

Yatarak Tedavi Gören Erkek Alkol Bağımlılarında Aleksitiminin Depresyon, Anksiyete ve Erektile İşlev Bozukluğu ile İlişkisi: Kontrollü Bir Çalışma

Dr. E. Cüneyt Evren, Dr. Suat Can, Dr. Bilge Evren, Dr. Duran Çakmak¹

ÖZET:

YATARAK TEDAVİ GÖREN ERKEK ALKOL BAĞIMLILARINDA ALEKSİTİMİNİN DEPRESYON, ANKSİYETE VE EREKTİL İŞLEV BOZUKLUĞU İLE İLİŞKİSİ: KONTROLLÜ BİR ÇALIŞMA

Amaç: Bu çalışmada alkol bağımlılarında aleksitiminin yaygınlığının saptanması ve kontrol grubu ile karşılaştırılarak alkol bağımlılarında aleksitiminin depresyon, anksiyete ve erektil işlev bozukluğu ile ilişkisini saptamak amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya yatarak tedavi gören, detoksifikasyon sürecini tamamlamış ve DSM-IV tanı ölçütlerine göre alkol bağımlılığı tanısı almış 82 erkek hasta ile, kontrol grubu olarak yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyi bakımından çalışma grubuyla eşleştirilmiş alkol ve madde kötüye kullanım ya da bağımlılık tanısı olmayan 48 olgu alındı. Olgulara klinisyen tarafından yüz yüze görüşülerek yapılandırılmış sosyodemografik bilgi formu, SCID-I'nin tüm modülleri, 17 maddelik Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ), Hamilton Anksiyete Ölçeği (HAÖ), Michigan Alkolizm Tarama Testi (MATT), Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ), Uluslararası Erektile İşlevi Değerlendirme Formu ve Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ) uygulandı.

Bulgular: Alkol bağımlılarının %56'sı TAÖ-26'nın kesme puanına göre aleksitimik olarak değerlendirilirken, bu oran kontrol grubu için %25'dir. TAÖ-26'nın ortalama puanı alkol bağımlılarında (11.01±4.6) kontrol grubuna (7.33±4.39) oranla daha yüksek olarak belirlendi. Aleksitimik olan ve olmayan alkol bağımlıları arasında sosyodemografik özellikler açısından anlamlı fark saptanmazken; eğitim düzeyi aleksitimik alkol bağımlılarında aleksitimik olmayanlara göre düşük bulundu. Aleksitimik olmayanlarda özkıyım yüküsü ve sigara kullanımı aleksitimik olanlara göre düşük bulundu. Herhangi bir I. eksen tanısı ve Erektile İşlev Bozukluğu tanısı alma sıklığı aleksitimik olanlarda aleksitimik olmayanlara göre daha yüksek bulundu. Gruplar arasında HDDÖ'ye göre depresyon tanısı alma, SCID-I'ye göre yaşam boyu major depresyon, halen major depresyon ve herhangi bir anksiyete bozukluğunun varlığı açısından anlamlı farklılık saptanmadı. Aleksitimik olanlardaki HDDÖ, HAÖ ve BUÖ toplam puan ortalamaları, aleksitimik olmayanların ortalamalarından daha yüksek bulundu. MATT toplam puanının ortalaması ise iki grup arasında farklılık göstermemiştir. TAÖ-26 ile yaş ve MATT arasında anlamlı korelasyon saptanmazken, TAÖ-26 ile olguların aldığı I. eksen tanısı sayısı ve erektil işlev bozukluğu toplam puanı, erektil işlev bozukluğu düzeyi ve diğer ölçekler arasında pozitif korelasyon saptandı.

Sonuç: Bu çalışmada alkol bağımlılarında aleksitimi oranının kontrol grubuna göre yüksek bulunması, bu grupta aleksitiminin tanınmasında özel dikkat gösterilmesi gerektiğini ve aleksitiminin bağımlılık üzerine olası olumsuz etkisinin araştırılması gerektiğini göstermektedir. Bu popülasyonda aleksitimi ile ilgili takip çalışmalarının yapılması, sadece aleksitiminin seyir üzerine etkisinin değil; aynı zamanda depresyon ve anksiyete ile ilişkisinin belirlenmesi için de gereklidir. Çalışmamızdaki bulgular alkol bağımlılarında gözlenen erektil işlev bozukluğu ile aleksitimi arasında ilişki olduğunu göstermiştir.

Anahtar sözcükler: alkol bağımlılığı, aleksitimi, anksiyete, depresyon, erektil işlev bozukluğu

Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2002;12:165-173

ABSTRACT:

THE RELATIONSHIP BETWEEN ALEXITHYMIA AND DEPRESSION, ANXIETY AND ERECTILE DYSFUNCTION IN A SAMPLE OF MALE ALCOHOLIC INPATIENTS: A CONTROLLED STUDY

Objective: The aim of this study was to evaluate the prevalence of alexithymia in alcohol dependents compared to the healthy controls and to investigate the relationship of alexithymia with depression, anxiety, and erectile dysfunction in alcohol dependents.

Method: As a study sample 82 male alcohol dependent patients who finished detoxification process according to DSM-IV diagnostic criteria and as a control group 48 subjects who do not abuse alcohol or substance matched for gender and age were included in the study. Subjects were interviewed by using a semi-structured socio-demographic form, all the modules of Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-I), 17 item-Hamilton Depression Rating Scale (HDRS), Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A), Michigan Alcoholism Screening Test (MAST), Beck Hopelessness Scale (BHS), International Index of Erectile Function, Toronto Alexithymia Scale (TAS).

Results: Fifty six percent of the alcohol dependents were estimated as alexithymic according to the cut off point (>11), while this ratio was 25% for control group. Mean score of TAS-26 in alcohol dependents (11.01±4.6) were significantly higher than the control group (7.33±4.39). While there were no significant differences in terms of sociodemographic variables between alexithymic and non-alexithymic groups, education level was found to be lower in alexithymic alcohol dependents. Suicide attempt history and smoking were found to be lower in non-alexithymic group. Having diagnosis of any axis I disorder and erectile dysfunction were found to be higher among alexithymic group. In terms of having a diagnosis of depression according to HDRS, lifetime depression, current depression and any anxiety disorder according to SCID-I there was no significant difference between two groups. Mean total score of HDRS, HAM-A and BHS in alexithymic group were significantly higher than non-alexithymic group. Mean total score of MAST did not show any difference. While there were positive correlations between TAS-26 scores and number of axis I diagnoses, erectile dysfunction total score, level of erectile dysfunction and other scales, there were no correlation between TAS-26 scores and age and MAST scores.

Conclusion: The higher rate of alexithymia found in alcohol dependents than control group, suggests that special attention must be given to identify alexithymia in this group. Researches must be done to find out negative effects of alexithymia on alcohol dependence. Follow up studies related to alexithymia in this population is not only important for finding the effects on outcome, but also important for finding the relationship between alexithymia and depression and anxiety. Findings in this study showed that there is a relationship between alexithymia and erectile dysfunction seen in alcohol dependents.

Key words: alcohol dependence, alexithymia, anxiety, depression, erectile dysfunction

Bull Clin Psychopharmacol 2002;12:165-173

GİRİŞ

Duyular için söz yokluğu anlamına gelen aleksitimi terimi ilk kez Sifneos (1) tarafından kullanılmıştır. Aleksitimi, başlangıçta psikosomatik hastalara özgü oldu-

ğu sanılan ve belirli kişilik özelliklerini tanımlamak amacıyla ortaya atılan bir kavramdır (2). Ancak, klinik araştırmalar aleksitiminin psikosomatik hastalıklara özgü olmadığını ortaya çıkarmıştır (3). Yapılan çok sayıda çalışma, çeşitli psikiyatrik ya da bedensel rahatsızlığı olan kişilerin de aleksitimik

¹Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, AMATEM Servisi Bakırköy-İstanbul-Türkiye

Yazışma Adresi / Address reprint requests to: Dr. Cüneyt EVREN Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, AMATEM Servisi Bakırköy-İstanbul-Türkiye
Elektronik posta adresi / E-mail address: cuneytevren@hotmail.com Telefon / Phone: +90 (212) 543 6565 / 455 Mobil / Mobile (GSM): +90 (532) 604 0946

Kabul tarihi / Date of acceptance: 30 Ekim 2002 / October 30, 2002

özellikler sergileyebildiklerini göstermiştir (2,4,5).

