

Depresyonda Bedensel Belirtiler

Dr. Hüseyin GÜLEÇ¹, Dr. Kemal SAYAR², Dr. Evrim ÖZKORUMAK³

ÖZET

Amaç: Bedenselleştirme, depresyonun klinik görünümünde önemli bir unsurdur. Bu çalışma bedensel duyuları büyütme, aleksitimi ve öfke gibi psikolojik yapıların ve belirti atf tarzının depresyonun bedensel belirtileriyle ilişkisini araştırmayı amaçlamaktadır.

Yöntem: Çalışma, Karadeniz Teknik Üniversitesi Mediko-Sosyal Psikiyatri Polikliniğine ve Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine başvuran ve DSM-IV tanı ölçütlerine göre majör depresif bozukluk tanısı konmuş 32 hasta ve 34 sağlıklı kontrolle yürütülmüştür. Bireyler Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Hamilton Depresyon Ölçeği, Hamilton Anksiyete Ölçeği, Bedensel Duyuları Abartma Ölçeği, 20 Maddelik Toronto Aleksitimi Ölçeği, Spielberger Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği, Semptom Yorumlama Anketi ve sosyodemografik özellikleri sorgulayan bir görüşme formu kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Gruplar sosyodemografik özellikleri açısından birbirine benzerdi. Depresif grupta anksiyete, aleksitimi ve içe döndürülmüş öfke puanları yüksek, öfke kontrol puanları düşük bulundu. Ruhsal atf tarzı, hem depresyon hem de anksiyeteye pozitif ilişkili, normalleştirme tarzı, anksiyete seviyesi ile negatif olarak ilişkili bulundu. Bedensel atf tarzı, Toronto aleksitimi ölçeğinin duygularını tanımda zorluk atf boyutuyla ilişkili bulundu.

Sonuç: Bu bulgular depresyon hastalarının daha aleksitimik, öfkelerini içe döndüren ve öfkelerini daha az kontrol edebilen kişiler olduğunu göstermektedir. Depresyon ve anksiyete, ruhsal atf tarzının; duygularını tanıma zorluğu ise bedensel atf tarzının daha fazla kullanılmasına neden olmaktadır.

Anahtar Sözcükler: Depresyon, büyütme, aleksitimi, öfke

SUMMARY: Somatic Symptoms of Depression

Objective: The somatic component of depression is an important clinical phenomenon. The role of somatic amplification, alexithymia, anger and symptom attribution has been investigated in the genesis of the somatic symptoms of depression.

Method: The study was carried out with 32 patients attending the outpatient psychiatry clinics of Karadeniz Technical University Medical School, meeting the diagnosis of depression according to DSM-IV, and 34 healthy subjects. The subjects were assessed with the Beck Depression Scale, the Beck Anxiety Scale, the Hamilton Depression Scale, the Hamilton Anxiety Scale, the Somatosensory Amplification Scale, the 20-item Toronto Alexithymia Scale, the Spielberger State-Trait Anger Expression Inventory, the Symptom Interpretation Questionnaire and a data form for recording sociodemographic characteristics.

Results: The sociodemographic characteristics of the sample were similar. The anxiety, alexithymia, and anger-in scores were significantly higher, while anger-control scores were significantly lower in the depressive subjects. Psychologizing attributes were positively correlated with depression and anxiety. Normalizing was negatively correlated with anxiety. Somatizing was correlated with the difficulty in identifying feelings subscale of alexithymia.

Discussion: These findings show that depressive patients are more alexithymic, have more difficulty in controlling their anger and introject their anger more compared to the healthy controls. Depressed and anxious subjects psychologize, and subjects with difficulty in identifying emotions somatize their symptoms.

Key Words: Depression, amplification, alexithymia, anger

¹Uzm., Erenköy Psikiyatri Hastanesi, ²Doç., Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi ³Araş. Gör., Karadeniz Teknik Ü Tıp Fak., Psikiyatri AD., İstanbul.

