

Eksiklik Sendromu Olan ve Olmayan Şizofrenide Aleksitimi, Depresyon ve Negatif Belirtiler Arasındaki İlişki



Leman İNANÇ¹, Ergün SEVİNÇ², Ümit Başar SEMİZ³

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada Eksiklik Sendromu (ES) olan ve olmayan şizofreni hastalarının aleksitimi, depresif ve negatif belirtiler açısından karşılaştırılması ve bu değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya 210 şizofreni hastası katıldı. Hastalar Eksiklik Sendromu Çizelgesi'ne göre ES olan ve olmayan olarak ayrıldı. Her hastaya Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS), Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği (CŞDÖ), Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ), UKU (Udvalg for Klinikse Undersogelser) İlaç Yan Etki Ölçeği uygulandı.

Bulgular: ES grubunda aleksitimi puanlarının daha yüksek olduğu ve negatif belirtilerle ilişkili olmadığı saptandı. Bu grupta depresyon görülme oranı da anlamlı olarak düşük bulundu. ES olan şizofreni hastalarında pozitif belirti puanları ile duyguları tanıyamama ve duyguları ifade edememe alt ölçek puanları arasında negatif yönde bir ilişki saptandı. Şizofreni hastalarının (ES olan ve olmayan) negatif belirti puanları ile TAÖ ölçeğinin alt ölçeklerinden aldıkları ortalama puanlar pozitif yönde ilişkili bulundu. Depresif ve negatif belirtiler şizofreni hastalarındaki (ES olan ve olmayan) aleksitimik özelliklerin yordayıcısı olduğu bulundu.

Sonuç: Çalışmamızda ES olan grupta aleksitimi ile negatif belirtiler arasında ilişki bulunmaması aleksitimi ve negatif belirtilerin ayrı ve bağımsız kavramlar olduklarını düşündürmektedir. Gelecekte aleksitimik belirtiler ile negatif semptomatolojinin bilişsel fonksiyonlarla ilişkisi birlikte değerlendirilebilir.

Anahtar Sözcükler: Şizofreni, eksiklik sendromu, depresyon, aleksitimi

SUMMARY

Relationship between Alexithymia, Depression and the Negative Symptoms in Schizophrenia with and without Deficit Syndrome

Objective: The aim of this study was to compare schizophrenia patients with and without Deficit Syndrome (DS) with respect to alexithymia, depression and negative symptoms and to investigate the relationship between these variables.

Method: A total of 210 schizophrenia patients who joined the study were grouped on the basis of the Schedule for the Deficit Syndrome (SDS). Each patient was evaluated using the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), the Calgary Depression Scale for Schizophrenia (CDSS), the Toronto Alexithymia Scale (TAS) and the UKU - Side Effect Rating Scale (UKU-SERS).

Results: The DS group had higher alexithymia scores that were not related to the negative symptoms. The prevalence of depression was significantly lower in the same group. Positive symptoms in the DS group were negatively correlated with the two TAS subscales of difficulty describing and identifying feelings. The negative symptoms scores of all the patients with and without DS correlated positively with the mean score on the TAS subscales. The severity of depressive and the negative symptoms predicted alexithymic symptoms.

Conclusion: Lack of a correlation between the negative symptoms and alexithymic symptoms in DS suggested that the respective symptoms represented different independent phenomena in schizophrenia. A future study might explore the relationship between alexithymia and negative symptoms in association with cognitive functioning.

Keywords: Schizophrenia, deficit syndrome, depression, alexithymia

Geliş Tarihi: 06.02.2018, **Kabul Tarihi:** 03.07.2019, **Çevrimiçi Yayın Tarihi:** 07.10.2019

¹Dr. Öğr. Üyesi, Muğla Sırtkı Koçman Üniv. Psikiyatri Bl., Muğla, ²Uzm., Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Psikiyatri Bl., Manisa, ³Prof., Uşak Üniv., Psikiyatri Bl., Uşak.

L1: <https://orcid.org/0000-0002-2939-3464>, ES: <https://orcid.org/0000-0003-4255-0193>, ÜBS: <https://orcid.org/0000-0003-3642-0835>

Dr. Leman İnanç, e-posta: leman.inanc@gmail.com

<https://doi.org/10.5080/u23204>

GİRİŞ

Şizofreni, genelde genç yaşta başlayan, yaşam boyu süren, yaşam kalitesinde ve işlevsellikte ciddi sorunlara yol açan ağır bir ruhsal bozukluktur (Kaplan ve Sadock 2004, Soygür ve Erkoç 2007).

Günümüzde şizofreni; başlangıcı, seyri ve klinik görünümündeki farklılıklar nedeniyle homojen bir ruhsal bozukluk olarak görülmemektedir. Şizofreninin heterojen bir görünüme sahip olduğu artık yaygın kabul görmektedir (Tiryaki ve ark. 2009, Kimhy ve ark. 2006, Ahmed ve ark. 2018, Dickinson ve ark. 2017).

Şizofrenide farklı alt tiplerin tanımlanması bu hastalığın anlaşılmasını kolaylaştırmıştır. Bu durum devam eden süreçte farklı belirtileri içeren boyutların ortaya çıkmasına da neden olmuştur (Soygür ve Erkoç 2007, Dickinson ve ark. 2017). Bu çalışmalara bir örnek, şizofreninin pozitif ve negatif belirtiler şeklinde gruplandırılmasıdır. Negatif belirtiler duygulanımda düzleşme, düşünce içeriğinin fakirleşmesi, irade kaybı ve apati, ilgi ve istenç kaybı, sosyal izolasyona eğilim ve dikkat bozukluğudur. Pozitif belirtiler ise garip algılar, sanrılar, biçimsel düşünce bozukluğu gibi belirtileri kapsamaktadır (Tiryaki ve ark. 2009). Pozitif ve negatif belirtilerin tanımında günümüze kadar bir değişiklik olmamıştır.

Pozitif ve negatif belirtiler şeklinde gruplandırmanın (Andreasen ve ark. 1990) yanı sıra, Tim Crow (1985), pozitif ve negatif belirti ayrımını Tip 1 ve Tip 2 adlandırmasıyla tanımlamıştır. Carpenter ve arkadaşları (1994) birincil ve kalıcı olan belirtiler için eksiklik sendromu terimini önermişlerdir. Bu sınıflandırma ve tanımlamalarla şizofreniye özgü psikopatolojilerin daha iyi anlaşılacağı savunmuşlardır. Birincil ve kalıcı negatif belirtilerin varlığı Eksiklik Sendromu (ES) olarak tanımlanmakta ve ES olmayan şizofreniden ayrı bir hastalık olduğu ileri sürülmektedir (Mucci ve ark. 2017).

Kalıcı ve birincil negatif bulgularla karakterize şizofreni hastalarında Eksiklik Sendromu tanımlanması şizofrenide heterojeniteyi azaltmaya yöneliktir. Negatif belirtilerin evrensel oluşu şizofreni patolojisinin ağır kısmını oluşturması negatif belirtilerin önemini arttırmıştır (Rabinowitz ve ark. 2012). Negatif belirtilerin pozitif belirtilere göre yaşam kalitesi ve işlevsellik üzerine daha fazla olumsuz etkiye sahip olduğu ileri sürülmektedir (Barabassy ve ark. 2018).

Mevcut antipsikotiklerle şizofreni hastalarındaki negatif ve bilişsel belirtilerin yeterince tedavi edilemediği bilinmektedir (Barabassy ve ark. 2018). ES'de klinik istikrar dönemlerine rağmen negatif belirtilerin devam ettiği ve ilaç tedavisi ile değişmediği bilinmektedir (Mucci ve ark. 2017). Nitekim Fusar-Poli ve arkadaşlarının (2015) yaptığı çalışmada, yeni antipsikotiklerin, bazı olumlu etkilerine rağmen, klinik olarak anlamlı iyileştirme eşiğini aşamadıklarını tespit etmişlerdir. Aleman ve arkadaşları (2017) Eksiklik Sendromu tedavisinde

son gelişmeleri gözden geçirmişlerdir. Antipsikotiklerin negatif semptomlara sınırlı etkilerinin olduğu ve elektromanyetik nörostimülasyonun olumlu etkileri olabileceğini ileri sürmüşlerdir. Eksiklik sendromundaki negatif belirtilerin bilişsel işlevlerle ilişkisine bakılan çalışmalarda, ES'de bilişsel bozulma olduğu tespit edilmiştir (Yu ve ark. 2015, Fervaha ve ark. 2016, Bora ve ark. 2017).

