

## Kalple ilişkili olmayan göğüs ağrısında aleksitimi, öfke ve bedensel duyumları büyütme\*

Medine YAZICI GÜLEÇ,<sup>1</sup> Çiçek HOCAOĞLU,<sup>2</sup> Mustafa GÖKÇE,<sup>3</sup> Kemal SAYAR<sup>4</sup>

### ÖZET

**Amaç:** Tüm dünyada ve farklı kültürel gruplar arasında bedensel belirtiler toplumsal sorunların ve duygusal sıkıntının en yaygın bireysel anlatımlarıdır ve göğüs ağrısı da tıbbi olarak açıklanamayan bedensel belirtilerin en sık görülenlerinden biridir. Bu çalışmada kardiyak etiyojoloji saptanamamış göğüs ağrısının bazı psikolojik etkenlerle olan ilişkisi incelenmesi amaçlanmıştır. **Yöntem:** Çalışmaya kardiyoloji polikliniğine göğüs ağrısı yakınması ile başvuran ve kardiyak etiyojoloji saptanamayan 70 hasta alındı. Seksen kişilik sağlıklı kontrol grubu yaş, cinsiyet, eğitim durumu açısından hasta grubuyla eşleştirilerek oluşturuldu. Her iki gruba Sosyodemografik Veri Toplama Formu, Toronto Aleksitimi Ölçeği, Spielberger Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği, Bedensel Duyumları Büyütme Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği verildi. **Bulgular:** Kalple ilişkili olmayan göğüs ağrısı (KİOGA) yakınması olan grubun anksiyete, depresyon, aleksitimi, bedensel duyumları büyütme, sürekli öfke ve içe dönük öfke puanları sağlıklı kontrol grubuna göre yüksek bulundu. **Sonuç:** Tıbben açıklanamayan belirtilerle ilişkili olduğu düşünülen aleksitimi, öfke ve bedensel duyumları büyütme kalple ilişkili olmayan göğüs ağrısı (KİOGA) hastalarında da yüksektir. Bu sonuçlar KİOGA hastalarında psikiyatrik değerlendirmenin önemini göstermektedir. Ek olarak bu hastalardaki psikolojik belirti profilinin anlaşılması KİOGA'nın tedavisinde önemli katkılar sağlayacaktır. (*Anadolu Psikiyatri Dergisi 2007; 8:14-21*)

**Anahtar sözcükler:** Tıbben açıklanamayan fiziksel belirti, kalple ilişkili olmayan göğüs ağrısı, aleksitimi, öfke

## Alexithymia, anger and somatosensory amplification with chest pain without cardiac etiology

### ABSTRACT

**Objective:** In the world and among different cultural groups, physical symptoms are the most common expressions of social problems and emotional inconvenience; chest pain is one of the most widely seen, medically unexplained physical symptoms. In this study, in patients with chest pain without detected cardiac etiology and comparison of some psychological factors with healthy control group were aimed. **Methods:** Seventy patients were included in the study who came to the cardiology clinic with the complaint of chest pain but did not have any detected cardiac etiology. The healthy control group of 80 person was organized by matching them with the patients according to their age, gender and education. To both of the groups, self-evaluation scales were given which included socio-demographical data collection form, Toronto-Alexithymia-Scale, State Trait Anger Scale, Somatosensory Amplification Scale, Beck Anxiety Inventory and Beck Depression Inventory. **Results:** In

\*13. Sosyal Psikiyatri Kongresi'nde sunulmuştur (22-25 Haziran 2006, Bursa).

<sup>1</sup> Uzm.Dr., Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İSTANBUL

<sup>2</sup> Yrd.Doç.Dr., Karadeniz Teknik Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı, TRABZON

<sup>3</sup> Doç.Dr., Karadeniz Teknik Üniversitesi Kardiyoloji Anabilim Dalı, TRABZON

<sup>4</sup> Doç.Dr., Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İSTANBUL

**Yazışma adresi:** Dr. Çiçek HOCAOĞLU, Karadeniz Teknik Üniv. Tıp Fak. Psikiyatri ABD, 61080 TRABZON  
E-posta: choacaoglu@superonline.com, cicekh@meds.ktu.edu.tr

noncardiac chest pain group, anxiety, depression, alexithymia, somatosensory amplification, trait anger and anger-in scores were higher than the healthy control group's scores. **Conclusion:** Alexithymia, anger and somatosensory amplification which are thought to be related with medically unexplained symptoms are high in noncardiac chest pain patients, either. These results show the importance of psychiatric evaluation in noncardiac chest pain patients. In addition, understanding the psychiatric symptom profile of these patients will make an important contribution to noncardiac chest pain treatment. (*Anatolian Journal of Psychiatry* 2007; 8:14-21)