Yapılan bir izleme çalışmasında aleksitiminin değişmediği, bu nedenle aleksitiminin bir durumdan (state) çok, bir özellik (trait) olduğu bildirilmiştir (6). Major depresyonlu hastalarda yapılan çalışmalar bu hastalarda aleksitiminin depresyonun şiddeti ile ilişkili olduğunu göstermiştir (7-9). Bu bulguların, aleksitiminin duruma bağlı bir görüngü olabileceği fikrini desteklediği bildirilmiştir (9). Major depresyonlu hastalarda depresyonun şiddetli olması, aleksitiminin düzelmesini olumsuz etkilemektedir (10).

Alkol ve madde bağımlılığı da aleksitiminin sık olarak araştırıldığı alanlardan biridir. Yapılan karşılaştırmalı araştırmalar, alkol bağımlılarında (11-13) ve madde bağımlılarında (14-19) aleksitimik özelliklerin belirgin biçimde yüksek olduğunu göstermektedir. Haviland ve arkadaşları (11), alkol kullanımını yeni bırakmış alkol bağımlılarında, Beck Depresyon Envanteri'nde (BDE) yüksek puan alanların düşük alanlara göre daha fazla aleksitimik olduklarını bildirmişlerdir. Bu çalışmanın devamı niteliğindeki bir çalışmada da aynı hastaların ortalama BDE puanları 3 hafta sonra anlamlı derecede düşerken, Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ) puanlarında beklenen düşüş olmamıştır (14).

Aleksitiminin, acı veren duyguları yadsıyan alkol bağımlıları için bir savunma mekanizması olarak hizmet edebileceği bildirilmiştir (11,14). Cecero ve Holmstrom (13) ise, ayakta tedavi gören erkek alkol bağımlılarında, alkol bağımlılığının şiddetini göz önünde bulundurdıklarında, aleksitiminin şiddetinin disfori ve duygusal düzensizlikler ile bu duygusal düzensizliklerden kaynaklanan bazı kişilerarası zorluklarla ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Alkol bağımlılarında duyguları tanıma ve tanımlama zorluğunu kapsayan I. faktörün, diğer iki faktöre göre toplam TAÖ puanına en fazla katkısı olan faktör olduğu bulunmuştur (20). Sağlıklı genç erkek olgularla yapılan ve TAÖ-26'nın kullanıldığı bir çalışmada, duyguları tanımlamakta zorluk çekme, yüksek alkol ve madde kullanımı ile ilişkili bulunmuştur (21).

Rybakowski ve Ziolkowski (12) çalışmalarında, erkek alkol bağımlılarının %79'unda aleksitimik kişilik özellikleri saptamışlardır. Diğer bir çalışmada, psikoaktif madde bağımlı hastaların %41.7'si hastaneye yattıkları ilk hafta içinde aleksitimik aralıkta yer almıştır (16). Bu çalışmada alkol, madde ve karışık madde grupları arasında fark saptanmamıştır. Yazarlar bulguların aleksitimi durumunun şiddetli kaygı ve depresyondan kaynaklanabileceğini bildirmişlerdir. Ziolkowski ve arkadaşlarının (22) yaptıkları bir çalışmada ayakta tedavi gören ve remisyonu 60 erkek alkol bağımlısı hastanın %48'inde aleksitimi saptamışlardır. Bu çalışmada remisyon süresi 1 yıldan kısa olanların hem TAÖ toplam puanları ve hem de tüm 3 alt ölçek puanları, remisyon süreleri bir yıldan daha fazla olanlara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Bu bulgular ayakta tedavi gören erkek alkol bağımlı hastalarda aleksitimi ile alkol kullanmama arasında negatif ilişki olduğunu düşündürmektedir. Diğer bir çalışmada yatarak tedavi gören 46 alkol bağımlısı hastada aleksitimi oranı %67.4 olarak bulunmuştur (23). Onbeş ay sonra, depresif belirtiler de göz önünde bulundurulmasına rağmen, relaps olan olgularda TAÖ toplam puanları alkol kullanmayan olgulara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuş ve aleksitiminin alkol bağımlısı yatan hastalarda kötü gidişi belirlediği bildirilmiştir.

Bu çalışmada yatarak tedavi gören alkol bağımlılarında aleksitiminin yaygınlığının ve alkol bağımlılarında aleksitiminin depresyon, anksiyete ve eretil işlev bozukluğu ile ilişkisinin saptanması amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Çalışmaya Eylül 2001 ile Şubat 2002 tarihleri arasında Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi AMATEM (Alkol ve Madde Araştırma ve Tedavi Merkezi) Kliniği'nde yatarak tedavi gören ve DSM-IV tanı ölçütlerine göre alkol bağımlılığı tanısı almış 82 erkek hasta ile, kontrol grubu olarak yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyi bakımından çalışma grubuyla eşleştirilmiş alkol ve madde kullanım bozukluğu ya da bağımlılık tanısı almayan 48 olgu alındı. Kontrol grubu, aynı süre içinde ve aynı hastanede görevli personelden oluşturuldu. Çalışma grubunu oluşturan deneklerle görüşmeler, detoksifikasyon sonrasında, en son alkol kullanımından 4-6 hafta sonra, klinisyen tarafından yoksunluk semptomlarının tam olarak kaybolup kaybolmadığı değerlendirilerek ve deneklerden araştırmaya ilişkin yazılı aydınlatılmış onam alınarak gerçekleştirildi. On sekiz yaşının altında olanlar, kadınlar, mental retardasyonu ya da sağlıklı görüşme yapmayı engelleyecek düzeyde bilişsel işlev yetersizliği olanlar, psikotik bozukluğu olanlar, ek olarak başka bir madde kullanım bozukluğu (kötüye kullanımı veya bağımlılığı) olanlar, cinsel işlev bozukluğuna sebep olabilecek nörolojik (CVA, MS gibi) ya da sistemik (kalp ve damar hastalıkları, diabetes mellitus gibi) hastalığı olanlar, cinsel işlev bozukluğuna sebep olabilecek ilaç (SSRI, beta bloker gibi) kullanım yükümlü olanlar ve son bir yıl içinde düzenli ve sürekli bir cinsel partnere sahip olmayanlar çalışmaya alınmadı.

Olgulara klinisyen tarafından yüzyüze görüşülerek, yarı yapılandırılmış sosyodemografik form, DSM-IV için yapılandırılmış klinik görüşme ölçeği(SCID-I)'nin tüm modülleri, Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ), Hamilton Anksiyete Ölçeği (HAÖ), Uluslararası Eretil İşlevi Değerlendirme Formu (UEİDF) uygulandı ve veri toplama formu dolduruldu. Olgulara Cinsel Yükü Formu (erkekler için), Michigan Alkolizm Tarama Testi (MATT), Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ) ve Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ) daha sonra kendi kendilerine uygulamaları amaçlanarak verildi. Yaklaşık bir hafta sonra ikinci görüşmede olguların bu süre içinde ölçeklere verdiği yanıtlar olgular ile birlikte gözden geçirildi.