Aleksitimi Sifneos'un (1973) psikiyatride kazandırdığı bir kavram olup, duyguları sözle ifade edememe anlamındadır. İlk olarak psikosomatik rahatsızlıklarla birlikte tanımlandıysa da daha sonraları birçok psikiyatrik rahatsızlığa eşlik ettiği görülmüştür (Şaşıoğlu ve ark. 2013). Şizofreni ile birlikte de görülmektedir ve genelde hastalığın daha ağır seyri ile ilişkilendirilmiştir (Ospina ve ark. 2019). Bilişsel ve duygulanımla ilişkili iki boyutu olduğu ileri sürülen aleksitiminin bilişsel boyutunun duyguları belirleme, ifade etme ve yorumlamadaki zorluklarla karakterize olduğu; duygulanımla ilişkili boyutunun duygusal olarak uyarılma ve hayal gücündeki noksanlığı yansıttığı ileri sürülmüştür. Aleksitimi, somatizasyon ve negatif duygulanım ilişkisine bakılan bir çalışmada tip II aleksitiminin (bilişsel faktörlerle ilişkili tip), tip I aleksitimiye (hem bilişsel faktörlerle hem duygulanımla ilişkili tip) göre bedensel belirtileri daha güçlü yordadığı saptanmıştır (Bailey ve Henry 2007). Aynı zamanda aleksitiminin negatif belirtilerle ilişkili olduğu ve psikoz gelişimi için bir risk faktörü olduğu ileri sürülmüştür (van der Velde ve ark. 2015). Aleksitimi ile bilişsel işlevler arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada şizofreni hastalarında aleksitimik özellikler; bilişsel işlevlerdeki sorunlar ve aloji ile ilişkili bulunmuştur (Henry ve ark. 2010). Başka bir çalışmada aleksitimik özelliklerden duyguları tanımda güçlük ve dışa dönük düşünme nörobilişsel bozukluklarla ilişkili bulunurken aleksitimi ile pozitif ve negatif belirtiler arasında ilişki saptanmamıştır (Fogley ve ark. 2014).

Bu çalışmada Eksiklik Sendromu olan ile Eksiklik Sendromu olmayan şizofreni hastaları arasında; sosyodemografik özellikler, pozitif ve negatif semptomlar, depresif belirtiler, ilaç yan etkileri ve aleksitimi açısından karşılaştırma yapılması amaçlanmıştır. Aynı zamanda aleksitimi, depresif belirtiler ve negatif belirtiler arasındaki ilişki araştırılmıştır. Eksiklik sendromunda aleksitimik özelliklerin depresif belirtiler ve negatif belirtiler ile ilişkisinin incelenmesi bu hasta grubunun daha iyi anlaşılmasında katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

YÖNTEM

Örneklem

Bu çalışmaya Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ayaktan Tedavi Merkezi Psikiyatrik Bozukluklar Polikliniğinde en az 1 yıl düzenli takip edilen ve ardışık olarak başvuran, yapılandırılmış klinik görüşme

formunun (SCID-I) ilgili bölümü uygulanarak DSM-IV ölçütlerine göre şizofreni tanısı konmuş 240 hasta dahil edilmiştir. Bu çalışma 2011 yılında Şubat- Temmuz ayları arasında yapılmıştır.

Çalışmaya katılmaya gönüllü 18-65 yaş arasında olan ve bir yıldır şizofreni tanısıyla ayaktan tedavi merkezinde düzenli izlenen hastalar alındı. Bilinç kaybıyla sonuçlanacak kafa travması, psikiyatrik tabloyu etkileyebilecek nörolojik veya genel tıbbi bir hastalığın olması, zekâ geriliği ve psikoaktif madde bağımlılığı ya da son 3 ay içinde kötüye kullanım öyküsünün olması dışlama nedenleri olarak belirlendi.

Örneklem Değerlendirilirken Yapılan İşlemler

Çalışmaya katılan her hastaya ve hasta yakınına çalışmaya ilgili bilgi verildi ve katılım için onam belgesini imzalayarak gönüllü olan kişiler çalışmaya alındı. Sosyodemografik ve klinik değerlendirme formları hasta ve beraberinde gelen hasta yakınıyla yüz yüze görüşülerek dolduruldu. Eksiklik Sendrom Çizelgesi uygulanarak hastalar Eksiklik Sendromu (ES) olan ve olmayanlar şeklinde iki gruba ayrıldı. Bu çizelge uygulanırken negatif belirtilerin birincil (kalıcı) olup olmadığı belirlemek için aileden de bilgi alındı. Her hastaya Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS), Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği (CŞDÖ), Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ) ve UKU (Udvalg for Klinikse Undersogelser) İlaç Yan Etki Ölçeği uygulandı.

Başlangıçta çalışmaya dahil edilen 240 hastanın 30'u çalışmayı tamamlamadı. Bunlardan 20'si izlem sürecini tamamlayamadığı için, 10'u ise çalışmaya uyum gösteremediklerinden ve elde edilen bilgilerin güvenilir olmaması sebebiyle çalışma dışı bırakıldı. Çalışma 210 hasta ile tamamlandı.

Veri Toplama Araçları

Sosyodemografik Form: Yarı yapılandırılmış görüşme çizelgesi kullanılarak hastaların yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, medeni durumu, yaşadığı yer (köy-kasaba, şehir), mesleki durumu, sosyal güvenceleri ve sigara öyküsü gibi sosyodemografik veriler ile EKT (Elektrokonvülsif Tedavi) öyküsü, daha önce hastanede yatış öyküsü, hastalık süresi, kullanılan tedavi ve ek ilaçlar gibi klinik veriler değerlendirildi.

Şizofrenide Eksiklik Sendromu (Defisit) Çizelgesi: Çizelge, Kirkpatrick ve arkadaşları (1993) tarafından şizofreni hastalarında Eksiklik Sendromu belirtilerini belirlemek üzere oluşturulmuştur. Türkçeye çevirimi ve geçerlik, güvenilirlik çalışması Çıtak ve ark. (2006) tarafından yapılmıştır. Çizelgeye göre Eksiklik Sendromu tanısının konulabilmesi açısından dört farklı ölçütün karşılanması gereklidir.

Birinci ölçüt: hasta şizofreni tanı ölçütlerini karşılamalıdır.

İkinci ölçüt: negatif belirtilerle ilgili kısmı kapsamaktadır. Bu aşamada negatif belirtilerin her biri için 0 ile 4 puan arası

değerler verilir. Çıtak ve arkadaşlarının 2006 yılında yapmış oldukları çalışmada bu belirtiler şu şekilde sıralanmıştır. "Kısıtlı duygulanım, duygusal erimde azalma, konuşmanın yoksulluğu, ilgi yoksunluğu, amaç duygusunda azalma ve sosyal dürtüde azalma". Eksiklik Sendromu tanısı alabilmesi için hastanın, söz konusu altı negatif belirtinin en az ikisinden iki ya da üzerinde puan alması gereklidir.

Üçüncü ölçüt: negatif belirtiler birincildir; anksiyete, ilaç etkisi, psikotik belirtiler ve depresyon gibi hastalık süreci dışındaki etkenlere ikincil değildir.

Dördüncü ölçüt: negatif belirtiler bir önceki yıl boyunca kalıcı özellikler halinde bulunmuştur ve remisyon dönemlerinde de her zaman var olmuştur.

Çizelgeyle ilgili bilgi edinilirken hasta ve aile bireyleri gibi diğer bilgi kaynakları ile yapılan görüşmelerden yararlanılır. Görüşmede psikopatolojinin temel alanlarına olduğu kadar, mesleki ve sosyal işlevselliğe de odaklanılır (Kirkpatrick ve ark. 1993).

Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS): Kay ve arkadaşları (1987) tarafından oluşturulmuştur. Toplamda 30 maddeyi kapsamaktadır. Aynı zamanda yedi puan sistemine göre oluşturulmuş şiddet değerlendirmesi içermektedir. Yarı yapılandırılmış bu görüşme ölçeğinde (PANSS) değerlendirilen 30 psikiyatrik parametreden yedisi pozitif belirti alt ölçeğine, yedisi negatif belirti alt ölçeğine ve kalan on altısı genel psikopatoloji alt ölçeğine aittir. Ölçeğin Türkçe güvenilirlik ve geçerlik çalışması Kostakoğlu ve arkadaşları (1999) tarafından yapılmıştır.

Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği (CŞDÖ): Addington ve arkadaşları (1994) tarafından oluşturulmuş, kullanımı oldukça basit bir ölçektir. Türkçede güvenilirlik ve geçerlik çalışmaları Aydemir ve arkadaşları tarafından (2000) yapılmış olan ölçek görüşmecisi tarafından değerlendirilmektedir. Cevap sistemi dört likert cevap şeklinde değerlendirilirken, toplamda dokuz maddeden oluşmaktadır. Söz konusu maddeler; depresif duygudurum, umutsuzluk, değersizlik duygusu, suçlulukla ilgili alınma düşünceleri, patolojik suçluluk, sabah depresyonu, erken uyanma, özkıyım ve gözlenen depresyon belirtilerini içermektedir (Aydemir ve ark. 2002).

UKU Yan Etki Ölçeği: Tedavi amaçlı belirlenmiş dozlarda alınan psikotrop ilaçlara bağlı meydana gelmiş klinik yan etkilerin değerlendirilmesi gayesiyle Lingjaerde ve arkadaşları (1987) tarafından geliştirilmiş bir ölçektir. Psikolojik, nörolojik, otonomik ve diğer yan etkiler olmak üzere toplamda dört alt ölçekten oluşmaktadır. İçerdiği 48 madde mevcuttur ve ölçekte her bir madde dört seçenekten oluşmaktadır. Aralık, '0' ile yan etki olmadığı, '3' ile de şiddetli yan etkiye sahip olduğunu belirtmektedir.

Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ): Bagby ve arkadaşları (1994a, 1994b) tarafından geliştirilmiştir. Aleksitimiyi

araştırılan 20 maddelik öz bildirim ölçeği olup, likert tipi cevap sistemine sahiptir. Katılımcıdan söz konusu 20 madde için de 1 ile 5 puan arası puan vermesi beklenir. Cevap seçenekleri; “Hiçbir zaman”, “Nadiren”, “Bazen”, “Sık sık” ve “Her zaman”dır. 4, 5, 10, 18 ve 19 numaralı sorular tersten sorulmuştur. Ölçekten alınan yüksek puan sahip olunan yüksek aleksitimik düzeyi gösterir. Duygularını tanıma güçlüğü (TAÖ-A; 1, 3, 6, 7, 9, 13, 14 numaralı maddeler), duyguları söze dökmeye güçlüğü (TAÖ-B; 2, 4, 11, 12, 17 numaralı maddeler), dışa dönük düşünme (TAÖ-C, 5, 8, 10, 15, 16, 18, 19, 20) alt ölçekleri vardır. Yüksek puanlar yüksek aleksitimik seviyeyi gösterir. Türkçe uyarlaması Güleç ve arkadaşları (2009) tarafından yapılmıştır. Yapılan geçerlilik güvenilirlik çalışmasında kesme puanı 61 olarak saptanmıştır.

İstatistiksel Analiz

Verilerin istatistiksel değerlendirilmesi Statistical Packages for the Social Sciences (SPSS) 16 programı kullanılarak yapılmıştır. Sayısal değişkenler t testi ile, kategorik değişkenler ki kare testi ve Fisher’in Kesin Testi ile değerlendirilmiştir. İstatistiksel anlamlılık $p < 0,05$ olup tüm testler iki uçludur.

BULGULAR

Örneklemin Tanıtımı

Çalışmayı tamamlayan 210 hastanın %23,8’i ($n=50$) ES olan ve %76,2’si ($n=160$) ES olmayan şizofreni hastası olduğu saptanmıştır. ES olan ve olmayan gruplar, cinsiyet açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($\chi^2=1,75$; $p=0,187$) (Tablo 1a).

Çalışmaya alınan hasta grubunun yaş ortalamasına bakıldığında; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($t=-0,354$; $p=0,724$) (Tablo 1b).

Medeni durumlar açısından iki grup arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($\chi^2=3,51$; $p=0,034$) (Tablo 1a). ES olmayan grupta evli olanların oranı, ES olan gruba göre daha yüksek bulunmuştur.

Grupların mesleki işlevselliği değerlendirildiğinde, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (Fisher’in Kesin Testi; $p=0,000$) (Tablo 1a). ES olmayan grupta çalışanların oranı, ES olan gruba göre daha yüksek bulunmuştur.

Gruplar doğum mevsimlerine göre değerlendirildiğinde, ES olan grupta yaz doğumlarının oranı, ES olmayan gruba göre daha yüksek bulunmuştur ($\chi^2=29,342$; $p=0,000$) (Tablo 1a).

ES olan ve olmayan gruptaki şizofreni hastalarının maddi durumları karşılaştırıldığında, ES olan grupta ekonomik durum anlamlı olarak düşük bulunmuştur ($\chi^2=6,266$; $p=0,044$) (Tablo 1a).

İki grubun eğitim yılı ortalamaları karşılaştırıldığında ise, ES olan gruptaki şizofreni hastalarında toplam eğitim süresi anlamlı derecede düşük bulunmuştur ($t=-5,410$; $p=0,000$) (Tablo 1b).

Tablo 1b. Eksiklik Sendromu Olan ve Olmayan Şizofreni Hastalarının Sosyodemografik Özellikleri

| | ES olan Ort.±SS | ES olmayan Ort.±SS | t | p |
|-------------|--------------------|-----------------------|--------|-------|
| Yaş | 37,1±11,46 | 37,66±9,09 | -0,354 | 0,724 |
| Eğitim Yılı | 6,24±2,86 | 8,93±3,64 | -5,410 | 0,000 |

Ort.: ortalama, SS standart sapma, t: Student t testi, ES: Eksiklik Sendromu, $p < 0,05$ anlamlı

Tablo 1a. Eksiklik Sendromu Olan ve Olmayan Şizofreni Hastalarının Sosyodemografik Özellikleri

| | | ES olan (n=50) | ES olmayan (n=160) | χ^2 | P |
|----------------|-----------------|----------------|--------------------|----------|--------|
| Cinsiyet | Kadın | 24 (%48,0) | 60 (%37,5) | -1,75 | 0,187 |
| | Bekar | 39 (%78,0) | 90 (%56,3) | | |
| Medeni Durum | Evli | 4 (%8,0) | 42 (%26,3) | 3,51 | 0,034 |
| | Dul-ayrı | 7 (%14,0) | 28 (%17,5) | | |
| Mesleki Durum | İşsiz-malul | 49 (%98,0) | 118 (%73,8) | | 0,000* |
| | Çalışan-öğrenci | 1 (%2,0) | 42 (%26,3) | | |
| Sosyal Destek | Yok | 11 (%22,0) | 34 (%21,3) | 0,013 | 0,910 |
| | Kış | 8 (%16,0) | 46 (%28,8) | | |
| Doğum Mevsimi | İlkbahar | 12 (%24,0) | 43 (%26,9) | 29,342 | 0,000 |
| | Yaz | 20 (%40,0) | 29 (%18,1) | | |
| | Sonbahar | 10 (%20,0) | 42 (%26,3) | | |
| Ekonomik Durum | İyi | 3 (%6,0) | 30 (%18,8) | 6,266 | 0,044 |
| | Orta | 19 (%38,0) | 66 (%41,3) | | |
| | Kötü | 28 (%56,0) | 64 (%40,0) | | |

*Fisher’in Kesin Testi, ES: Eksiklik Sendromu, $p < 0,05$ anlamlı

Tablo 2a. Eksiklik Sendromu Olan ve Olmayan Şizofreni Hastaların Klinik Özelliklerin Karşılaştırılması

| | | ES olan (n=50) | ES olmayan (n=160) | χ^2 | P |
|-------------------------|---------|----------------|--------------------|----------|---------------|
| Adli sorun | Var | 1 (%2,0) | 24 (%15,0) | | 0,013* |
| İntihar öyküsü | Var | 10 (%20,0) | 68 (%42,5) | 8,26 | 0,004 |
| Sigara kullanımı | Var | 22 (%44,0) | 132 (%82,5) | 28,875 | 0,000 |
| Alkol kullanımı | Var | 2 (%4,0) | 49 (%30,6) | | 0,000* |
| Madde kullanımı öyküsü | Var | 0 (%0,0) | 1 (%0,6) | | 0,580* |
| EKT öyküsü | Var | 13 (%26,0) | 62 (%39,2) | 2,888 | 0,090 |
| Kullandığı antipsikotik | Tipik | 9 (%18,0) | 32 (%20,0) | | |
| | Atipik | 37 (%74,0) | 68 (%42,5) | | 0,000 |
| | Kombine | 4 (%8,0) | 60 (%37,5) | | |

*Fisher'in Kesin Testi, EKT: Elektrokonvülsif tedavi, ES: Eksiklik Sendromu, p<0,05 anlamlı

Tablo 2b. Eksiklik Sendromu Olan ve Olmayan Şizofreni Hastaların Klinik Özelliklerin Karşılaştırılması

| | ES olan Ort.±SS | ES olmayan Ort.±SS | t | P |
|-------------------------|--------------------|-----------------------|--------|--------------|
| Hastalık başlangıç yaşı | 20,42±3,64 | 23,66±4,42 | -4,705 | 0,000 |
| Hastalık süresi | 16,08±9,12 | 13,73±7,04 | 1,677 | 0,100 |
| Yatış sayısı | 3,64±3,46 | 4,19±3,60 | -0,953 | 0,340 |

Ort.: ortalama, SS: standart sapma, t: Student t testi, ES: Eksiklik Sendromu, p<0,05 anlamlı

Klinik Verilerin Karşılaştırmaları

İki gruptaki hastalar yaşadıkları yasal sorunlar açısından karşılaştırıldığında, ES olan grupta adli sorun görülme oranı istatistiksel olarak anlamlı düşük bulundu (Fisher'in Kesin Testi, p= 0,013). (Tablo 2a).

İntihar etme oranları açısından karşılaştırıldıklarında iki grup arasında ES olmayan hastalar lehine istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ($\chi^2=8,26$; p=0,004) (Tablo 2a).

ES olan şizofreni grubunda hastalık başlangıç yaş ortalamasının ES olmayan gruba kıyasla anlamlı olarak düşük olduğu ($t=-4,70$; p=0,000) tespit edilmiştir (Tablo 2b).

İki grup arasında ilaçlarla ilgili yan etki görülme bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı anlaşılmıştır ($\chi^2=3,26$; p=0,07) (Tablo 3).