GİRİŞ

Depresif bozukluk ve bedenselleştirme (somatizasyon) arasındaki ilişki çok uzun yıllardan beri bilinmektedir (Lipowski 1988). Epidemiyolojik ve klinik çalışmalarda bu birlikteliğin yüksek olduğu gösterilmiştir (Bridges ve Goldberg 1985, Blacker ve Clare 1987). Kirmayer (1984), depresyonun çok yaygın bir şekilde bedenselleştirildiğini belirtmiştir. Kesebir (2004), bedenselleştirme ve depresyon arasında nasıl bir ilişki olduğunu açıklamaya çalışan görüşleri; 1- birbirlerinin eşdeğeri olduğu görüşü, 2- depresyon ve anksiyetenin özel ve özgün bir alt-tipi olduğu görüşü ve 3- bedenselleştirmenin depresyonun temel özelliği olduğu görüşü, şeklinde özetlemiştir. Lipowski (1990), depresif durumun kişiyi gerilemeye (regresyon) sokarak, geçmiş yaşantıları ile ilgili hastalık anılarını tekrar yaşayarak bedenselleştirme belirtilerine yol açabileceğini belirtmiştir.

Depresyonun tanınmasını güçleştiren bir etmen olarak kabul edilen bedenselleştirme, kişinin yaşadığı bedensel duyuları nasıl yorumladığı ve neye bağladığı ile yakından ilgilidir (Duman ve ark. 2004). Robbins ve Kirmayer (1991), sıradan bedensel belirtiler yaşayan bireylerin bunları ya uykusuzluk, yorgunluk, aşırı ses gibi durumsal etkenlere atfederek normalleştirdiklerini ya da bu müphem belirtileri ruhsal veya bedensel anormal durumlara atfederek patolojik olarak algıladıklarını iddia etmektedir. Robbins ve Kirmayer (1991), bedensel belirtiler için yapılan nedensel atıfların bedensel, ruhsal ve normalleştiren açıklamalar arasından seçildiğini belirtmişlerdir. Ruhsal sıkıntının bir ifadesi sayılabilen bedensel belirtiler, klinisyen tarafından yanlış yorumlandığında gereksiz arayışlara ve yanlış tedavilere neden olabilirler (Kirmayer 2001). Kessler ve arkadaşları (1999), birinci basamağa başvuran 305 hastayla yürüttükleri araştırmada, normalleştiren atıfların hekimler tarafından önemsenmediğini oysa bu açıklama tarzının depresyon ve anksiyetenin tanınma oranlarının düşmesinde önemli etkisi olduğunu belirterek normalleştiren ve ruhsal atıfların depresyonun tanınmasında belirleyici olduğunu göstermişlerdir. Bower ve arkadaşları (2000), Kessler ve arkadaşlarının çalışmasından esinlenerek daha büyük bir grupta yürüttükleri çalışmalarında, hastalık şiddeti ve yaşın, ruhsal hastalığı tanımda belirleyici olduğunu, ruhsal hastalığı olan kişilerde daha fazla ruhsal atıf kullanmanın, pratisyen hekimlerce tanınmayı kolaylaştırdığını göstermişlerdir.

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 olduğu dile getirilmiştir (Barsky ve Wyshak 1990). Depresyonla kişinin dikkati bedenine yönelir ve basit, sıradan duyular çok rahatsız edici biçimde algılanabilir. Depresyon ile bedensel duyuları büyütme arasında belirgin bir ilişki olduğu iddia edilmektedir (Barsky ve ark.1988, Sayar ve ark. 2003b). Sayar ve arkadaşları (2003a) depresyonu olan hastalarda bedenselleştirme belirtilerini yordayan üç etken olarak; anksiyete, bedensel duyuları büyütme (somasensoryal amplifikasyon) ve aleksitimiyi bildirmişlerdir.

Parker ve arkadaşları (1991), önceleri sadece psikosomatik hastalıklara özgü bir kişilik özelliği olarak ele alınan aleksitiminin, depresyon gibi ruhsal bozukluklarda görülebilen uyumsal bir gerileme tepkisi olabileceğini öne sürmüşlerdir. Aleksitimi, duyguları tanıma ve ayırt etme zorluğunun yanısıra düşlem yaşantısındaki fakirlik olarak da tanımlanmaktadır. Bireyler, sözelleştiremediği duyguları bedenselleştirerek anlatmaktadır. Depresyon ve aleksitimi arasındaki ilişki birçok çalışmada gösterilmiştir (Parker ve ark. 1991, Hendryx ve ark. 1991). Honkalampi ve arkadaşları (2000), 20 maddelik Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAS-20) ve Hamilton Depresyon Ölçeği (HDÖ) ile yaptıkları çalışmada aleksitiminin, depresyondan tamamen farklı fakat yakın ilişkili yapılar olduklarını iddia etmişlerdir.