Kullanılan Araçlar

SCID-I (Klinik versiyon): Amerikan Psikiyatri Birliği (24) tarafından 1997 yılında majör DSM-IV eksen-I tanıları için geliştirilmiş, yapılandırılmış bir klinik görüşme ölçeğidir. Toplam 38 farklı DSM-IV eksen-I bozukluğunu tanı ölçütleri ile ve 10 ayrı eksen-I bozukluğunu tanı ölçütü olmadan araştırmaktadır. SCID-I, diğer birçok yapılandırılmış görüşmenin tersine, klinik tanı konmak üzere yapılan görüşme temel alınarak hazırlanmıştır. Eksen-I tanısı için, herhangi bir zaman ve son bir ay içinde semptomların varlığını ya da yokluğunu saptar. SCID-I'in Türkçe'ye uyarlama ve güvenilirlik çalışması Çorapçioğlu ve arkadaşları (25) tarafından yapılmıştır.

Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (Hamilton Depression Rating Scale): Hastalardaki depresyon düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek için kullanılmaktadır. Klinisyen tarafından uygulanan bir ölçektir. Toplam 17 soru içermektedir. Her soru için 0 ile 4 arasında puan vermek mümkündür. En yüksek, 53 puan alınır. Ölçek, Williams ve arkadaşları (26) tarafından geliştirilmiştir. Geçer-

lik ve güvenilirlik çalışması Akdemir ve arkadaşları (27) tarafından yapılmıştır.

Hamilton Anksiyete Ölçeği (Hamilton Anxiety Rating Scale): Hamilton (28) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek deneklerde anksiyete düzeyini ve belirti dağılımını belirlemek ve şiddet değişimini ölçmek için kullanılmaktadır. Sağlıklı ya da hasta gruplarına uygulanabilmektedir. Hem bedensel hem de ruhsal belirtileri ölçen toplam 14 soru içermektedir ve beşli likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Bu ölçek son 72 saat içindeki anksiyete düzeyini belirlemek için kullanılabilir. Her sorunun puanı 0-4 arasında ölçeğin toplam puanı ise 0-56 arasında değişmektedir. Türkiye’de yapılan çalışmada kesme puanı hesaplanmamıştır. Geçerlik ve güvenilirlik çalışması Yazıcı ve arkadaşları (29) tarafından yapılmıştır.

Michigan Alkolizm Tarama Testi: Bir kişinin alkol kullanım sorunlarıyla karşı karşıya kalıp kalmadığını, varsa düzeyini ölçmek için kullanılır. Birinci basamak sağlık hizmetine başvuranlara, alkol ya da madde bağımlılığı ile ilgili sorunu olduğu düşünülen kişilere uygulanabilir. Hastaların doldururken kendilerine en çok uyan seçeneği işaretlemeleri istenir. Gibbs (30) tarafından geliştirilmiş olan testin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Coşkunol ve arkadaşları (31) tarafından yapılmıştır.

Beck Umutsuzluk Ölçeği (Hoplessness Scale): Bi-reyin geleceğe yönelik olumsuz beklentilerini değerlendirmek için kullanılır. Toplam 20 maddeden oluşmakta ve her maddeden kişi 0 veya 1 puan almaktadır. Puan aralığı 0-20’dir. Alınan puanlar yükseldikçe kişideki umutsuzluğun da arttığı varsayılır. Beck ve arkadaşları (32) tarafından geliştirilmiştir. Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması ise Durak (33) tarafından 1994 yılında yapılmıştır.

Uluslararası Eretil İşlevi Değerlendirme Formu (International Index of Erectile Function): Bu anket formu erkek hastalardaki cinsel işlev bozuklukları ile ilgili 15 soruyu kapsamaktadır. Bunlardan 6 soru erektil bozukluk, 2 soru orgazm işlevi, 2 soru cinsel istek, 3 soru cinsel ilişki tatmini ve 2 soru genel tatmin ile ilgilidir. Bu form hastanın cinsel işlev için yeterli bir ereksiyona erişme ve sürdürme yeteneğini, tatmin derecesini ve belirli bir tedavinin güvenilirliğini yeterli şekilde yansıtmaktadır. Burada erektil işlev bozukluğu alanı 1., 2., 3., 4., 5 ve 15. sorulardan oluşmaktadır. Bu sorular erektil işlev bozukluğunun şiddetini hafif, orta ve ağır olarak sınıflandırmaktadır. Her sorudaki cevap seçenekleri 1’den 5’e kadar puanlanmıştır. Hastalar erektil işlevleri için toplamda 6 ile 30 arasında bir puan almaktadır. 6-10 puan arası "ağır", 11-16 puan arası "orta", 17-25 puan arası "hafif" düzeyde erektil işlev bozukluğu olarak değerlendirilirken, 26-30 arasındaki puanlar ise 'erektil işlev bozukluğu yok' şeklinde değerlendirilmektedir. Ölçek Rosen ve arkadaşları (34) tarafından geliştirilmiş ve Türk Androloji Derneği IIEF Validasyon Grubu (35) tarafından geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır.

Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ): Taylor ve arkadaşları (36) tarafından geliştirilen, özgün formu likert tipi olmakla birlikte Türkçe formu doğru ya da yanlış olarak yanıtlanan ve 26 maddeden oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Türkiye’de geçerlik ve güvenilirlik çalışması Dereboy (37) tarafından yapılmıştır. Bu çalışmada ölçeğin kesim puanı 11 olarak belirlenmiştir.

İstatistiksel değerlendirme

Veriler "SPSS 8.0 for Windows" programı ile değerlendirilmiştir. İstatistiksel değerlendirmelerde kategorik değişkenler arasındaki ilişkileri değerlendirmek için ki-kare ve Fisher kesin ki-kare testleri; iki gruba ait sürekli değişkenlerin ortalamaları arasındaki farkı değerlendirmek için ise t-testi uygulanmıştır. Risk katsayısını belirlemek için ihtimaller oranı (odds ratio), değişkenler arasındaki ilişkinin yönü ve düzeyinin belirlenebilmesi amacı ile Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Aleksitiminin varlığı bağımlı değişken olarak kabul edilip lojistik regresyon analizi uygulanmıştır. Yapılan tüm istatistiksel analizler için anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

Alkol bağımlılarının yaş ortalaması (40.61 ± 7.3) ile kontrol grubunun yaş ortalaması (42 ± 6.84) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$). Alkol grubunun %95.1’i evli iken, bu oran kontrol grubunda %97.9’dur. Alkol bağımlılarında eş ve çocuklarla yaşayanların oranı %97.2, kontrol grubunda ise %97.9 olarak saptanmıştır. Alkol bağımlılarının %41.5’ü çalışmıyor olup, kontrol grubunda bu oran %10.4 olarak bulunmuştur. Fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$). Eğitim durumu açısından iki grup arasında anlamlı düzeyde bir fark saptanmamıştır ($p > 0.05$). Ancak, alkol bağımlıları grubunda üniversite mezunları sıklığının gruptaki ilk okul ve lise mezunları sıklığına ve kontrollere göre daha düşük olduğu dikkati çekmektedir (Tablo 1). Alkol bağımlılarının alkol kullanmaya başladıkları yaş ortalaması ise 19.34 olarak saptanmıştır.

Yaşam boyu herhangi bir 1. eksen, yaşam boyu major depresyon, şu anda major depresyon, yaşam boyu anksiyete bozukluğu ve şu anda anksiyete bozukluğu tanıları alkol bağımlılarında kontrol grubuna göre yüksek oranda saptandı (Tablo 2).