Hastaların Depresyon düzeyleri Calgary Depresyon Ölçeği ile değerlendirilmiş ve kesme puanına göre iki alt gruba ayrılmıştır. ES olan gruptaki şizofreni hastalarının %8'sinde (n=4), ES

olmayanların %33,1'ünde (n=53) hastada komorbid depresif belirtilerin olduğu, aralarında farkın anlamlı olduğu saptanmıştır (Fisher'in Kesin Testi, p=0,000) (Tablo 3). ES olmayan grupta depresyon oranı, ES olan gruba göre daha yüksek bulunmuştur.

Aleksitimi düzeyleri Toronto Aleksitimi Ölçeği ile değerlendirilen hastalar, ölçeğin kesme puanına göre iki gruba ayrılmışlardır. Bu ayrıma göre ES olan grupta hastaların %64'ünün (n=32), ES olmayan grupta ise hastaların %36,3'ünün (n=58) aleksitimik özellikler gösterdiği tespit edilmiş, ES olan grupta aleksitimik özelliklerin belirgin olarak fazla olduğu anlaşılmıştır ($\chi^2=11,979$; p=0,000) (Tablo 3).

Hastalarda şizofreninin pozitif ve negatif belirtileri PANNS ölçeği ile değerlendirilmiştir. Toplam PANNS puan ortalamaları ES olan grupta daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır ($t=2,252$; p=0,002) (Tablo 4).

İki grup arasında pozitif belirtiler yönünden anlamlı bir fark saptanmamıştır ($t=-1,388$; p= 0,16) (Tablo 4).

ES olan grupta negatif belirtilerin ortalaması, ES olmayan gruba göre daha yüksek bulunmuştur ($t=17,607$; p=0,000) (Tablo 4).

ES olan şizofreni hastalarında depresyon puanlarının daha düşük olduğu tespit edilmiştir ($t=-6,371$; p=0,000) (Tablo 4).

ES olan hastaların, ES olmayan hastalara göre TAÖ toplam puanları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($t=3,905$; p=0,03) (Tablo4).

Tablo 3. Eksiklik Sendromu Olan ve Olmayan Şizofreni Hastalarında İlaç Yan Etkisi, Depresyon ve Aleksitimi Görülme Oranlarının Karşılaştırılması

| | | ES olan (n=50) | ES olmayan (n=160) | χ^2 | P |
|-----------------|----------------|----------------|--------------------|----------|---------------|
| İlaç Yan Etkisi | Yok veya Hafif | 35 (%70,0) | 89 (%54,7) | 3,26 | 0,070 |
| | Orta-Belirgin | 15 (%30,0) | 51 (%44,4) | | |
| Depresyon | Var | 4 (%8,0) | 53 (%33,1) | | 0,000* |
| Aleksitimi | Var | 32 (%64,0) | 58 (%36,3) | 11,979 | 0,000 |

*Fisher'in Kesin Testi, ES: Eksiklik Sendromu, p<0,05 anlamlı

Tablo 4. Eksiklik Sendromu Olan ve Olmayan Olguların Çeşitli Klinik Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

| Klinik Ölçekler | ES olan (n=50) | ES olmayan (n=160) | t | p |
|---------------------------|----------------|--------------------|--------|--------------|
| | Ortalama ± SS | Ortalama ± SS | | |
| PANSS toplam | 67,42±5,74 | 64,34±13,94 | 2,252 | 0,020 |
| PANSS pozitif | 10,92±1,56 | 12,31±4,29 | -1,388 | 0,160 |
| PANSS negatif | 22,86±2,18 | 15,24±3,85 | 17,607 | 0,000 |
| PANSS genel psikopatoloji | 36,44±2,92 | 35,49±7,85 | 1,279 | 0,200 |
| Calgary Depresyon | 2,80±3,92 | 7,14±5,01 | -6,371 | 0,000 |
| TAÖ-Toplam | 60,02±7,06 | 55,16±9,42 | 3,905 | 0,000 |
| TAÖ-A | 19,26±4,25 | 17,16±4,77 | 2,785 | 0,060 |
| TAÖ-B | 16,80±2,64 | 15,23±3,29 | 3,459 | 0,010 |
| TAÖ-C | 24,14±2,28 | 22,88±3,23 | 3,080 | 0,030 |

PANSS: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği, TAÖ: Toronto Aleksitimi Ölçeği, TAÖ-A: duyguları tanıyamama, TAÖ-B: duyguları ifade edememe, TAÖ-C: dışı dönük düşünme, ES: Eksiklik Sendromu

ES olan şizofreni hastalarının, olmayan gruptaki hastalara göre TAÖ-B (duyguları ifade edememe) ($t=3,459$; $p=0,01$) ve TAÖ-C (dışa dönük düşünme) ($t=3,080$; $p=0,03$) alt ölçeklerinden aldıkları ortalama puanlar da anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (Tablo 4).

Korelasyon Analizi

ES olan şizofreni hastalarının PANSS ölçeği puanları ile aleksitimi puanlarının ilişkisine bakıldı. PANSS pozitif belirti puanları ile Calgary depresyon puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptandı ($r=0,600$). PANSS pozitif belirti puanları ile TAÖ-A (duyguları tanıyamama) ve TAÖ-B (duyguları ifade edememe) alt ölçek puanları arasında negatif yönde bir ilişki saptandı ($r=-0,283$; $r=-0,320$). PANSS genel psikopatoloji puanları ile Calgary depresyon puanları arasında pozitif bir ilişki saptandı ($r=0,393$). PANSS genel psikopatoloji puanları ve TAÖ-B (duyguları ifade edememe) alt ölçek puanları arasında negatif yönde bir ilişki saptandı ($r=-0,341$) (Tablo 5).

Şizofreni hastalarının PANSS negatif belirti puanları ile Calgary depresyon puanları arasında negatif bir ilişki saptandı ($r=-0,205$). PANSS negatif belirti puanları ile aleksitimi puanlarının ilişkisine bakıldığında TAÖ-A (duyguları tanıyamama), TAÖ-B (duyguları ifade edememe), TAÖ-C (dışa dönük düşünme) alt ölçeklerinden aldıkları ortalama puanlar ve TAÖ toplam puanları pozitif yönde ilişkili bulundu (sırasıyla $r=0,356$; $r=0,347$; $r=0,198$; $r=0,377$). PANSS pozitif belirti puanları ile Calgary depresyon puanları pozitif yönde ilişkili bulundu ($r=0,163$). PANSS genel psikopatoloji puanları ile Calgary Depresyon Ölçeği puanları pozitif ilişkili saptandı ($r=0,143$). PANSS genel psikopatoloji puanları ile aleksitimi puanlarının ilişkisine bakıldığında TAÖ-A (duyguları tanıyamama), TAÖ-B (duyguları ifade edememe) ile TAÖ toplam puanları pozitif ilişkili bulundu ($r=0,215$; $r=0,202$; $r=0,218$). PANSS toplam puanları ile aleksitimi puanlarının ilişkisine bakıldığında TAÖ-A (duyguları tanıyamama), TAÖ-B (duyguları ifade edememe) ile TAÖ toplam puanları pozitif ilişkili bulundu ($r=0,243$; $r=0,247$; $r=0,259$).

Tablo 5. Eksiklik Sendromu Hastalarında Calgary Depresyon Ölçeği Puanları, PANSS Negatif, Pozitif, Genel Psikopatoloji, Toplam Puan, TAÖ Toplam Puan ve Alt Ölçek Puanlarının Korelasyonu

| | | PANSS negatif | PANSS pozitif | PANSS genel psikopatoloji | PANSS toplam | Calgary depresyon ölçeği | TAÖ-A | TAÖ-B | TAÖ-C | TAÖ Toplam |
|---------------------------|---|---------------|---------------|---------------------------|--------------|--------------------------|---------|---------|--------|------------|
| PANSS negatif | r | 1 | -0,225 | 0,267 | 0,398** | 0,209 | 0,165 | 0,027 | 0,008 | 0,110 |
| | p | | 0,116 | 0,061 | 0,004 | 0,145 | 0,251 | 0,852 | 0,955 | 0,445 |
| PANSS pozitif | r | -0,225 | 1 | 0,250 | 0,083 | 0,600** | -0,283* | -0,320* | 0,049 | -0,214 |
| | p | 0,116 | | 0,080 | 0,565 | 0,000 | 0,047 | 0,023 | 0,735 | 0,135 |
| PANSS genel psikopatoloji | r | 0,267 | 0,250 | 1 | 0,593** | 0,393** | -0,278 | -0,341* | 0,135 | 0,195 |
| | p | 0,061 | 0,080 | | 0,000 | 0,005 | 0,050 | 0,015 | 0,350 | 0,175 |
| PANSS toplam | r | 0,398** | 0,083 | 0,593** | 1 | 0,176 | -0,003 | -0,019 | 0,264 | 0,115 |
| | p | 0,004 | 0,565 | 0,000 | | 0,222 | 0,984 | 0,898 | 0,064 | 0,426 |
| Calgary depresyon ölçeği | r | 0,209 | 0,600** | 0,393** | 0,176 | 1 | -0,232 | -0,146 | -0,234 | -0,013 |
| | p | 0,145 | 0,000 | 0,005 | 0,222 | | 0,105 | 0,313 | 0,103 | 0,928 |