Öfke ve öfke ifade biçimi, depresyon ve bedenselleştirme alanındaki araştırmalarda üstünde durulması gereken önemli konulardan biridir. Öfke, hafif bir sinirlilikten (irritasyon) nefret ve şiddete kadar değişebilen duygusal, bilişsel belirtilerin ve deneyimlerin davranışsal tarzı olan, olumsuz bir duygulanım olarak değerlendirilmektedir. Koh (2003) öfke ve bastırılmış düşmanlığı bedenselleştirme gelişiminde çok önemli bir etmen olarak tanımlamıştır. İfade etme şekline göre depresif bozukluktaki bedenselleştirmenin öfke dışavurumuna, anksiyete bozukluklarındaki bedenselleştirmenin öfke bastırmasına bağlı gelişebileceği belirtilmektedir (Koh 2003).

Bu çalışmada nedensel atıf tarzlarının, bedensel duyuları büyütme, aleksitimi ve öfke gibi psikolojik değişkenlerle ilişkili olacağı varsayımını ele aldık. Yaş ve eğitim durumunun karıştırıcı bir

TABLO 1. Grupların Sosyodemografik Karşılaştırması.

	Normal Sağlıklı Grup (n=34)		Hasta Grubu (n=32)		t	p
	Ortalama± standart sapma		Ortalama± standart sapma			
Yaş	21.9±3.1		23.0±4.8		1.040	AD
Eğitim	13.6±1.8		13.5±1.9		0.327	AD
Cinsiyet	n	%	N	%	χ^2	
Kadın	11	32.4	15	46.9	1.456	AD
Erkek	23	67.6	17	53.1		
Medeni durum					0.433	AD
Evli	5	14.7	3	9.4		
Evli değil	29	85.3	29	90.6		
Yaşadığı Yer					0.385	AD
Şehir	21	61.8	22	68.8		
Kasaba	10	29.4	8	25.0		
Köy	3	8.8	2	6.3		
Çocukluğun Geçtiği Yer					10.170	0.006
Şehir	21	61.8	17	53.1		
Kasaba	-	-	8	25.0		
Köy	13	38.2	7	21.9		
Başka Bir Hastalık Varlığı					0.026	AD
Yok	26	76.5	25	78.1		
Var	8	23.5	7	21.9		
İntihar girişimi					0.283	AD
Var	32	94.1	29	90.6		
Yok	2	5.9	3	9.4		

AD: Anlamlı Değil

değişken olduğunu düşünerek örneklemimizi üniversite öğrencileri ile sınırladık (Sayar ve ark. 20-03a). Bu çalışmadaki varsayımlarımız, depresyon hastalarının bedensel belirtileri büyütme, aleksitimi, öfke ve ifade biçimleri değerlerinin sağlıklı kontrol grubundan farklı olacağı beklentisinden hareket ederek;

1. Depresyon hastalarında, nedensel atıf tarzlarından ruhsal atıf ile depresyon ve anksiyete arasında pozitif ilişki olacağı,

2. Depresyon hastalarının, bedensel duyuları büyütme, aleksitimi ve öfke ve ifade biçimlerinin öfke kontrol ile negatif, bedensel atıf ile pozitif ilişkide olacağıdır.

YÖNTEM

Çalışmaya 2002 Kasım-2003 Ocak tarihleri arasındaki 3 aylık süre içinde Karadeniz Teknik Üniversitesi (KTÜ) Mediko-Sosyal Psikiyatri Polikliniğine başvuru yapan ve DSM-IV tanı ölçütle-

rine göre majör depresyon tanısı konan, 32 hasta (15 kadın, 17 erkek; ortalama yaş 23.0±4.8) ve kontrol grubu olarak yaş ve eğitim durumu dikkate alınarak gönüllü üniversite öğrencilerinden oluşmuş 34 sağlıklı kişi (11 kadın, 23 erkek; ortalama yaş 21.9±3.1) olmak üzere toplam 66 kişi alınmıştır. Tüm katılımcılar çalışmaya katılmadan önce yazılı izin verdiler. Çalışma için Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Komitesinden onay alındı.