HDDÖ ile ölçülen depresyon ortalama puanı alkol bağımlılarında (7.55 ± 6.59) kontrol grubuna (3.88 ± 3.89) göre yüksek bulunmuştur. Benzer şekilde HAÖ ile ölçülen anksiyete puan ortalaması da alkol bağımlılarında (7.72 ± 6.5) kontrol grubuna (2.96 ± 3.31) göre yüksek olduğu saptanmıştır. Alkol bağımlılarının %56.1’i TAÖ-26’nın kesme puanına göre aleksitimik olarak değerlendirilirken, bu oran kontrol grubu için %25’dir. Alkol bağımlılarının aleksitimik olma riski kontrol grubuna göre 3.83 kat fazladır. TAÖ-26’nın ortalama puanı da alkol bağımlılarında (11.01 ± 4.6) kontrol grubuna (7.33 ± 4.39) göre yüksek bulunmuştur (Tablo 3).

TAÖ-26 kesme puanına göre aleksitimik olan ve olmayan alkol bağımlıları sosyodemografik ve klinik özellikler açısından karşılaştırılmıştır. Aleksitimik olmayanların yaş ortalaması (40.44 ± 6.96) ile aleksitimik olanların yaş ortalaması (40.74 ± 7.63) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Aleksitimik olmayanların %97.2’si evli iken, bu oran aleksitimik olanlarda %95’dir. Aleksitimik olmayanların eş ve çocuklarla yaşama oranı %94.4, aleksitimik olanlarda ise %91.3 olarak saptanmıştır. Aleksitimik olmayanların %69.4’ü çalışıyor (iş var) olup, aleksitimik olanlarda bu oran %50 olarak bulunmuştur. Aleksitimik olmayanların eğitim seviyesinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Aleksitimik olmayanlarda üniversite eğitimi görmüş olma %22.2 iken, aleksitimik olanların %4.3’ü üniversite eğitimi gördüğünü bildirmiştir. Birinci derece akrabalarda alkol ya da madde kul-

Tablo 1. Grupların sosyodemografik ve klinik özelliklerinin karşılaştırılması

	Alkol Bağımlıları		Kontroller		t	sd	P
	n	ort±ss	n	ort±ss			
Yaş	82	40.61±7.3	48	42±6.84	1.07	128	0.29
	n	%	n	%	x ²	sd	P*
Medeni durum							0.42**
Evli	78	95.1	47	97.9			
Birlikte yaşıyor, boşanmış, ayrı yaşıyor	4	4.9	1	2.1			
Kiminle Yaşıyor							0.6**
Eş ve çocuk	76	92.7	47	97.9			
Anne-baba ile, yalnız, yakınlarıyla	6	7.3	1	2.1			
Eğitim düzeyi					6.93	3	0.074
İlkokul	38	46.4	18	37.4			
Lise	32	39	15	31.3			
Üniversite, doktora	12	14.6	15	31.3			

*: Ki-kare testi, **: Fisher kesin ki-kare testi

Tablo 2. Birinci eksen tanıları açısından gruplar arası karşılaştırma

	Alkol Bağımlıları		Kontroller		x ²	sd	P*
	(n=82)	%	(n=82)	%			
Yaşam boyu herhangi bir 1.eksen tanısı	68	82.9	16	33.3	32.57	1	0.001
Yaşam boyu major depresyon	46	56.1	8	16.7	19.39	1	0.001
Şu anda major depresyon	37	45.1	1	2.1			0.001**
Yaşam boyu anksiyete bozukluğu	48	58.5	13	27.1	12.03	1	0.001
Şu anda anksiyete bozukluğu	38	46.3	10	20.8	8.46	1	0.004

*: Ki-kare testi, **: Fisher kesin ki-kare testi

Tablo 3. Ölçekler açısından gruplar arası karşılaştırma

	Alkol Bağımlıları		Kontroller		t	p
	(n=82)		(n=48)			
	ort	ss	ort	ss		
HDDÖ	7.55	6.59	3.88	3.89	3.52	0.001
HAÖ	7.72	6.5	2.96	3.31	5.5	0.001
TAÖ	11.01	4.6	7.33	4.39	4.48	0.001
	n	%	n	%	x ² (sd:1)	P*
TAÖ'a göre aleksitimik**	46	56.1	12	25	11.85	0.001

*: Ki-kare testi, HDDÖ: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği, HAÖ: Hamilton Anksiyete Ölçeği, TAÖ: Toronto Aleksitimi Ölçeği, **: İhtimaller oranı (Odds Ratio): 3.83, %95 Güvenlilik Aralığı: (1.75-8.4)

lanımı açısından iki grup arasında anlamlı fark yoktu. Aleksitimik olmayanlarda özkıyım öyküsü (%11.1) aleksitimik olanlara (%30.4) göre daha azdı. Aleksitimik olmayanların %86.1'i sigara kullanıyor iken, aleksitimik olanların tamamı sigara kullanıyordu. Alkol almaya başlanılan yaş aleksitimik olanlarla (19.07±4.05) aleksitimik olmayanlar (19.69±5.1) arasında anlamlı fark göstermemiştir (Tablo 4).

Aleksitimik olan ve olmayanlar arasında SCID-I'e göre yaşam boyu major depresyon, halen major depresyon, yaşam boyu distimi, yaşam boyu herhangi bir anksiyete bozukluğu, yaşam boyu panik bozukluk, halen panik bozukluk, yaşam boyu travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), halen TSSB ve özgül fobinin varlığı açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır. Benzer şekilde HDDÖ'e göre depresyon tanısı alan olgu oranları iki grup arasında farklılık göstermemiştir.

Aleksitimik olanların 21'i (%45.7) aleksitimik olmayanların ise 12'si (%33.3) HDDÖ'e göre depresyon tanısı almıştır (x²: 1.27, sd:2, p=0.26). Herhangi bir I. eksen tanısı alma aleksitimik olanlarda (%91.3) aleksitimik olmayanlara (%72.2) göre yüksek bulunmuştur. Benzer şekilde halen herhangi bir anksiyete bozukluğu tanısı alma aleksitimik olanlarda (%56.5) aleksitimik olmayanlara (%33.3) göre yüksek saptanmıştır. Aleksitimik olanlarda halen anksiyete bozukluğu olma riski aleksitimik olmayanlara göre 2.6 kat fazladır. Ayrıca bipolar I ve II ile sosyal fobi tanıları da aleksitimik olanlarda, aleksitimik olmayanlara göre yüksek bulunmuştur. SCID-I ile değerlendirilen diğer I. eksen tanılarına ise rastlanmamıştır. Aleksitimik olanlarda erektile işlev bozukluğu tanısı alanların oranı (%73.9) aleksitimik olmayanlara göre (%47.2) yüksek olarak bulunmuştur. Aleksitimik olanlarda

Tablo 4. Alkol bağımlılarında aleksitiminin varlığına göre sosyodemografik ve klinik özelliklerinin karşılaştırılması

	Aleksitimi Yok (n=36)		Aleksitimi Var (n=46)		t	sd	p
	ort±ss		ort±ss				
Yaş	40.44±6.96		40.74±7.63		-0.18	80	0.86
Alkol kullanmaya başlama yaşı	19,69±5.1		19.07±4.05		0.62	80	0.54
	n	%	n	%	x ²	sd	P*
Medeni durum							0.44**
Evli	35	97.2	43	93.5			
Boşanmış, ayrı, birlikte yaşıyor	1	1.4	3	6.5			
Kimle Yaşıyor							0.59**
Eş ve çocuk	34	94.4	42	91.3			
Anne-baba, yakınlarıyla, yalnız	2	5.6	4	8.7			
Çalışıyor (iş var)	25	69.4	23	50	3.15	1	0.076
Eğitim düzeyi					12.83	2	0.002
İlkokul	10	27.8	28	60.9			
Lise	16	44.4	16	34.8			
Üniversite, doktora	10	27.8	2	4.3			
I. derece akrabalarda alkol veya madde	17	47.2	20	43.5	0.114	1	0.74
Özkiyim girişi	4	11.1	14	30.4			0.036**
Şigara	31	86.1	46	100			0.009**