PANSS: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği, TAÖ: Toronto Aleksitimi Ölçeği, TAÖ-A: duyguları tanıyamama, TAÖ-B: duyguları ifade edememe, TAÖ-C: dışı dönük düşünme, ** 0,01 düzeyinde anlamlılık, * 0,05 düzeyinde anlamlılık

Tablo 6. Şizofreni Hastalarında (Eksiklik Sendromu Olan ve Olmayan) Calgary Depresyon Ölçeği, PANSS Negatif, Pozitif, Genel Psikopatoloji ve Toplam Puanlar ile TAÖ Toplam ve TAÖ Alt Ölçeklerin Korelasyonu

| | | PANSS negatif | PANSS pozitif | PANSS genel psikopatoloji | PANSS toplam | Calgary depresyon ölçeği | TAÖ-A | TAÖ-B | TAÖ-C | TAÖ Toplam |
|---------------------------|---|---------------|---------------|---------------------------|--------------|--------------------------|---------|---------|---------|------------|
| PANSS negatif | r | 1 | -0,071 | 0,520** | 0,608** | -0,205** | 0,356** | 0,347** | 0,198** | 0,377** |
| | p | | 0,307 | 0,000 | 0,000 | 0,003 | 0,000 | 0,000 | 0,004 | 0,000 |
| PANSS pozitif | r | -0,071 | 1 | 0,605** | 0,643** | 0,163* | -0,040 | -0,008 | -0,096 | -0,049 |
| | p | 0,307 | | 0,000 | 0,000 | 0,018 | 0,562 | 0,905 | 0,166 | 0,483 |
| PANSS genel psikopatoloji | r | 0,520** | 0,605** | 1 | 0,939** | 0,143* | 0,215** | 0,202** | 0,093 | 0,218** |
| | p | 0,000 | 0,000 | | 0,000 | 0,038 | 0,002 | 0,003 | 0,179 | 0,001 |
| PANSS toplam | r | 0,608** | 0,643** | 0,939** | 1 | 0,063 | 0,243** | 0,247** | 0,109 | 0,259** |
| | p | 0,000 | 0,000 | 0,000 | | 0,360 | 0,000 | 0,000 | 0,115 | 0,000 |
| Calgary depresyon ölçeği | r | -0,205** | 0,163* | 0,143* | 0,063 | 1 | 0,133 | 0,099 | 0,149* | 0,165* |
| | p | 0,003 | 0,018 | 0,038 | 0,360 | | 0,055 | 0,154 | 0,031 | 0,017 |

PANSS: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği, TAÖ: Toronto Aleksitimi Ölçeği, TAÖ-A: duyguları tanıyamama, TAÖ-B: duyguları ifade edememe, TAÖ-C: dışı dönük düşünme
* 0,05 düzeyinde anlamlılık, ** 0,01 düzeyinde anlamlılık

Calgary depresyon puanları ile TAÖ-C (dışa dönük düşünme) alt ölçeklerinden aldıkları ortalama puanlar ile TAÖ toplam puanları pozitif ilişkili bulundu ($r=0,149$; $r=0,165$) (Tablo 6).

Regresyon Analizi

Bağımlı değişken olarak TAÖ ölçeği (aleksitimi var X aleksitimi yok) kullanılırken, bağımsız değişkenler olarak PANSS negatif, pozitif, genel psikopatoloji, toplam puanları, Calgary Depresyon Ölçeği puanı tayin edilmiştir. Lojistik regresyon analizinin sonuçları bu değişkenlerden PANSS negatif belirtiler puanı ve Calgary Depresyon Ölçeği puanının aleksitimi için yordayıcı olduğunu göstermiştir (Tablo 7).

Tablo 7. Şizofreni Hastalarında Aleksitimiye Yordayan Değişkenlerin Lojistik Regresyon Analizi ile İncelenmesi

| | B | Standart hata | Wald | p | Exp (B) |
|---------------|--------|---------------|--------|-------|---------|
| PANSS pozitif | -0,138 | 0,079 | 3,103 | 0,078 | 0,871 |
| PANSS negatif | 0,145 | 0,072 | 4,015 | 0,045 | 1,156 |
| PANSS genel | -0,103 | 0,073 | 1,985 | 0,159 | 0,902 |
| PANSS toplam | 0,089 | 0,058 | 2,395 | 0,122 | 1,093 |
| Calgary | 0,183 | 0,036 | 25,333 | 0,000 | 1,201 |
| Constant | -4,396 | 1,030 | 18,210 | 0,000 | 0,012 |

Beta: regresyon katsayısı. Constant: sabit, B: sabit, $p<0,05$ düzeyinde anlamlı ilişki
PANSS: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği

TARTIŞMA

Bu çalışmada şizofreni hastalarında, eksiklik sendromunun birçok klinik parametre ile ilişkisi araştırılmıştır. ES olan ve olmayan şizofreni hastalarının sosyodemografik özellikler, pozitif, negatif ve depresif belirtiler, aleksitimi değişkenleri

açısından karşılaştırılması; aynı zamanda negatif belirtilerin ve depresif belirtilerin aleksitimi ile ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

210 şizofreni hastasıyla tamamlanan çalışmamızda, ES'nin %23,8 oranında olduğu saptanmıştır. Bu oran daha önce değişik çalışmalarda elde edilen sonuçlarla uyumlu gibi gözükmemektedir. Fenton ve McGlashan (1994) yaptıkları uzunlamasına bir çalışmaya göre şizofreni hastalarından mükerrer yatışı olanlarda ES'nin %25'e ulaştığı ifade edilmektedir.

Çalışmamızda ES'si olan ve olmayan gruplar arasında cinsiyet açısından istatistiksel farklılık yoktur. ES oranının cinsiyet dağılımı üzerindeki etkisi net olmamakla birlikte, erkek şizofren hastalarında daha fazla görüldüğünü bildiren çalışmalar ağırlıktadır (Beck ve ark. 2011, Mucci ve ark. 2017, Barabassy ve ark. 2018). Çalışmamızda ES olan grupta literatürle uyumlu şekilde erkek oranı kadınlardan daha yüksek saptanmıştır (%52). Bizim çalışmamızda bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Mete ve arkadaşları (2015) bizimkine benzer bir sonuç elde etmişlerdir. Bazı çalışmalarda cinsiyet ve ES ilişkisinin zayıf bağlantı gösterdiği vurgulanmaktadır (Tiryaki ve ark. 2009). Roy ve arkadaşlarının (2001) yaptığı meta analiz çalışmasında ES olan şizofrenlerde erkek cinsiyet oranının yüksek olduğu tespit edilmiştir (E/K oranı: 1,75). Diğer bazı çalışmalarda da ES olan şizofreni hastalarında erkek cinsiyetin ağırlıkta olduğu şeklinde bilgi bulunmaktadır (Fenton ve McGlashan 1994, Buchanan ve ark. 1994, Bustillo ve ark. 1997, Buchanan ve ark. 1997, Tiryaki ve ark. 2003).

Genel olarak şizofreninin erken başlayan ve kronik gidişli bir hastalık olması nedeniyle hastaların eğitimlerini tamamlamadıkları bilinmektedir (Nasrallah ve Smeltzer 2003). Bu çalışmada ES olan şizofreni hastalarında eğitim yılı ortalamaları ES olmayan gruba göre anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Bu hipotezi destekleyen birçok çalışmada, eğitim yılı

ortalamalarının ES olan şizofreni hastalarında olmayan gruba göre daha düşük olduğu bildirilmektedir (Harris ve ark. 1991, Fenton ve McGlashan 1994, Bustillo ve ark. 1997). Xiang ve arkadaşları (2010), eğitim düzeyi ve Wisconsin kart eşleme testi skorlarının düşüklüğü ile negatif belirti şiddeti arasında ilişki bulmuşlardır.

Çalışmamızda ES olan şizofreni hastalarında evlenmemiş olma oranlarının yüksek olduğu bulunmuştur. Daha önceki çalışmalarda da şizofreni hastası olan bireylerin evlilik oranlarının toplum oranlarının altında olduğu belirtilmektedir. Şizofreninin çoğunlukla 15-35 yaşları arasında başladığı, erken erişkinlik dönemine denk gelen bu başlangıç nedeniyle hastalarda evlenmemiş olma oranının yüksek olduğu genel kabul görmektedir (Nasrallah ve Smeltzer 2003, Köroğlu ve Güleç 2007). ES olan grupta hastalık başlangıç yaşının düşük olması evlilik öncesi dönemde hastalanmış olabilecekleri şeklinde de yorumlanabilir. Bizim çalışmamızda literatürle uyumlu olarak, ES olan şizofreni hastalarında evlilik oranları ES olmayanlara göre daha düşük bulunmuştur. Fenton ve McGlashan (1994), uzunlamasına yaptıkları çalışmada, ES olan şizofreni hastalarının, hastalık öncesi çok azının evlendikleri, evlenme oranlarının düşük olduğu belirtilmiştir. Bu durum da ES olan hastalarda hastalık öncesi işlevselliğin düşük olmasıyla (Galderisi ve ark. 2002) ilişkilendirilmiştir. Hastalık öncesi dönemde de negatif belirtilerin olduğu (Larson ve ark. 2010) göz önüne alındığında evlilik oranlarının düşük olması beklenen bir sonuçtur. Negatif belirtilerin varlığı bireysel olarak kişisel ilişkilerdeki sorunların en önemli yordayıcısı olduğu ve evlenmemiş olma ile ilişkili olduğu ileri sürülmüştür (Milev ve ark. 2005, Patel ve ark. 2015).