Psikiyatrik yakınmaları nedeniyle başvuran hastalar DSM-III-R için yapılandırılmış klinik görüşme ölçeği olan SCID-I (Spitzer ve ark.1987, Sorias ve ark.1990) ile değerlendirildi. Değerlendirme sonrasında mental retardasyon, demans, kognitif bozukluk, psikotik bozukluk ve hikayesinde genel tıbbi problemi olan ve psikotrop ilaç kullanma hikayesi olan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Otuz dokuz hastayla görüşüldü, 7 hasta çalışmaya katılmak istemediğinden alınmadı.

Değerlendirme, yapılandırılmış klinik görüşme ölçeği (SCID-I) eğitimi almış, KTÜ Psikiyatri Anabilim Dalında uzmanlık eğitiminin son sene-sindeki bir araştırma görevlisi tarafından yapıldı. Değerlendirme sonrasında kişilere bir psikiyatri uzmanı tarafından tekrar görüşme yapılarak tanı teyit edildi.

Sosyodemografik veriler

Sosyodemografik ve tıbbi durumlarına ait veriler, kişi tarafından yapılan bir anket formuyla elde edildi. Anket formunda; cinsiyet, yaş, eğitim, medeni hali, yaşadığı yer, çocukluğunun geçtiği yer, intihar girişiminde bulunma, başka bir hastalık varlığı ve ailede ruhsal hastalık hikayesi sorgulandı.

Klinik değerlendirme

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ): Depresyonda görülen bedensel, duygusal, bilişsel belirtileri ölçmektedir. 21 belirti kategorisini içeren kendini değerlendirme ölçeğidir. Alınacak en yüksek puan 63'tür. Toplam puanın yüksekliği depresyonun şiddetini gösterir. Beck ve arkadaşları (1961) tarafından geliştirilmiş olup ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Hisli (1988) tarafından yapılmıştır.

Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ): Bireyin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığını ölçmektedir. 21 maddeden oluşan, 0-3 arası puanlanan Likert tipi bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Toplam puanın yüksekliği kişinin yaşadığı anksiyetenin yüksekliğini gösterir. Beck ve arkadaşları (1988) tarafından geliştirilmiş olup ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Ulusoy ve arkadaşları (1998) tarafından yapılmıştır.

Hamilton Depresyon Ölçeği (HDÖ): Ölçek, Hamilton (1960) tarafından geliştirilmiştir. Hastada depresyonun düzeyini ölçer. 17 sorudan oluşur. En yüksek 53 puan alınır. 14 puan ve üzeri depresyona işaret eder. Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği Akdemir ve arkadaşları (1996) tarafından yapılmıştır.

Hamilton Anksiyete Ölçeği (HAÖ): Hamilton (1959) tarafından geliştirilen bu ölçek bireylerde anksiyete düzeyini ve belirti dağılımını belirlemek ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla hazırlanmıştır. Hem ruhsal hem bedensel belirtileri sorgulayan 14 maddeden oluşur. Ölçekte maddelerin varlığı ve şiddeti görüşmeciler tarafından değerlendirilir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Yazıcı ve arkadaşları (1998) tarafından yapılmıştır.

Bedensel Duyumları Büyütme Ölçeği (BDBÖ): Kişinin normal bedensel duyumlarını büyütmesini araştıran ölçektir. Likert tipi, 1-5 arası puanlanan, 10 maddeden oluşmuş bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Toplam puan, büyütme/abartma puanı olarak değerlendirilir. Barsky ve arkadaşları (1988) tarafından bedenselleştirmeyi açıklamak amacıyla geliştirilmiştir. Türkçe güvenilirlik çalışması Sayar ve arkadaşları (2003c) tarafından yapılmıştır.

Yirmi maddelik Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20): Kişinin kendi duygu ve heyecanlarını tanınamaması olarak tanımlanan aleksitimiye araştıran ölçektir. Likert tipi, 1-5 arası puanlanan, 20 maddeden oluşmuş bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Duygularını tanımada güçlük (TAÖ-1), duyguları söze dökmeye güçlük (TAÖ-2), dışa-dönük düşünme (TAÖ-3) alt ölçekleri vardır. Yüksek puanlar yüksek aleksitimik seviyeyi gösterir. Bagby ve arkadaşları (1994) tarafından geliştirilmiştir. Türkçe uyarlaması Sayar ve arkadaşları (2001) tarafından yapılmıştır.