*: Ki-kare testi, **: Fisher kesin ki-kare testi

Tablo 5. Alkol bağımlılarında aleksitiminin varlığına göre 1. eksen tanıları ve erektil bozukluklarının karşılaştırılması

	Aleksitimi Yok (n=36)		Aleksitimi Var (n=46)		x ²	sd	P*
	n	%	n	%			
Yaşam boyu herhangi bir 1. eksen tanısı	26	72.2	42	91.3			0.023**
Yaşam boyu major depresyon	16	44.4	30	65.2	3.54	1	0.06
Şu anda major depresyon	14	38.9	23	50	1.01	1	0.32
Bipolar I ve II	0	0	6	13			0.024**
Şu anda distimik bozukluk	3	8.3	6	13			0.5**
Yaşam boyu anksiyete bozukluğu	17	47.2	31	67.4	3.39	1	0.066
Şu anda anksiyete bozukluğu***	12	33.3	26	56.5	4.37	1	0.037
Yaşam boyu TSSB	9	25	13	28.3	0.11	1	0.74
Şu anda TSSB	3	8.3	4	8.7			0.98**
Sosyal fobi	0	0	8	17.4			0.008**
Eretil işlev bozukluğu****	17	47.2	34	73.9	6.12	1	0.013
Eretil işlev bozukluğu derecesi					7.55	3	0.056
Yok	19	52.8	12	26.1			
Hafif	9	25	12	26.1			
Orta	3	8.3	10	21.7			
Ağır	5	13.9	12	26.1			

*: Ki-kare testi, **: Fisher kesin ki-kare testi, ***: İhtimaller Oranı (Odds Ratio):2.6, %95 Güvenirlik Aralığı: (1.05-6.43), ****: İhtimaller oranı (Odds Ratio): 3.17, %95 Güvenirlik aralığı: (1.25-8.01), TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

erektil işlev bozukluğu olma riski aleksitimik olmayanlara göre 3.17 kat fazladır. Eretil işlev bozukluğunun derecesine göre ise aleksitimik olanlarda erektil işlev bozukluğunun orta ve ağır derecede olması istatistiksel olarak anlamlı olmamakla beraber anlamlılığa yakın olarak aleksitimik olmayanlara göre daha yüksekti. (Tablo 5).

Aleksitimik olanlardaki HDDÖ toplam puan ortalaması (9.33±7.47), HAÖ toplam puanı ortalaması (9.96±6.88) ve BUÖ toplam puan ortalaması (6.91±4.88), aleksitimik olmayanların HDDÖ toplam puan ortalaması (5.28±4.39),

HAÖ toplam puan ortalaması (4.84±4.69) ve BUÖ toplam puan ortalamasına göre (2.67±3.06) daha yüksek bulundu. MATT toplam puanının ortalamasında ise aleksitimik olmayanlarla (33.19±11.94), aleksitimik olanlar (5.28±4.39) arasındaki fark anlamlı değildi (Tablo 6).

TAÖ-26 ile yaş ve MATT arasında anlamlı korelasyon saptanmazken, TAÖ-26 ile alınan I. eksen tanı sayısı ve erektil işlev toplam puanı, erektil işlev düzeyi ve diğer ölçekler arasında pozitif korelasyon saptandı (Tablo 7).

Aleksitimi varlığının bağımlı değişken olarak alındığı lojistik

Tablo 6. Aleksitiminin varlığına göre ölçeklerin puan ortalamalarının karşılaştırılması

	Aleksitimi Yok (n=36)		Aleksitimi Var (n=46)		t	P*
	ort	ss	ort	ss		
HDDÖ	5.28	4.39	9.33	7.47	-3.06	0.005
HAÖ	4.84	4.69	9.96	6.88	-3.8	0.001
BUÖ	2.67	3.06	6.91	4.88	-4.56	0.001
MATT	33.19	11.94	37.72	10.89	-1,79	0.077
Eretil işlev toplam	23.89	7.58	18.76	8.53	2.84	0.006

*İstatistiksel anlamlılık düzeyi: $p < 0.05$, HDDÖ: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği, HAÖ: Hamilton Anksiyete Ölçeği, BUÖ: Beck Umutsuzluk Ölçeği, MATT: Michigan Alkolizm Tarama Testi, Eretil işlev toplam: Uluslararası Eretil İşlevi Değerlendirme Formu puanı

Tablo 7. TAÖ-26 ile yaş, 1. eksen sayısı ve diğer ölçeklerin korelasyonu

	Yaş	I. eksen	HDDÖ	HAÖ	BUÖ	Eretil toplam	Eretil düzeyi	MATT
TAÖ r	0.08***	0.39*	0.45*	0.58*	0.53*	0.44*	0.45*	0.21**

* $p < 0.001$, ** $p = 0.06$, *** $p = 0.46$

Tablo 8. Aleksitimi varlığının bağımlı değişken olarak alındığı lojistik regresyon modeli

Değişken	B	Wald	p	R	*OR(%95CI)
Anksiyete	-1.12	5.07	0.024	-0.17	0.33(0.12-0.87)
Depresyon	-0.2	0.17	0.68	0.00	0.82(0.31-2.15)
Eretil işlev bozukluğu	-0.08	7.27	0.007	-0.22	0.92(0.87-0.98)
Sabit	2.78	11.07	0.0009		

*İhtimaller Oranı (%95 Güvenlilik aralığı)

tik regresyon modelinde, SCID-I'e göre halen herhangi bir anksiyete bozukluğunun varlığı ve eretil bozukluk toplam puanı yordayıcılar olarak belirlenmiştir (Tablo 8).

TARTIŞMA

Yaş ortalaması, medeni durum ve eğitim durumu açısından çalışma grubu olan alkol bağımlıları ile kontrol grubu arasında fark saptanmaması; bu iki grubun sosyodemografik özellikler açısından benzerlik gösterdiğini ve iki grup arasında aleksitimi açısından oluşabilecek farklılıkların sosyodemografik özelliklerden bağımsız olduğunu göstermektedir. Kauhanen ve arkadaşları (38), aleksitiminin sadece psikolojik bir fenomen olarak değil, ayrıca kısmen sosyal olarak da belirlendiğinin değerlendirilmesi gerektiğini vurgulamışlardır.

Çalışmamız kapsamına alınan 82 alkol bağımlısı olgunun %56.1'i TAÖ-26'nın kesme puanına göre aleksitimik olarak değerlendirilmiştir. Bu oran çalışmamıza alınan kontrol grubunda saptanan %25 oranından yüksek iken, literatürde benzer popülasyonlarla yapılan çalışmalarda bildirilen oranlarla uyumludur (16,22). Pektaş ve arkadaşlarının (39) çalışmasında da benzer şekilde alkol bağımlılarında aleksitimi oranı %60 bulunmuştur. Bu çalışmada TAÖ-26 puan ortalaması da normal kontrol grubuna göre yüksek bulunmuştur. Bu çalışmayla benzer şekilde çalışmamızda da TAÖ-26'nın toplam puan ortalaması alkol bağımlılarından oluşan grupta kontrol grubuna göre yüksek saptanmıştır. Ülkemizde erkek alkol bağımlılarında yapılan diğer bir çalışmada ise olguların %56'sı TAÖ-26'ya göre aleksitimik olarak değerlendirilmiştir (40). Ayrıca alkol bağımlılarının aleksitimik ol-

ma riski kontrol grubuna göre 3.83 kat fazla bulunmasıyla beraber, tüm bu bulgular alkol bağımlılarında aleksitiminin yaygın olduğu literatür bilgisini desteklemektedir.