Sonuçlarımız, ES olan şizofreni hastaların çalışma oranlarının olmayanlara göre düşük olduğunu göstermektedir. Bu da ES olan şizofreni hastalarında, birincil negatif bulguların yerleşikten sonra değişmediğini, mesleki işlevselliği olumsuz etkilediğini gösteren çalışmalarla (Fenton ve McGlashan 1994, Rabinowitz ve ark. 2013) paralel bir bulgudur.

Çalışmamızda diğer çalışmalara paralel olarak ES'li olan hastaların doğum mevsimlerinin oransal olarak yaz aylarında daha belirgin olduğu saptanmıştır (Barabassy ve ark. 2018, Kirkpatrick ve ark. 1998, Messias ve Kirkpatrick 2001, Mete ve ark. 2015). Kış ve ilkbahar aylarındaki doğumlarda suçlanan annenin geçirdiği virüs enfeksiyonları gibi, yaz aylarındaki doğumlarda risk oluşturabilecek biyolojik bir faktörün ayırt edilmesi için kapsamlı epidemiyolojik çalışmalara ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda ES olmayan hastalarda intihar oranı daha yüksek bulunmuştur. Bir çalışmada da intiharın ES olan şizofreni grubunda %1,5, ES olmayan grupta %8 oranında meydana geldiği bildirilmektedir (Fenton ve ark. 1997). Bu bulguyu

ES olan hastalardaki daha düşük depresyon oranı ile açıklayabiliriz. Fenton ve McGlashan'ın yaptığı diğer bir çalışmada (1994), ES olan hastalarda intihar girişimi öyküsünün olmadığı belirtilmiştir.

Şizofrenide depresyon prevalansının %40 civarında olduğu bildirilmiştir. Akut ataklarda %60'a varan oranlarda iken, psikoz atağı sonrasındaki evrede orta şiddetli depresyon oranları kronik şizofrenide %20 ve ilk epizod tedavisini takiben %50 arasında bulunmuştur (Upthegrove ve ark. 2017). Şizofrenideki negatif belirtiler ve depresif belirtileri inceleyen bir çalışmada çökkün duygudurum, karamsarlık ve intihar düşüncelerinin depresif belirtilerle ilişkili olduğu; kısıtlı duygulanım ve alojinin negatif belirti olduğu; anhedoni, anergi ve avolüsyon belirtilerinin hem negatif hem de depresif belirtiler oldukları ileri sürülmüştür (Krynicky ve ark. 2018). ES olan ve olmayan hastaların karşılaştırıldığı bir çalışmada ES olan hastaların daha az oranda depresif duygudurum, anksiyete ve suçluluk hisleri olduğu saptanmıştır (Tek ve ark. 2001). Şizofrenide tamamlanmış intiharların emir veren varlarından daha çok depresyon eş tanısı ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Upthegrove ve ark. 2017). Kirkpatrick ve arkadaşlarının (1994) yaptıkları iki yıllık bir takip çalışmasında (1994) ES olan şizofreni hastalarında, olmayanlara göre daha az depresyon varlığı ve daha az şiddetli depresif belirtilere rastlandığını; bu farklılığın, yaş, ırk, cinsiyet ve sosyoekonomik durumla ilişkili olmadığını belirtmişlerdir. ES olmayan şizofreni hastalarında depresyon görülme oranı %33 olarak bulunmuştur. Bu oran literatürle uyumlu görülmektedir. ES olan ve olmayan grupların depresyon ölçeği puanları karşılaştırıldığında ES'de daha düşük olduğu görülmektedir. Bulgularımız literatürle uyumludur. Negatif ve depresif belirti ayırımında bazı çalışmalarda önerilen boyutsal ayırımı kullanarak ES'deki depresif ve negatif belirtilerin daha ayrıntılı incelenmesi yararlı olabilir.

Çalışmamızda, ES olan şizofreni hastalarının olduğu grupta aleksitimi varlığı, ES olmayanlara göre anlamlı derecede daha fazla bulunmuştur. Bu farklılık alt ölçek puanlarından TAÖ-B (duygularını ifade edememe) ve TAÖ-C (dışa dönük düşünme) puanlarında da gözlemlenmiştir. Nkam ve arkadaşları (1997a, 1997b) tarafından yapılan bir çalışmanın sonuçlarına göre ES olan şizofreni hastalarında aleksitimi oranı yüksektir. Nkam aleksitimik özelliklerin şizofrenideki negatif belirtilerle ilişkili olduğunu ileri sürmüştür. Çalışmamızda ES olan grupta aleksitimi ile negatif belirtiler arasında ilişki bulunamamıştır. Bu durum aleksitimi ve negatif belirtilerin ayrı ve bağımsız kavramlar olduklarını düşündürmektedir. Aleksitimi ile ES ilişkisi ile ilgili çelişkili sonuçlar vardır. Bu konuda yapılan iki çalışmada bir ilişki bulunamazken (Fogley ve ark. 2014, Todarello ve ark. 2005), diğer bir çalışmada pozitif bir ilişki tespit edilmiştir (van't Wout ve ark. 2007). Aleksitiminin

duyguları tanıma ve dışa dönük düşünmedeki zorluğunun, nörobilişsel eksikliklerle bağlantılı olduğu; duyguları ifade etmedeki zorluğun, duygusal zorlukların ve stresin artması ile ilişkili olduğu ileri sürülmüştür (Fogley ve ark. 2014). Bir çalışmada şizofrenide aleksitiminin bilişsel boyutu ile ilgili bir zorluk olduğu ve aynı zamanda aleksitiminin bilişsel boyutunun eşik altı depresif ve negatif belirtilerle ilişkili olduğu ileri sürülmüştür (van der Velde ve ark. 2015).

Şizofreni hastalarındaki aleksitimik özelliklerin sağlıklı kontrollere göre daha fazla görüldüğü ve aleksitimik belirtilerin bilişsel işlevsellik ve aloji ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Henry ve ark. 2010). Aleksitimik belirtilerin ayrı ayrı negatif belirtiler ve bilişsel fonksiyonlarla ilişkisine bakılması da yararlı olabilir.

Çalışmamızda şizofreni hastalarında (ES olan ve olmayan) benzer şekilde PANSS negatif belirti puanları aleksitimi ile ilişkili bulundu. Sadece ES hastalarında bakıldığında aleksitimi pozitif belirtilerle ilişkiliydi. Todarello ve arkadaşları (2005) PANSS genel psikopatoloji puanları, pozitif belirti puanları, depresif belirtiler ve aleksitimi arasında ilişki bulamamışlardır. Nkam ve arkadaşlarının (1997a) 25 şizofreni hastası (12 ES olan, 13 ES olmayan) ile yaptıkları çalışmada aleksitiminin ES hastalarında ES olmayanlardan farklı olarak değişmeyen bir özellik olduğu (12 ES hastasının 10'unda aleksitimik özelliklerin olduğu), ES olmayan hastalarda duygulanımda kısıtlılık, konuşma azlığı, depresif belirtiler ve anksiyete belirtileri ile ilişkinin durumsal bir özellik olduğu sonucuna varılmıştır. van't Wout (2007) negatif belirtilerin sadece aleksitiminin duyguları tanıma boyutu ile ilişkili olduğunu ileri sürmüştür. Gaweda ve Krezolek (2019) paranoid şizofreni hastalarında aleksitimi varsanılarının şiddeti ile ilişkili bulunmuşlardır. Sanrı ve varsanıların farklı bilişsel mekanizma sonucunda meydana gelmesinin bu sonuca yol açmış olabileceği düşünülmüştür. Hastalık süresince psikotik belirtinin yoğunluğu daha şiddetli aleksitimik belirtiler ile ilişkilendirilmiştir. Başka bir çalışmada aleksitimik belirtiler sanrılarla ilişkili bulunmuştur (Maggini ve Raballo2004a). Paranoid şizofreni hastalarının sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığı bir çalışmada hasta grubunun duyguları tanıma ve duyguları ifade etme alanında sağlıklı kontrollere göre yetersiz olduğu bulunmuştur (Cedro ve ark. 2001). Çalışmamızda benzer şekilde şizofreni hastalarında aleksitimi pozitif belirtilerle ilişkili bulunmuştur. Bir çalışmada aleksitimi belirtilerinden anhedoni ve avolusyonun kişilerarası mesafenin ayarlanması ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Maggini ve Raballo 2004). Bucci ve Galderisi (2017) negatif semptomların ifade azlığı ve avolusyon olarak farklılaştıklarını ileri sürmüşlerdir. Negatif semptomların bu iki farklı boyutunun aleksitimi ile ilişkisinin incelenmesi ileri çalışmalarda yararlı olabilir.