Spielberger Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği (SÖÖİTÖ): Öfke duygusu ve ifadesini ölçmektedir. Otuz dört maddeden oluşmuş kendini değerlendirme ölçeğidir. Sürekli öfke (10 madde) ve öfke ifade tarzını (24 madde) araştıran bu testin, durumluk öfke alt ölçeğinin çalışmaları tamamlanmamıştır. Öfke ifade tarzının, öfke-içe (8 madde), öfke-dışa (8 madde) ve öfke-kontrol (8 madde) alt ölçekleri vardır. Spielberger (1983), tarafından geliştirilmiş olup, ülkemizde güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Özer (1994) tarafından yapılmıştır.

Semptom/Belirti Yorumlama Anketi (SYA/BYA): Yaygın bedensel belirtilerin yorumlanmasında kişilerin kullandığı atfı değerlendiren ölçektir. On üç bedensel belirtinin, fiziksel bir hastalık nedeniyle olduğu (somatizasyon), ruhsal nedenlerden kaynaklandığı (psikolojizasyon), veya normal çevresel uyaranlara bağlı durumsal bir duyum olduğu (normalizasyon) şeklinde yorumlanması, şiddet derecelendirilmesi ile birlikte sorgulanır. Robbins ve Kirmayer (1991) tarafından geliştirilmiştir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Güleç ve Sayar (2004) tarafından yapılmıştır.

İstatistiksel Değerlendirme

Ölçümlerle elde edilen verilerin normal dağılıma uygunluğu her bir grupta Kolmogorov Smirnov testi ile incelendi. Normal dağılıma uyan verilerin analizinde Student t testi ile, uymayanlar ise Mann-Whitney U testi ile karşılaştırıldı. Bağlantı

analizleri Pearson ve Spearman yöntemleri ile değerlendirildi.

Sayımla elde edilen verilerin analizi ki-kare testi (beklenen değer 5'in altında olduğunda Fisher kesin ki-kare testi) ile yapıldı. Ölçümle elde edilen veriler aritmetik ortalama \pm standart sapma, sayımla elde edilen veriler ise sayı % olarak gösterildi. Anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak alındı.

BULGULAR

Depresyon grubu ve kontrol grubunun sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir. Gruplar arasında yaş, eğitim süreleri (yıl olarak), cinsiyet, medeni durum, yaşadığı yer, intihar girişimi ve tıbbi problem varlığı yönünden anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p > 0.05$). Depresyon tanısı alan hastaların çocukluğunun geçtiği yer sorulduğunda şehirde yaşama oranının, sağlıklı kontrol grubuna oranla daha fazla olduğu gözlemlendi ($\chi^2 = 10.174$, $df = 2$, $p = 0.006$). Ailede ruhsal hastalık hikayesi, hastalar tarafından noksan işaretlendiğinden değerlendirmeye alınmadı.

Grupların depresyon, anksiyete ve bedensel duyumları büyütme değerlerinin karşılaştırılması incelendiğinde depresyon grubunda hastaların kendini değerlendirmesine ve klinisyenin değerlendirmesine göre aldıkları depresyon puanları (sırasıyla $t = 10.172$, $df = 50.592$, $p < 0.001$; $t = 18.204$, $df = 71$, $p < 0.001$) ile kendini değerlendirmesine ve klinisyenin değerlendirmesine göre aldıkları anksiyete puanları (sırasıyla $z = 4.179$, $p < 0.001$; $t = 18.204$, $df = 44.635$, $p < 0.001$) istatistiksel olarak yüksek saptanırken, büyütme değerleri arasında fark bulunmadı ($t = 1.096$, $df = 71$, $p > 0.05$).

Depresyon grubu ve kontrol grubunun TAÖ-20 puanları arasındaki karşılaştırmaya bakıldığında depresif grup, duygularını tanıma (TAÖ-1) ve duygularını ifade etme (TAÖ-2) alt-ölçeğinde daha yüksek puanlar aldılar (sırasıyla $t = 3.055$, $df = 71$, $p = 0.003$; $t = 2.570$, $df = 71$, $p = 0.003$). Operasyonel düşünme veya dışa yönelik düşünce (TAÖ-3) puanları arasında iki grup arasında anlamlı fark bulunmadı ($t = 1.069$, $df = 71$, $p > 0.05$). Aleksitimi toplam puanlarının karşılaştırılmasında ise depresif grup daha aleksitimik bulundu ($t = 3.431$, $df = 71$, $p = 0.001$).