Parker ve arkadaşları (41), normal erişkinlerde yaptıkları çalışmada, yaş, cinsiyet ve eğitim seviyesi gibi sosyodemografik değişkenler ile TAÖ-26 toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki saptamamışlardır. Pasini ve arkadaşları (42) ise yine normal olgularda yaptıkları çalışmada TAÖ-26 toplam puanları ve alt faktör puanlarında yaşla beraber artış saptamışlardır. Sadece erkek olgulardan oluşan çalışmamızda, Parker ve arkadaşlarının çalışması ile uyumlu olarak yaş ve aleksitimi arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Kauhanen ve arkadaşlarının (38) yaptıkları bir çalışmada ise erkeklerin eğitim düzeyi arttıkça daha az aleksitimik olma eğiliminde oldukları bildirilmiştir. Her iki cinsiyetin çalışma kapsamına alındığı başka bir çalışmada da benzer sonuç elde edilmiştir (43). Çalışmamızda da bu çalışmalarla uyumlu olarak aleksitimik olmayan alkol bağımlılarında aleksitimik olan alkol bağımlılarına göre üniversite eğitimi görenlerin oranı daha yüksek bulunmuştur.

Finn ve arkadaşlarının (44) yaptıkları çalışma, kalıtsal olarak yüksek alkolizm riski altında bulunanlarda aleksitimik özelliklerin belirgin biçimde yüksek olduğunu göstermektedir. Rybakowski ve Ziolkowski'nin (12) erkek alkol bağımlıları ile yaptıkları çalışmada ise ailede alkol kullanım öyküsü ile aleksitimi arasında ilişki saptanmamıştır. Çalışmamızda da olguların 1. dereceden akrabalarında alkol veya madde kullanımının gruplar arasında farklılık göstermemesi bu bulguyu destekler niteliktedir. Aleksitiminin özkıyım girişiminde yaygın olduğu ve özkıyım girişimlerinde bir risk etkeni o-

arak değerlendirilebileceği bildirilmiştir (3). Çalışmamızda da aleksitimik grupta özkiyim girişiminin aleksitimik olmayan gruba göre yüksek oranda olması bu bulguyla uyumlu görünmektedir. Aleksitimideki afektif düzenlenme bozukluklarının nikotin bağımlılığı üzerindeki etkisinin göz ardı edilebilecek düzeyde olduğu bildirilmiştir (45). Ancak çalışmamızda sigara kullanımı aleksitimik grupta yüksek bulunması bu bulguyla ters düşmektedir.

Rybakowski ve Ziolkowski'nin (12) çalışmasında aleksitimik hastaların psikopatoloji şiddetinin daha düşük olduğu bildirilmiştir. Bununla beraber aleksitimik psikiyatri hastalarında olmayanlara göre, genel psikopatoloji (46,47), duygudurumu bozuklukları (48,49) ve yeme bozuklukları (50) daha fazla saptanmıştır. Aleksitimi ayrıca somatik semptomların oluşması (46,51) ile ilişkili bulunmuştur. Çalışmamızda da bu literatürlerle uyumlu olarak aleksitimik olanlarda herhangi bir I. eksen tanısı alma aleksitimik olmayanlara göre yüksek oranda saptanmıştır. Ayrıca alınan I. eksen tanı sayısı ile TAÖ-26 arasında pozitif korelasyon saptanmıştır.

Çalışmamızda, gruplar arasında SCID-I'e göre yaşam boyu major depresyon, halen major depresyon, herhangi bir anksiyete bozukluğunun varlığı açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır. Benzer şekilde HDDÖ'e göre depresyon tanısı alan olgu oranları iki grup arasında farklılık göstermemiştir. Ancak aleksitimik olan alkol bağımlılarındaki HDDÖ toplam puan ortalaması, aleksitimik olmayanlarından daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca tüm alkol bağımlıları birlikte değerlendirildiğinde, TAÖ-26 ile HDDÖ, HAÖ ve BUÖ ölçekleri arasında pozitif korelasyon saptanmıştır. Bazı çalışmalar depresyon ile aleksitimi arasında ilişki olduğunu bildirmiştir (7,14,48,51-54). Bununla beraber depresyonla aleksitiminin ayrı mı yoksa örtüşen yapılar mı oldukları ile ilgili fikir ayrılığı olmuştur (51,55). Günümüze kadar gelen sonuçlar da depresyon seviyesinin aleksitimi üzerine potansiyel etkisi hakkında birbiriyle çelişen sonuçlar bildirilmiştir (52,56). Hintikka ve arkadaşlarının (57) genel popülasyonda yaptıkları çalışmanın sonucunda, aleksitimi ve depresyonun yüksek ölçüde örtüştüğü sonucuna varılmıştır. Çalışmamızın sonuçları da bu çalışma sonuçlarını alkol bağımlılarından oluşan popülasyonda destekler görünmektedir. Haviland ve arkadaşları (11) da, alkol kullanımını yeni bırakmış alkol bağımlılarında yüksek depresif değer alanların düşük alanlara göre daha fazla aleksitimik olduklarını bildirmişlerdir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada (40) Zung ölçeğine göre depresyon tanısı konan hastaların %86'sı, depresyonda olmayan hastaların ise %39'u aleksitimik bulunmuştur. Bununla beraber, depresyon şiddetindeki büyük değişiklikler aleksitimi puanlarını değiştirebilse de, aleksitiminin duruma bağlı bir görünüşü değil stabil kişilik özelliği olduğu bildirilmiştir (58). Aleksitimi ve depresyonun birbiriyle yakın ilişkili ayrı yapılar olduğu, buna karşıt olarak anksiyete ve aleksitiminin "duygularını ifade zorluğu" boyutunun örtüştüğü bulunmuştur (59). Aleksitiminin anksiyete ile pozitif korelasyon gösterdiğini bildiren çalışmalar da bulunmaktadır (60). Çalışmamızda da anksiyete ve BUÖ ile ölçülen umutsuzluk ile aleksitimi ilişkili bulunmuştur. Bu durum çalışmaya alınan alkol bağımlılarının içinde buldukları dönemle ilgili olabilir. Aleksitiminin stabil bir kişilik yapısı olduğunu bildiren çalışmaların bulunduğu (61,62) göz önüne alınırsa çalışmamızda saptanan depresyon, anksiyete ve aleksitimi ilişkisinin durumsal mı yoksa özellik mi olduğunun anlaşılması için aynı vakaların ta-

kip edilerek depresyon ve anksiyete puanlarının azalması ile birlikte aleksitimi puanlarının değişiminin izlenmesi gerekmektedir.

Madioni ve arkadaşları (63) TAÖ-26'yı uyguladıkları bir çalışmada erektil işlev bozukluğu olan ve ayaktan tedavi gören hastaların aleksitimi puanlarının sağlıklı kontrollere göre anlamlı derecede daha yüksek olduğunu bulmuşlardır. Ayaktan tedavi gören bu hastaların duygularını ve vücut algılarını tanıyamadıkları ve ayırt edemedikleri bildirilmiştir. Yine bu çalışmada, bazı cinsel belirtilerin genelde somatizasyon bozukluğunun bir çeşidi olabileceği, affektif ve duygusal alanlarında yaşanan zorlukların yakın ilişki kurma kapasitesi üzerinde olumsuz sonuçlar doğurabileceği bildirilmiştir. Çalışmamızda da aleksitimik olanlarda erektil işlev bozukluğu tanısı alanların oranı aleksitimik olmayanlara göre yüksek bulunmuş ve TAÖ-26 ile UEIDF toplam puanı ve erektil işlev bozukluğu düzeyi arasında doğrusal bağlantı saptanmıştır. Tüm bu bulgular alkol bağımlılarından oluşan çalışma popülasyonumuzda erektil işlev bozukluğu ile aleksitiminin ilişkili olduğunu göstermektedir.