Çalışmamızda ES'de pozitif belirtiler ve genel psikopatoloji düzeyi depresif belirtilerle ilişkili bulundu. Tüm şizofreni hastaları değerlendirildiğinde negatif belirtilerle depresif belirtiler negatif ilişkili bulundu. Genel psikopatoloji ve pozitif belirtiler de depresif belirtilerle ilişkili saptandı. Depresif belirtiler aynı zamanda aleksitimi ile ilişkili bulundu. Birçok çalışmada depresif belirtiler ile aleksitimi pozitif ilişkili bulunmuştur (Van der Meer ve ark. 2009, Parker ve ark 1991, Honkalampi ve ark. 2000). Aleksitiminin depresyona yatkınlığı artırdığı bilinmektedir (Tolmunen ve ark. 2011). Bamonti ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında aleksitimi toplam puanları, demografik özellikler ve bilişsel fonksiyonlar kontrol edildiğinde bağımsız olarak depresif semptom şiddeti ile ilişkili bulunmuştur. Aynı çalışmada duyguları tanıma ve ifade etme alt ölçek puanları depresyon puanları ile bağımsız olarak ilişkili saptanmıştır.

SONUÇ

ES olan şizofreni grubundaki hastalarda depresyon görülme oranı anlamlı olarak düşük bulunmuştur.

ES olan hastalarda olmayanlara göre aleksitimik özelliklerin daha yüksek oranda olduğu saptanmıştır. ES olan grupta aleksitimik belirtiler negatif belirtilerle ilişkili bulunmadı.

İleri çalışmalarda örneklemedeki hastaların hastalık seyirleri takip edilebilirse aleksitimik özelliklerin değişken olup olmadığı araştırılabilir. Aleksitiminin alt boyutlarının her birinin negatif ve pozitif semptomların her biri ile ilişkisine bakmak yararlı olabilir. Aleksitiminin bilişsel ve duygulanımla ilişkili boyutunun ayrı ayrı değerlendirilmesi de ayrıca önem taşımaktadır. Aleksitimik belirtilerin ve negatif semptomatolojinin bilişsel fonksiyonlarla ilişkisinin birlikte değerlendirilmesi yararlı olabilir. Depresif belirtilerin takibi bu belirtilerin durumsal aleksitimik belirtilere yol açıp açmadığının anlaşılması açısından önemlidir. Aleksitiminin, açlığı, dokunmayı, uyarılmayı, sıcaklığı ve yorgunluğu hissetmek gibi tüm duyguları kapsadığı (Brewer ve ark. 2016) görüşünden hareketle bu duyguların şizofreni hastaları tarafından nasıl algılandığı araştırılabilir. Yine aynı şekilde aleksitimi ile ES arasındaki ilişki için daha kapsamlı bir çalışma yapmak mümkündür. Aleksitimi ve nörobilişsel ilişkinin incelenmesi aleksitiminin oluşum mekanizmasını daha iyi anlamayı sağlayacağı gibi aleksitimik özelliklerin azaltılması yönündeki çalışmalarda yol gösterici olabilir. Aleksitimiye değerlendiren ölçekler, kişinin duygularını anlama, ifade etme ve dışa dönük düşünme konusundaki kendi görüşlerini ifade etmektedir. Klinik görüşmelerin aleksitimiye daha iyi değerlendirdiği (Meganck ve ark. 2011) görüşünden yola çıkarak bu konudaki çalışmaların klinik görüşmeyi de içerecek şekilde planlanması daha sağlıklı sonuçlar alınmasını kolaylaştırır.

Çalışmamızın tek merkezli olması, uzun süreli takip verilerini içermiyor olması kısıtlılıkları sayılabilir.

Aleksitimi ve klinik semptom şiddeti arasındaki ilişki bu hastaların daha etkili tedavisi için önemli olabilir. Gelecekteki araştırmalar, aleksitimideki duyguları tanıma ve ifade etmedeki zorluklarla ilgili değiştirilebilir risk faktörlerine odaklanmalıdır.

KAYNAKLAR

- Addington D, Addington J, Maticka-Tyndale E (1994) Specificity of the Calgary Depression Scale for schizophrenics. *Schizophr Res* 11: 239-44.
- Ahmed AO, Strauss GP, Buchanan RW et al (2018) Schizophrenia heterogeneity revisited: Clinical, cognitive, and psychosocial correlates of statistically-derived negative symptoms subgroups. *J Psychiatr Res* 97:8-15.
- Aleman A, Lincoln TM, Bruggeman R et al (2017) Treatment of negative symptoms: where do we stand, and where do we go? *Schizophr Res* 186:55-62.
- Andreasen NC, Flaum M, Swayze VW et al (1990) Positive and negative symptoms in schizophrenia. A critical reappraisal. *Arch Gen Psychiatry* 47:615-21.
- Aydemir Ö, Danacı AE, Pırıldar ŞA et al (2000) Sensitivity and Specificity of the Turkish Version of Calgary Depression Scale for Schizophrenia. *Noro Psikiyatrisi Ars* 37:210-3.
- Aydemir Ö, Danacı AE, Pırıldar ŞA (2002) Distinguishing Depressive from Nondepressive Patients in Schizophrenia in Terms of Symptomatology. *Türk Psikiyatrisi Dergisi* 13:173-8.
- Bagby MR, Parker JDA, Taylor GJ (1994a) The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-I: Item selection and cross-validation of the factor structure. *J Psychosom Res* 38:23-32.
- Bagby MR, Taylor GJ, Parker JDA (1994b) The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-II: Convergent, discriminant, and concurrent validity. *J Psychosom Res* 38:33-40.
- Bailey PE, Henry JD (2007) Alexithymia, somatization and negative affect in a community sample. *Psychiatry Res* 150:13-20.
- Bamonti PM, Heisel MJ, Topciu RA et al (2010) Association of alexithymia and depression symptom severity in adults aged 50 years and older. *Am J Geriatr Psychiatry* 18:51-6.
- Barabassy A, Szatmári B, Laszlovszky I et al (2018) Negative Symptoms of Schizophrenia: Constructs, Burden, and Management. *Psychotic Disorders-An Update*, F Durbano (Ed.) Intech Open.
- Beck AT, Grant PM, Huh GA et al (2011) Dysfunctional attitudes and expectancies in deficit syndrome schizophrenia. *Schizophr Bull* 39:43-5.
- Blanchard JJ, Mueser KT, Bellack AS (1998) Anhedonia, positive and negative affect, and social functioning in schizophrenia. *Schizophr Bull* 24:413-24.
- Bora E, Binnur Akdede B, Alptekin K (2017) Neurocognitive impairment in deficit and non-deficit schizophrenia: a meta-analysis. *Psychol Med* 47:2401-13.
- Brewer R, Cook R, Bird G (2016) Alexithymia: A general deficit of interoception. *Royal Society Open Science* 3:150664.
- Bucci P, Galderisi S (2017) Categorizing and assessing negative symptoms. *Curr Opin Psychiatr* 30:201-8.
- Buchanan RW, Carpenter WT (1994) Domains of psychopathology: an approach to the reduction of heterogeneity in schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 182:193-200.
- Buchanan RW, Strauss ME, Breier A et al (1997) Attentional impairments in deficit and nondeficit forms of schizophrenia. *Am J Psychiatry* 154:363-70.
- Bustillo JR, Thaker G, Buchanan RW et al (1997) Visual information-processing impairments in deficit and nondeficit schizophrenia. *Am J Psychiatry* 154:647-54.
- Carpenter WT Jr (1994) The deficit syndrome. *Am J Psychiatry* 151:327-9.
- Cedro A, Kokoszka A, Popiel A et al (2001) Alexithymia in schizophrenia: an exploratory study. *Psychol Rep* 89:95-8.
- Crow TJ (1985) The two-syndrome concept: origins and current status. *Schizophr Bull* 11:471-8.
- Çıtak S, Oral T, Aker T et al (2006) Reliability and Validity of the Schedule for Deficit Syndrome in Schizophrenia. *Türk Psikiyatrisi Derg* 17:115-28.
- Danacı AE (2007) Şizofrenide depresyon. Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar, 1. Baskı, H Soygür, K Alptekin, EC Atbaşoğlu, H Herken (Ed.), Ankara, Tuna Matbası, p. 270-85.
- Dickinson D, Pratt DN, Giangrande EJ et al (2017) Attacking heterogeneity in schizophrenia by deriving clinical subgroups from widely available symptom data. *Schizophr Bull* 44:101-13.
- Fenton WS, McGlashan TH (1994) Antecedents, symptom progression, and long-term outcome of the deficit syndrome in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 151:351-6.
- Fenton WS, McGlashan TH, Victor BJ et al (1997) Symptoms, subtype, and suicidality in patients with schizophrenia spectrum disorders. *Am J Psychiatry* 154:199-204.
- Fervaha G, Agid O, Foussias G et al (2016) Neurocognitive impairment in the deficit subtype of schizophrenia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 266:397-407.
- Fogley R, Warman D, Lysaker PH (2014) Alexithymia in schizophrenia: associations with neurocognition and emotional distress. *Psychiatry Res* 218:1-6.
- Fusar-Poli P, Papanastasiou E, Stahl D et al (2015) Treatments of negative symptoms in schizophrenia: meta-analysis of 168 randomized placebo-controlled trials. *Schizophr Bull* 41:892-9.
- Galderisi S, Maj M, Mucci A (2002) Historical, psychopathological, neurological and neuropsychological aspects of deficit schizophrenia: a multicenter study. *Am J Psychiatry* 159:983-90.
- Gawęda Ł, Kręzolek M (2019) Cognitive mechanisms of alexithymia in schizophrenia: Investigating the role of basic neurocognitive functioning and cognitive biases. *Psychiatry Res* 271:573-80.
- Güleç H, Köse S, Yazıcı Güleç M et al (2009) Reliability and Factorial Validity of The Turkish Version of The 20-Item Toronto Alexithymia Scale (TAS-20). *Klinik Psikofarmakol Bülteni* 19:213-9.
- Henry JD, Bailey PE, von Hippel C et al (2010) Alexithymia in schizophrenia. *J Clin Exp Neuropsychol* 32:890-7.
- Honkalampi K, Hintikka J, Tanskanen A et al (2000) Depression is strongly associated with alexithymia in the general population. *J Psychosom Res* 48:99-104.
- Kaplan HI, Sadock BJ (2004) Şizofreni. Kaplan & Sadock Klinik Psikiyatrisi Kitabı (Kaplan & Sadock's Concise Textbook of Clinical Psychiatry), E Albay (Çev. ed.), İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, p. 121-38.
- Kay SR, Fiszbein A, Opler LA (1987) The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull* 13:261-76.
- Kimhy D, Yale S, Goetz RR et al (2006) The Factorial Structure of the Schedule for the Deficit Syndrome in Schizophrenia. *Schizophr Bull* 32:274-8.
- Kirkpatrick B, Buchanan RW, Alphas LD et al (1993) The Schedule for the Deficit Syndrome 1993 version, Maryland Psychiatric Research Center, USA.
- Kirkpatrick B, Buchanan RW, Breier A et al (1994) Depressive symptoms and the deficit syndrome of schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 182:452-5.
- Kirkpatrick B, Ram R, Amador XF et al (1998) Summer birth and the deficit syndrome of schizophrenia. *Am J Psychiatry* 155:1221-6.
- Krynicky CR, Upthegrove R, Deakin JFW et al (2018) The relationship between negative symptoms and depression in schizophrenia: a systematic review. *Acta Psychiatr Scand* 137:380-90.
- Kostakoğlu AE, Batur S, Tiryaki A et al (1999) Reliability and Validity of the Turkish Version of the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS). *Türk Psikoloji Dergisi* 14:23-32.
- Koroğlu E, Güleç C (2007) Psikiyatrisi Temel Kitabı, 2. Baskı, Ankara, Hekimler Yayın Birliği, p. 184-204.

