	2	3	4
87) Bedeninizde ciddi bir rahatsızlık olduğu düşüncesi	0	1	2	3	4
88) Başka bir kişiye asla yakınlık duyamama	0	1	2	3	4
89) Suçluluk duygusu	0	1	2	3	4
90) Aklınızdan bir bozukluğun olduğu düşüncesi	0	1	2	3	4

TORONTO ALEKSİTİMİ ÖLÇEĞİ (TAÖ)

AÇIKLAMA: Aşağıdaki ifadelerin her birini okuyunuz ve size uygun olup olmadığını karşısındaki boşluklardan yalnızca birini işaretleyerek belirtiniz.

	Evet	Hayır
1. Ağladığımda beni ağlatan şeyin ne olduğunu hep bilirim.		
2. Hayal kurmak boşa zaman harcamaktır.		
3. Keşke bu kadar utangaç olmasaydım.		
4. Çoğu zaman duygularımın ne olduğunu tam olarak bilemem.		
5. Gelecek hakkında sıkça hayal kurarım.		
6. Birçokları kadar kolay arkadaş edinebildiğimi sanıyorum.		
7. Bir sorunun çözümünü bilmek, o çözüme nasıl ulaşıldığını bilmekten daha önemlidir.		
8. Duygularımı tam olarak anlatacak sözleri bulmak benim için zor.		
9. Herhangi bir olay hakkındaki görüşümü başkalarına açıkça belirtmekten hoşlanırım.		
10. Bedenimde öyle şeyler hissediyorum ki, doktorlar bile ne olduğunu anlamıyorlar.		
11. Benim için bir işin yapılmış olması yetmez, nasıl ve neden yapıldığını bilmek isterim.		
12. Duygularımı kolayca anlatabilirim.		
13. Yalnızca sorunlarımın neler olduğunu anlatmaktansa, onların nereden kaynaklandığı üzerinde düşünmek isterim.		
14. Sinirlerim bozuk olduğunda, üzüntülü mü, korkulu mu, yoksa öfkeli mi olduğumu bilmem.		
15. Hayal gücümü bolca kullanırım.		
16. Yapacak başka bir şey olmadığında, zamanımın çoğunu hayal kurarak geçiririm.		
17. Bedenimde şaşkırtıcı hisler duyduğum olur.		
18. Pek hayal kurmam.		
19. Olayların nedenine niçinine kafa yormaktansa işleri olurlarına bırakmayı tercih ederim.		
20. Tam olarak tanımlayamadığım duygularım var.		
21. İnsanın duygularına yakın olması önemlidir.		
22. İnsanlar hakkında neler hissettiğimi anlamak ve anlatmak benim için zordur.		
23. Tanıdıklarım duygularımdan daha çok söz etmemi ister.		
24. İnsan olayların derinine inmelidir.		
25. İçimde neler olup bittiğini bilmiyorum.		
26. Çoğu zaman kızgınlığımın farkına varmam.		

EYSENCK KA-GGK

AÇIKLAMA: Lütfen aşağıdaki her bir soruyu ‘Evet’ ya da ‘Hayır’ ı yuvarlak içine alarak hızlı bir şekilde cevaplayınız.

1) Duygu durumunuz sıklıkla mutluluk ve mutsuzluk arasında değişir mi?	Evet	Hayır
2) Konuşkan bir kişi misiniz?	Evet	Hayır
3) Borçlu olmak sizi endişelendirir mi?	Evet	Hayır
4) Oldukça canlı bir kişi misiniz?	Evet	Hayır
5) Hiç sizing payınıza düşenden fazlasını alarak açgözlülük yaptığımız oldu mu?	Evet	Hayır
6) Garip ya da tehlikeli etkileri olabilecek ilaçları kullanır mısınız?	Evet	Hayır
7) Aslında kendi hatanız olduğunu bildiğiniz bir şeyi yapmakla başka birini suçladınız mı?	Evet	Hayır
8) Kurallara uymak yerine kendi bildiğiniz yolda gitmeyi mi tercih edersiniz?	Evet	Hayır
9) Sıklıkla kendinizi herşeyden bıkmış hissedersiniz mi?	Evet	Hayır
10) Hiç başkasına ait olan bir şeyi (toplu iğne veya düğme bile olsa) aldınız mı?	Evet	Hayır
11) Kendinizi sinirli bir kişi olarak tanımlar mısınız?	Evet	Hayır
12) Evliliğin modası geçmiş ve kaldırılması gereken bir şey olduğunu düşünüyor musunuz?	Evet	Hayır
13) Oldukça sıkıcı bir partiye kolaylıkla canlılık getirebilir misiniz?	Evet	Hayır
14) Kaygılı bir kişi misiniz?	Evet	Hayır
15) Sosyal ortamlarda geri planda kalma eğiliminiz var mıdır?	Evet	Hayır
16) Yaptığınız bir işte hatalar olduğunu bilmeniz size endişelendirir mi?	Evet	Hayır
17) Herhangi bir oyunda hiç hile yaptınız mı?	Evet	Hayır
18) Sinirlerinizden şikayetçi misiniz?	Evet	Hayır
19) Hiç başka birini kendi yararınıza kullandınız mı?	Evet	Hayır
20) Başkalarıyla birlikte iken çoğunlukla sessiz misinizdir?	Evet	Hayır
21) Sık sık kendinizi yalnız hissedersiniz mi?	Evet	Hayır
22) Toplum kurallarına uymak, kendi bildiğinizi yapmaktan daha mı iyidir?	Evet	Hayır
23) Diğer insanlar sizi çok canlı biri olarak düşünürler mi?	Evet	Hayır
24) Başkasına önerdiğiniz şeyleri kendiniz her zaman uygular mısınız?	Evet	Hayır

BDA ÖLÇEĞİ

Açıklama: Aşağıdaki ifadelerin sizing için ne kadar doğru olduğunu lütfen belirtiniz.

Doğru değilse (1)..... Tamamen doğruysa (5) olacak şekilde puan verin.

	Doğru değil				Tamamen doğru
Birisi öksürdüğünde benim de öksüresim gelir.	1	2	3	4	5
Duman, sis ya da hava kirliliğine tahammül edemem.	1	2	3	4	5
Sıklıkla vücudumda değişik şeyler olduğunu farkederim.	1	2	3	4	5
Bir yerim morardığında uzun süre öylece kalır.	1	2	3	4	5
Ani ve yüksek sesler beni rahatsız eder.	1	2	3	4	5
Bazen nabzımın ya da kalbimin kulağımın içinde güm güm attığını duyarım.	1	2	3	4	5
Çok sıcakta olmayı da, çok soğukta olmayı da sevmem.	1	2	3	4	5
Midemdeki açlık kasılmalarını çok çabuk hissederim.	1	2	3	4	5
Ufak bir böcek ya da sinek ısırığı bile beni gerçekten rahatsız eder.	1	2	3	4	5
Ağrıya çok az tahammülüm vardır	1	2	3	4	5