Bu çalışmada alkol kullanım şiddeti ile aleksitimi arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Ancak ayaktan tedavi gören erkek alkol bağımlısı hastalarda (22) ve yatarak tedavi gören alkol bağımlısı hastalarda aleksitiminin relapsla ilişkisi olduğu ve kötü seyiri belirlediği bildirilmiştir (23). Aleksitiminin psikoterapi sürecini olumsuz etkilediği bildirilmektedir (45,64,65). Alkol bağımlılarındaki duygudurum psikopatoloji ve bunun olumsuz sonuçlarını anlamak ve tedavi etmek için aleksitiminin araştırılması faydalıdır (13).

Çalışmanın kısıtlılıklarından biri, araştırılan özelliklerden birinin erektil bozukluk olması nedeniyle olguların tamamını erkeklerin oluşturmasıdır. Ancak çalışmada aleksitimi, depresyon ve anksiyete gibi araştırılan diğer özellikler ve bunların birbirleriyle ilişkisi kadın alkol bağımlılarında farklılık gösterebilir. Diğer bir kısıtlılık, sadece yatarak tedavi gören alkol bağımlılarının çalışmaya alınmış olmasıdır. Bu, çalışmanın sonuçlarının tüm alkol bağımlılarına yansıtılmasını engellemektedir. Ayrıca her ne kadar ölçek ile değerlendirilmiş olsa da erektil işlev bozukluğunun değerlendirilmesinin öz bildirimlere dayandırılması, oranların olması gerektiğinden daha düşük saptanmasına neden olmuştur.

SONUÇ

Bu çalışmada alkol bağımlılarındaki aleksitimi oranının kontrol grubuna göre yüksek bulunması alkol bağımlılarında aleksitiminin tanınmasında özel dikkat gösterilmesi ve aleksitiminin bağımlılık üzerine olumsuz etkisinin araştırılması gerektiğini göstermektedir. Literatürde aleksitiminin, alkol bağımlılarında olumsuz seyir nedeni olarak bildirilmesi de (22,23) bu gerekliliği desteklemektedir. En azından alkol bağımlılığı tedavisinde zorluk yaşayan ve tedaviye direnç gösteren olgularda aleksitiminin değerlendirilmesi gerektiği açıktır. Bu popülasyonda aleksitimi ile ilgili takip çalışmalarının yapılması sadece aleksitiminin seyir üzerine etkisinin değil, aleksitiminin depresyon ve anksiyete ile ilişkisinin belirlenmesi için de gereklidir. Bu çalışmada saptanan önemli bir diğer bulgu da, aleksitimi ile erektil işlev bozukluğu arasındaki ilişkidir. Daha ileri araştırmalarla desteklenmesi gereken bu bulgu, aleksitiminin dolaylı olarak da alkol bağımlılığı tedavisini olumsuz etkileyebileceğini düşündürmektedir. Diğer cinsel işlev bozukluklarının aleksitimi ile ilişkisi de araştırılması gereken bir alandır.

Kaynaklar:

1. Sifneos PE. The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients. *Psychother Psychosom* 1973;22:255-262.
2. Dereboy F. Aleksitimi: bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1990;3:157-167.
3. Sayar K, Acar B, Yazıcı K. İntihar girişiminde bulunan kişilerde aleksitimi. *Nöropsikiyatri Arşivi* 1999;36:6-11.
4. Taylor GJ, Bagby RM, Parker JD. The alexithymia construct. A potential paradigm for psychosomatic medicine. *Psychosomatics* 1991;32:153-164.
5. Bankier B, Aigner M, Bach M. Alexithymia in DSM-IV disorder: comparative evaluation of somatoform disorder, panic disorder, obsessive-compulsive disorder, and depression *Psychosomatics* 2001;42:235-240.
6. Salminen JK, Saarijärvi S, Aairela E, Tamminen T. Alexithymia--state or trait? One-year follow-up study of general hospital psychiatric consultation out-patients. *J Psychosom Res* 1994;38:681-685.
7. Honkalampi K, Saarinen P, Hintikka J, Vuokko V, Viinamaki H. Factors associated with alexithymia in patients suffering from depression. *Psychother Psychosom* 1999;68:270-275.
8. Honkalampi K, Hintikka J, Saarinen P, Lehtonen J, Viinamaki H. Is alexithymia a permanent feature in depressed patients? Results from a 6-month follow-up study. *Psychother Psychosom* 2000;69:303-308.
9. Honkalampi K, Hintikka J, Laukkanen E, Saarinen P, Lehtonen J, Viinamaki H. Alexithymia and depression: a prospective study of patients with major depressive disorder. *Psychosomatics* 2001;42:229-234.
10. Honkalampi K, Hintikka J, Antikainen R, Lehtonen J, Viinamaki H. Alexithymia in patients with major depressive disorder and comorbid cluster C personality disorders: a 6-month follow-up study. *J Personal Disord* 2001;15:245-254.
11. Haviland MG, MacMurray JP, Cummings MA. The relationship between alexithymia and depressive symptoms in a sample of newly abstinent alcoholic inpatients. *Psychother Psychosom* 1988;49:37-40.
12. Rybakowski J, Ziolkowski M. Clinical and biochemical heterogeneity of alcoholism: the role of family history and alexithymia. *Drug Alcohol Depend* 1991;27:73-77.
13. Cecero JJ, Holmstrom RW. Alexithymia and affect pathology among adult male alcoholics. *J Clin Psychol* 1997;53:201-208.
14. Haviland MG, Shaw DG, MacMurray JP, Cummings MA. Validation of the Toronto Alexithymia Scale with substance abusers. *Psychother Psychosom* 1988;50:81-87.
15. Taylor GJ, Parker JD, Bagby RM. A preliminary investigation of alexithymia in men with psychoactive substance dependence. *Am J Psychiatry* 1990;147:1228-1230.
16. Haviland MG, Hendryx MS, Shaw DG, Henry JP. Alexithymia in women and men hospitalized for psychoactive substance dependence. *Compr Psychiatry* 1994;35:124-128.
17. Keller DS, Wilson A. Affectivity in cocaine and opiate abusers. *Psychiatry* 1994;57:333-347.
18. Pinard L, Negrete JC, Annable L, Audet N. Alexithymia in substance abusers: persistence and correlates of variance. *Am J Addiction* 1996;5:32-39.
19. Handelsman L, Stein JA, Bernstein DP, Oppenheim SE, Rosenblum A, Magura S. A latent variable analysis of coexisting emotional deficits in substance abusers: alexithymia, hostility, and PTSD. *Addict Behav* 2000;25:423-428.
20. Haviland MG, Shaw DG, Cummings MA, MacMurray JP. Alexithymia: subscales and relationship to depression. *Psychother Psychosom* 1988;50:164-170.
21. Halmers KF, Mente A. Alexithymia and health behaviors in healthy male volunteers. *J Psychosom Res* 1999;47:635-645.
22. Ziolkowski M, Gruss T, Rybakowski JK. Does alexithymia in male alcoholics constitute a negative factor for maintaining abstinence? *Psychother Psychosom* 1995;63:169-173.
23. Loas G, Fremaux D, Otmani O, Lecercle C, Delahousse J. Is alexithymia a negative factor for maintaining abstinence? A follow-up study. *Compr Psychiatry* 1997;38:296-299.
24. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I), Clinical Version. Washington D.C. and London: American Psychiatric Press, Inc 1997.
25. Çorapçıoğlu A, Aydemir Ö, Yıldız M, Esen A, Köroğlu E. DSM-IV Eksen I Bozuklukları (SCID-I) için Yapılandırılmış Klinik Görüşme, Klinik Versiyon. Ankara: Hekimler Yayın Birliği 1999.
26. Williams BW. A structured interview guide for Hamilton Depression Rating Scale. *Arch Gen Psychiatr* 1978;45:742-747.
27. Akdemir A, Örsel S, Dağ İ, Türkçapar H, İçcan N, Özbay H. Hamilton depresyon derecelendirme ölçeğinin geçerliliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi* 1996;4:251-259.
28. Hamilton M. The assesment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol* 1959;32:50-55.
29. Yazıcı MK, Demir B, Tanrıverdi N, Karaağaoğlu E, Yolaç P. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, değerlendiriciler arası güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1998;9:114-117.
30. Gibbs LE. Validity and reliability of the Michigan alcoholism screening test: a review. *Drug Alcohol Depend* 1983;12:279-285.
31. Coşkunol H, Bağdiken İ, Soriaş S, Saygılı R. Michigan Alkolizm Tarama Testi'nin geçerliliği. *Ege Tıp Dergisi* 1995;34:15-18.
32. Beck AT, Lesker D, Trexler L. The Hopelessness Scale. *J Consult Clin Psychol* 1974;42:861-874.
33. Durak A. Beck Umutsuzluk Ölçeğinin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi* 1994;9:1-11.
34. Rosen RC, Riley A, Wagner G, Osterloh IH, Kirkpatrick J, Mishra A. The international index of erectile function (IIEF): a multidimensional scale for assesment of erectile dysfunction. *Urology* 1997;49:822-830.
35. Türk Androloji Derneği IIEF Validasyon Grubu. Eretil İşlevi Uluslararası Değerlendirme formu (IIEF) Türkçe Versiyonu. 4. Ulusal Cinsel İşlev Bozuklukları Kongresi Özet Kitabı, İstanbul, 29-31 Mart 2002:43.