- Larson MK, Walker EF, Compton MT (2010) Early signs, diagnosis and therapeutic of the prodromal phase of schizophrenia and related psychotic disorders. *Expert Rev Neurother* 10:1347-59.
- Lingjaerde O, Ahlfors UG, Bech P et al (1987) The UKU side effect rating scale. A new comprehensive rating scale for psychotropic drugs and a cross-sectional study of side effects in neuroleptic-treated patients. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 334:1-100.
- Maggini C, Raballo A (2004a) Alexithymia and schizophrenic psychopathology. *Acta Biomed. Ateneo Parmense* 75:40-9.
- Meganck R, Inslegers R, Vanheule S et al (2011) The convergence of alexithymia measures. *Psychologica Belgica* 51:237-50.
- Messias E, Kirkpatrick B (2001) Summer birth and deficit schizophrenia in the epidemiological catchment area study. *J Nerv Ment Dis* 189:608-12.
- Mete L, Sarıkaya Ö, Erol A (2015) The Relationship of Deficit Syndrome with Clinical Symptoms, Summer Births and Heritability in Patients with Schizophrenia. *Türk Psikiyatri Derg* 26:229-35.
- Milev P, Ho BC, Arndt S et al (2005) Predictive values of neurocognition and negative symptoms on functional outcome in schizophrenia: A longitudinal first-episode study with 7-year follow-up. *Am J Psychiatry* 162:495-506.
- Mucci A, Merlotti E, Ucok A et al (2017) Primary and persistent negative symptoms: concepts, assessments and neurobiological bases. *Schizophr Res* 186:19-28.
- Nasrallah HA, Smeltzer DJ (2005) *Şizofreni güncel tanı ve tedavi kitabı*, 1. Baskı, K Alptekin (Çev. ed.), İstanbul, AND Danışmanlık Eğitim Yayıncılık ve Organizasyon, p. 25-39.
- Nkam I, Langlois-Thery S, Dollfus S et al (1997a) Alexithymia in negative symptom and non-negative symptom schizophrenia. *Encephale* 23:358-63.
- Nkam I, Langlois-Thery S, Dollfus S et al (1997b) Negative symptoms, depression, anxiety and alexithymia in DSM III-R schizophrenic patients. *Encephale* 23:267-72.
- Ospina LH, Shanahan M, Perez-Rodriguez MM et al (2019) Alexithymia predicts poorer social and everyday functioning in schizophrenia and bipolar disorder. *Psychiatry Res* 273:218-26.
- Parker JDA, Bagby RM, Taylor GJ (1991) Alexithymia and depression: distinct or overlapping constructs? *Comp Psychiatry* 32:387-94.
- Patel R, Jayatilleke N, Broadbent M et al (2015) Negative symptoms in schizophrenia: a study in a large clinical sample of patients using a novel automated method. *BMJ open* 5: e007619.
- Rabinowitz J, Levine SZ, Garibaldi G et al (2012) Negative symptoms have greater impact on functioning than positive symptoms in schizophrenia: analysis of CATIE data. *Schizophr Res* 137:147-50.
- Rabinowitz J, Werbeloff N, Caers I et al (2013) Negative symptoms in schizophrenia – The remarkable impact of inclusion definitions in clinical trials and their consequences. *Schizophr Res* 150:334-8.
- Roy MA, Maziade M, Labbé A et al (2001) Male gender is associated with deficit schizophrenia: A meta-analysis. *Schizophr Res* 47:141-7.
- Schneider K (1974) Primary and secondary symptoms in schizophrenia. Themes and variations in European psychiatry: An Anthology, SR Hirsh, M Shepherds (Ed.), Virginia, USA, University Press of Virginia p. 40-6.
- Sifneos PE (1973) The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients. *J Psychotherapy and psychosomatics* 22:255-62.
- Siris SG, Addington D, Azorin J et al (2001) Depression in schizophrenia: recognition and management in the USA. *Schizophr Res* 47:185-9.
- Soygür H, Erkoç Ş (2007) Şizofreni kavramına tarihsel bir bakış. Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar, 1. Baskı, H Soygür, K Alptekin, EC Atbaşoğlu, H Herken (Ed.), Ankara, Tuna Matbası, p. 1-13.
- Şaşıoğlu M, Gülol Ç, Tosun A (2013) The Concept of Alexithymia. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 5:507-27.
- Tek C, Kirkpatrick B, Buchanan RW (2001) A five year follow-up study of deficit and nondeficit schizophrenia. *Schizophr Res* 49:253-60.
- Tiryaki A, Yazıcı MK, Anıl AE et al (2003) Reexamination of the characteristics of the deficit schizophrenia patients. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 253:221-7.
- Tiryaki A, Özkorumak E, Ak İ (2009) Deficit syndrome in schizophrenia. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 19:75-86.
- Todarello O, Porcelli P, Grilletti F et al (2005) Is alexithymia related to negative symptoms of schizophrenia? *Psychopathology* 38:310-4.
- Tolmunen T, Heliste M, Lehto SM et al (2011) Stability of alexithymia in the general population: an 11-year follow-up. *Compr Psychiatry* 52:536-41.
- Uptegrove R, Marwaha S, Birchwood M (2017) Depression and schizophrenia: cause, consequence, or trans-diagnostic issue? *Schizophr Bull* 43:240-4.
- van der Meer L, van't Wout M, Aleman A (2009) Emotion regulation strategies in patients with schizophrenia. *Psychiatry Res* 170:108-13.
- van der Velde J, Swart M, vanRijn S et al (2015) Cognitive alexithymia is associated with the degree of risk for psychosis. *PLoSOne* 10: e0124803.
- van't Wout M, Aleman A, Bermond B et al (2007) No words for feelings: alexithymia in schizophrenia patients and first-degree relatives. *Compr Psychiatry* 48:27-33.
- Xiang YT, Shum D, Chiu HF et al (2010) Association of demographic characteristics, symptomatology, retrospective and prospective memory, executive functioning and intelligence with social functioning in schizophrenia. *Aust N Z J Psychiatry* 44:1112-7.
- Yu M, Tang X, Wang X et al (2015) Neurocognitive Impairments in Deficit and Non-Deficit Schizophrenia and Their Relationships with Symptom Dimensions and Other Clinical Variables. *PLoS ONE* 10: e0138357.