Gruplar arasındaki öfke yapılanmasının karşılaştırılması incelendiğinde sürekli öfke alt-testi ve öfke-dışa puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi. Öfke-içe ve öfke-kontrol pu-

anlarının depresif grupta istatistiksel olarak daha yüksek olduğu görüldü (sırasıyla $t = 3.431$, $df = 71$, $p = 0.001$; $t = 2.999$, $df = 71$, $p = 0.004$).

Depresyon grubu ve kontrol grubu arasındaki SYA puanları arasındaki karşılaştırma incelendiğinde depresif grup SYA bedensel atıf alt ölçeğinden kontrol grubuna göre daha yüksek puan alsalar da bu fark anlamlı değildi. Gruplar arasında SYA tüm alt ölçeklerinde alınan puanların istatistiksel olarak farklı olmadığı saptandı ($p > 0.05$).

Psikolojik değişkenlerin birbirleri arasındaki ilişkiye bakıldığında; ruhsal atıf alt-testi ile anksiyete ve depresyon arasında (sırasıyla $r = 0.48$, $p = 0.006$; $r = 0.41$, $p = 0.020$), bedensel atıf alt-testi ile duygularını tanıma güçlüğü arasında ($r = 0.42$, $p = 0.017$) ve normalize etme ile anksiyete arasında ($r = 0.46$, $p = 0.008$) pozitif bir ilişki bulundu. Hem görüşmecinin uyguladığı hem de kendini değerlendirme ölçeklerinden elde edilen depresyon değerlerinin arasında yüksek korelasyon olduğu saptandı ($r = 0.74$, $p < 0.0001$). Büyütme ölçeğinden elde edilen puanların depresyon puanları ile ilişkili olmadığı bulundu ($p > 0.05$).

TARTIŞMA

Bu çalışma depresyonun klinik görünümünü etkileyebilecek bedenselleştirmeyi daha iyi tanımlamak amacıyla planlandı. Çalışmamızda depresyon grubu ile kontrol grubu sosyodemografik özellikler bakımından benzer bulundu.

Barsky (1992) büyütme (amplifikasyon) kavramında bedenselleştirmenin, kortekste bedensel-duyusal girdilerin işlenmesi esnasında, bu bilgiyi işleyen bölgelerin abartılı veya çarpıtılmış olarak algılanmalarından kaynaklandığını belirtmiştir. Bu durumun bedenselleştirmede sürekli iken, depresyonda durumsal olarak görüldüğü ve büyütmenin olumsuz duygulanım ve genel sıkıntıyı ölçtüğü iddia edilmektedir (Barsky ve ark. 1988). Büyütme ve depresyon arasında Barsky ve arkadaşları (1988) kuvvetli, Muramatsu ve arkadaşları (2002) zayıf bir ilişki olduğunu saptamışlardır. Araştırmamızda ikisi arasında bir ilişki bulmadık. Depresif grup, kontrol grubuyla karşılaştırıldığında büyütme puanlarının arasında fark bulunmamıştır. Sayar ve arkadaşları (2003a) depresyondaki bedenselleştirmenin, büyütme ile doğru, eğitim seviyesi ile ise ters orantılı olarak yordandığını göstermiştir. Araştırma için seçilen grubun üniversite öğrenci-

lerinden oluşması bu gruptaki düşük büyütme değerlerini açıklayabilir.

Göka (1999), aleksitiminin beyin-beden etkileşiminde aldığı rol nedeniyle, gerek felsefe alanında gerek nörobilimde nitelikli ve bilimsel dayanaklara sahip bilgi üretmeye yarayan bir özellik olduğunu dile getirmektedir. Depresyon ve aleksitimi birlikteliği ile ilgili çelişkili çalışmalar mevcuttur. Çalışmamızda depresif grupta kontrol grubuna göre duygularını tanıma ve kendini ifade etme düzeyleri daha düşük bulundu. İşe-vuruk (operasyonel) düşünce alt-testinde iki grubun birbirinden farklı olmadığı bulundu. Toplam puanda depresif grup anlamlı olarak aleksitimik bulundu.