36. Taylor GJ, Bagby RM, Ryan DP, Parker JD, Doody KF, Keefe P. Criterion validity of the Toronto Alexithymia Scale. *Psychosom Med* 1988;50:500-509.
37. Dereboy F. Aleksitimi özbebildirim ölçeklerinin psikometrik özellikleri üzerine bir çalışma. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, 1990.
38. Kauhanen J, Kaplan GA, Julkunen J, Wilson TW, Salonen JT. Social factors in alexithymia. *Compr Psychiatry* 1993;34:330-335.
39. Pektaş MÖ, Kalyoncu A, Demirebek B, Beyazyürek M. Alkol bağımlılarında aleksitimi. XXVII. Ulusal Psikiyatri Kongresi. Özet Kitabı, Antalya, 6-9 Kasım 1991:179.
40. Arkan Z, Candansayar S, Coşar B, Sertcan Y, Koçal N, Işık E. Alkol bağımlılığında kesilme belirtilerinin tedavisinden sonra aleksitimik özellikler, depresyon ve somatizasyon arasındaki ilişki XXIX. Ulusal Psikiyatri Kongresi. Özet Kitabı, Bursa, 29 Eylül-4 Ekim 1993:120.
41. Parker JDA, Taylor GJ, Bagby RM. The alexithymia construct: relationship with sociodemographic variables and intelligence. *Compr Psychiatry* 1989;30:434-441.
42. Pasini A, Delle Chiaie R, Seripa S, Ciani N. Alexithymia as related to sex, age, and educational level: results of the Toronto Alexithymia Scale in 417 normal subjects. *Compr Psychiatry* 1992; 33:42-46.
43. Yemez B. Aleksitimi ile demografik özellikler arasında ilişki araştırılması. XXVII. Ulusal Psikiyatri Kongresi. Özet Kitabı, Antalya, 6-9 Kasım 1991:179.
44. Finn PR, Martin J, Pihl RO. Alexithymia in males at high genetic risk for alcoholism. *Psychother Psychosom* 1987;47:18-21.
45. Lumley MA, Downey K, Stettner L, Wehmer F, Pomerleau OF. Alexithymia and negative affect: relationship to cigarette smoking, nicotine dependence, and smoking cessation. *Psychother Psychosom* 1994;61:156-162.
46. Taylor- GJ, Parker JDA, Bagby RM, Acklin MW. Alexithymia and somatic complaints in psychiatric out-patients. *J Psychosom Res* 1992;36:417-424.
47. Bach M, Bach D, Boicr FX, Nutzingcr DO. Alexithymia and somatization: Relationship to DSM-III-R diagnoses. *J Psychosom Res* 1994;38:529-538.
48. Saarijarvi S, Salminen JK, Tamminen T, Aarela E. Alexithymia in psychiatric consultation- liaison patients. *Gen Hosp Psychiatry* 1993;15:330-333.
49. Joukamaa M, Lepola U. Alexithymic features in patients with panic disorder. *Nord J Psychiatry* 1994;48:33-36.
50. Groot JM, Rodin G, Olmsted MP. Alexithymia, depression, and treatment outcome in bulimia nervosa. *Compr Psychiatry* 1995;36:53-60.
51. Rief W, Heuser J, Fichter MM. What does the Toronto Alexithymia Scale TAS-R measure? *J Clin Psychol* 1996;52:423-429.
52. Wise TN, Jani NN, Kass E, Sonnenschein K, Mann LS. Alexithymia: relationship to severity of medical illness and depression. *Psychother Psychosom* 1988;50:68-71.
53. Hendryx MS, Haviland MG, Shaw DG. Dimensions of alexithymia and their relationship to anxiety and depression. *J Pers Assess* 1991;56:227-237.
54. Aarela E, Saarijarvi S, Salminen JK, Toikka T. Alexithymic features do not predict compliance with psychotherapy in consultation-liaison patients. *Gen Hosp Psychiatry* 1997;19:229-233.
55. Parker JDA, Bagby RM, Taylor GJ. Alexithymia and depression: distinct or overlapping constructs? *Compr Psychiatry* 1991;32:387-394.
56. Sexton MC, Sunday SR, Hurt S, Halmi KA. The relationship between alexithymia, depression, and axis II psychopathology in eating disorder patients. *Int J Eat Disord* 1998;23:277-286.
57. Hintikka J, Honkalampi K, Lehtonen J, Viinamaki H. Are alexithymia and depression distinct or overlapping constructs?: a study in a general population. *Compr Psychiatry* 2001;42:234-239.
58. Luminet O, Bagby RM, Taylor GJ. An evaluation of the absolute and relative stability of alexithymia in patients with major depression. *Psychother Psychosom* 2001;70:254-260.
59. Marchesi C, Brusamonti E, Maggini C. Are alexithymia, depression, and anxiety distinct constructs in affective disorders? *J Psychosom Res* 2000;49:43-49.
60. Berthoz S, Consoli S, Perez-Diaz F, Jouvent R. Alexithymia and anxiety: compounded relationships? A psychometric study. *Eur Psychiatry* 1999;14:372-378.
61. Wise TN, Mann LS, Hill B. Alexithymia and depressed mood in the psychiatric patient. *Psychother Psychosom* 1990;54:26-31.
62. Wise TN, Nlann LS, Randell P. The stability of alexithymia in depressed patients. *Psychopathology* 1995;28:173-176.
63. Madioni F, Mammana LA. Toronto Alexithymia Scale in outpatients with sexual disorders. *Psychopathology* 2001;34:95-98.
64. Valera EM, Berenbaum H. A twin study of alexithymia. *Psychother Psychosom* 2001;70: 239-246.
65. Grabe HJ, Spitzer C, Freyberger HJ. Alexithymia and the temperament and character model of personality. *Psychother Psychosom* 2001;70:261-267.