Depresyonda öfke yapılanması çalışmalarında özellikle öfke-içe yapılanmasının ön planda olduğunu bildiren yayınlar bulunmaktadır (Riley ve ark. 1989). Hiç depresif dönem yaşamamış kişilerle, iyileşmiş depresif kişilerin karşılaştırıldığı bir çalışmada –her iki grup da öfkelerini ifade etmelerinde fark göstermezlerken, iyileşmiş grupta depresyonları ortadan kalktıktan sonra bile öfke bastırma tarzının hala kullanılmakta olduğu gösterilmiştir (Brody ve ark. 1999). Bu çalışmada literatüre uygun şekilde depresif grupta öfke-içe puanları daha yüksek bulundu. Depresyonda öfke-kontrol puanlarının daha yüksek olması beklenirken, çalışmamızda kontrol düzeyleri düşük bulun-

du. Literatürde öfke baskılanmasının depresyonda görülmesi çok defa tekrarlanan bulgudur. Öfke kontrolünün yüksek olması beklenen bir durumdur. Bizim çalışmamızda elde edilen baskılanmış öfkenin yanısıra öfkenin kontrol edilemediğinde de depresyon gelişebileceği bulgusu, başka çalışmalarla desteklenmesi gereken bulgu olarak görülmektedir.

Depresyondaki kişilerin yakınmalarını attettiği açıklamaları SYA ile araştırdığımızda, depresif grubun herhangi bir atıf tarzını kullanarak belirtilerini yorumlamaya meyilli olmadığı bulunmuştur. Ruhsal atıfları ile anksiyete ve depresyon değerleri arasında düşük ilişki görülmüştür. Depresif grubun daha aleksitimik olmasına rağmen bedensel yorumlama tarzını daha az kullanması, grubun yaş ve eğitimiyle açıklanabilir.

Sonuç olarak depresyon hastalarının daha aleksitimik yapılanma içinde olduklarını ve içe dönük öfkelerinin yüksek, öfke kontrollerinin düşük olduğunu saptadık. Ruhsal atıf tarzı, hem depresyon hem de anksiyeteye pozitif ilişkide olurken, normalleştirme tarzı, anksiyete seviyesi ile ters olarak ilişkidir. Bedensel atıf tarzının, duygularını tanıma zorluk çekilmesi ile ilişkili olduğunu saptadık. Bulgularımızın farklı yaş ve eğitim özelliklerinde depresif gruplarla karşılaştırılması böyle bir çalışmanın değerini artıracaktır.

KAYNAKLAR

Akdemir A, Örsel S, Dağ İ ve ark. (1996) Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği (HDDÖ)'nin geçerliliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*, 4: 251-9.

Bagby RM, Parker JD, Taylor GJ (1994) The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-I Item selection and cross-validation of the factor structure. *J Psychosom Res*, 38:23-32.

Barsky AJ, Goodson JD, Lane RS (1988) The amplification of somatic symptoms. *Psychosom Med*, 50:510-19.

Barsky AJ, Wyshak G (1990) Hypochondriasis and somatosensory amplification. *Br J Psychiatry*, 157:404-9.

Barsky AJ (1992) Amplification, somatization and the somatoform disorders. *Psychosomatics*, 33:28-34.

Beck AT, Epstein N, Brown G ve ark. (1988) An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *J Consult Clin Psychol*, 56:893-897.

Beck AT (1961) An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*, 4:561-71.

Blacker CVR, Clare AW (1987) Depressive disorder in primary care. *Br J Psychiatry*, 50:737-51.

Bower P, West R, Tyleec A ve ark. (2000) Symptom attribution and the recognition of psychiatric morbidity. *J Psychosom Res*, 48:157-60.

Bridges RN, Goldberg DP (1985) Somatic presentation of DSM-III psychiatric disorder in primary care. *J Psychosom Res*, 29:563-9.

Brody CL, Haaga DA, Kirk L, Solomon A (1999) Experiences of anger in people who have recovered from depression and never-depressed people. *J Nerv Ment Dis*, 187:400-5.

Duman OY, Usubutun S, Goka E (2004) Belirti Yorumlama Ölçeğinin Türkçe Geçerlik ve Güvenirliliği. *Türk Psikiyatri Derg*, 15:26-40.

Göka E (1999) Bir semptom florası ve dil olarak beden, *T Klin Psikiyatri*, 1:7-17.

Güleç H, Sayar K (2004) Semptom Yorumlama Anketinin geçerlik ve güvenirliliği. 40. Ulusal Psikiyatri Kongresi Kitabı, 28 Eylül-3 Ekim 2004, Kuşadası, s.283-4.

Hamilton M (1959) The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol*, 32:50-55.

Hendryx MS, Haviland MG, Shaw DG (1991) Dimensions of alexithymia and relationship to anxiety and depression. *J Pres Assess*, 56:227-37.

Hisli N (1989) Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenirliliği. *Psikoloji Dergisi*, 7:3-13.

Honkalampi K, Hintikka J, Tanskanen A ve ark. (2000) Depression is strongly associated with alexithymia in the general population. *J Psychosom Res*, 48:99-104.

- Kesebir S (2004) Depresyon ve Somatizasyon. Klinik Psikiyatri, Ek 1:14-9.
- Kessler D, Lloyd K, Lewis G ve ark (1999) Cross sectional study of symptom attribution and recognition of depression and anxiety in primary care. *BMJ*, 318:436-40.
- Kirmayer LJ (1984) Culture, affect and somatization. *Trans Psychiatr Res*, 21:159-88.
- Kirmayer LJ (2001) Cultural variations in the clinical presentation of depression and anxiety: implication for diagnosis and treatment. *J Clin Psychiatry*, 62(Suppl 13):22-8.
- Koh KB (2003) Anger and somatization. *J Psychosom Res*, 55:113.
- Lipowski ZJ (1988) Somatization: The Concept and Its Clinical Application. *Am J Psychiatry*, 145:1358-68.
- Lipowski ZJ (1990) Somatization and depression. *Psychosomatics*, 31:13-21.
- Muramatsu K, Miyaoka H, Muramatsu Y ve ark. (2002) The amplification of somatic symptoms in upper respiratory tract infections. *Gen Hosp Psychiatry*, 24:172-5.
- Özer AK (1994) Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçekleri Ön Çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 9:31:26-35.
- Parker JD, Bagby RM, Taylor GJ (1991) Alexithymia and depression: distinct or overlapping constructs? *Compr Psychiatry*, 32:387-94.
- Riley WT, Treiber FA, Woods MG (1989) Anger and hostility in depression. *J. Nerv Ment Dis*, 177:668-74.
- Robbins JM, Kirmayer LJ (1991) Attributions of common somatic symptoms. *Psychol Med*, 21:1029-45.
- Sayar K, Güleç H, Ak İ (2001) Yirmi soruluk Toronto Aleksitimi Ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirliği. 37. Ulusal Psikiyatri Kongresi Kitabı, 02-06 Ekim 2001, İstanbul, s.130.
- Sayar K, Kirmayer LJ, Taillefer S (2003a) Predictors of somatic symptoms in depressive disorder. *Gen Hosp Psychiatry*, 25:108-14.
- Sayar K, Güleç H, Topbaş M ve ark. (2003b) Bedensel Duyumlar Antidepresan Tedaviyle Azalır mı? 39. Ulusal Psikiyatri Kongresi Kitabı, 14-19 Ekim 2003, Antalya, s.659.
- Sayar K, Güleç H, Topbaş M ve ark. (2003c) Bedensel Duyumları Büyütme Ölçeği'nin Güvenirliği. 39. Ulusal Psikiyatri Kongresi Kitabı, 14-19 Ekim 2003, Antalya, s.660-1.
- Sorias S, Saygılı R, Elbi H ve ark. (1990) DSM-III-R Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi Türkçe Versiyonu SCID Kullanma Klavuzu, İzmir, Ege Üniversitesi Yayınları.
- Spielberger CD, Jacobs G, Russel F ve ark. (1983) Assessment of anger: The state trait anger scale. *Advances in personality assessment*, Cilt II, Butcher JN, Spielberger CD (Eds), LEA, Hillsdale, NJ: s.159-87.
- Spitzer RL, Williams JBW, Gibbon M ve ark. (1987) Structured Clinical Interview For DSM-III-R. Washington DC, American Psychiatric Press.
- Ulusoy M, Şahin NH, Erkmen H (1998) Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric properties. *J Cogn Psychother*, 12:163-172.
- Williams BW (1978) A structured interview guide for Hamilton Depression Rating Scale. *Arch Gen Psychiatr*, 45:742-7.
- Yazıcı MK, Demir B, Tanrıverdi N ve ark. (1998) Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, değerlendiriciler arası güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Turk Psikiyatri Derg*, 9:114-7.