**Key words:** medically unexplained physical symptoms, chest pain without cardiac etiology, alexithymia, anger

## GİRİŞ

Tüm dünyada ve farklı kültürel gruplar arasında bedensel belirtiler toplumsal sorunların ve duygusal sıkıntının en yaygın bireysel anlatımlarıdır.<sup>1</sup> Tıbbi olarak açıklanamayan bedensel belirtilerden biri olan göğüs ağrısına toplumda ve birinci basamak sağlık kurumlarına başvuran kişilerde oldukça sık rastlanmaktadır.<sup>2</sup> Göğüs ağrısı olan hastaların %50'den çoğuna kardiyologlar tarafından kalple ilişkili olmayan göğüs ağrısı (KİOGA) tanısı konmaktadır.<sup>2-8</sup> Göğüs ağrısı olan hastaların sadece üçte birine iskemik kalp hastalığı tanısı konmaktadır.<sup>2</sup> Angina benzeri belirtilerle kalp kateterizasyonu yapılan hastaların %10-30 kadarında koroner arterler normal bulunmaktadır. Bu hastaların çoğunda göğüs ağrısı sürmekte, sık sık acil servise başvurmakta ve hatta kalp kateterizasyonları yinelenmektedir.<sup>9</sup> KİOGA olan hastaların tıbbi prognozları iyi olmasına karşın, işlevsellikleri iyi değildir. Açıklanamayan göğüs ağrısı genellikle inatçıdır, uzun süreli fiziksel kısıtlılığa neden olur ve günlük etkinlikleri olumsuz olarak etkiler.<sup>4</sup> KİOGA olan hastaların %50-70'inde göğüs ağrısı süreklilik göstermektedir. Hastaların %19-51'i mesleksi, %46-100'ü işlevsel kayıp yaşar ve yüksek oranda hastane yatışı ve uygunsuz kardiyak ilaç alımını da içeren tıbbi değerlendirmelere maruz kalır.<sup>6,10,11</sup> Uzun zamandır organik etiyoloji saptanamayan ve çoğu kez atipik özellikler gösteren göğüs ağrısı olgularının başta panik bozukluğu ve depresyon olmak üzere, çeşitli özgül psikiyatrik bozuklukların bir bileşeni ya da eşlik eden bir belirtisi olarak değerlendirildiği görülmektedir.<sup>2,12-17</sup>

Birçok psikofizyolojik hastalıkta olduğu gibi, KİOGA'nda da aleksitiminin rolü tartışılmaktadır.<sup>18-20</sup> Aleksitimi, duyguları tanıma, onları ayırt etme ve tanımlama güçlüğü olarak bilinen bir kişilik özelliğidir.<sup>21,22</sup> Önceleri aleksitiminin klasik psikosomatik hastalıklarda ortaya çıkarıcı bir etken olabileceği inancı yaygınken, günümüzde bu görüş tıbben açıklanamayan belirtilerde aleksitiminin hazırlayıcı bir etken olabileceği haline gelmiştir.<sup>21</sup>

Öfke ve bastırılmış düşmanlık somatizasyon

gelişiminde çok önemli bir etken olarak tanımlanmıştır.<sup>23</sup> Anlatım biçimine göre, depresif bozukluktaki somatizasyonun öfke dışavurumuna, anksiyetede somatizasyonun öfkeyi bastırma ya da bastırılmaya bağlı olarak gelişebileceği belirtilmektedir. Araştırmalarda kronik ağrı yakınması olan hastaların öfke yaşadıklarına, ama bu durumu yadsımlarından dolayı gerekenden daha az önem verebildiklerine işaret edilmektedir.<sup>23</sup> Sağlıklı kontrol grubuna göre hastaların öfkeyi bastırma puanları yüksek bulunmakta, bu sonuçun ağrının ve yetersizliğin şiddetine bağlı olduğu görülmektedir.<sup>24</sup> Kronik ağrı hastalarında öfkeyi anlatım biçimi, hastalığın gelişmesinde ve sürmesinde etkili olabileceğinden, üzerinde durulması gereken konulardan biridir. Araştırmalar, öfkeyle baş etme biçiminin ve anlatım biçiminin önemine değinmektedir. Yoğun öfke bastırılırken kronik ağrının gelişmesine neden olmakta ve içe dönük öfke puanları sağlıklı kontrollere göre yüksek bulunmaktadır.<sup>25</sup> Barsky ve ark., bedenselleştirmede merkezi yatkinlaştırıcı etken olarak bedensel duyuları büyütme (somatosensory amplification) görüşünü ortaya atmışlardır.<sup>26</sup> Bu görüşe göre bedenselleştiren bireyler, normal bedensel duyularını yoğun, zararlı ve rahatsız edici biçimde algılama eğilimindedirler.<sup>27</sup> Bu durumun bedenselleştirme süreciyle ilişkili olduğu öne sürülmüştür. Büyütme üç unsurdan oluşur: 1. Bedensel duyuma artmış bir dikkat ve uyarılmışlık durumu, 2. Seçici olarak zayıf ve nadir bazı duyulara yoğunlaşma, 3. Bedensel duyulara onları daha rahatsız ve tehdit edici kılan duygulanım ve bilişlerle tepki verme.<sup>28</sup> Hipokondriyak hastaların bedensel duyuları büyütme puanlarının hipokondriyak olmayanlardan daha yüksek olduğu görülmüştür.<sup>27</sup> Majör depresif bozuklukta bedensel belirtilerin belirleyicilerinin araştırıldığı bir çalışmada, bedensel duyuları büyütmenin bedensel belirtilerin belirleyicilerinden olduğu gösterilmiştir.<sup>29</sup>

Bu çalışmada KİOGA olan hastalarla sağlıklı kontrol grubu arasında aleksitimi, öfkeyi anlatım biçimi ve bedensel duyuları büyütme açısından fark olup olmadığı araştırılmıştır.

## GEREÇ ve YÖNTEM

### Örneklem Grupları

Çalışmaya, 01 Mart-31 Aralık 2004 tarihleri arasında Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Polikliniği'ne göğüs ağrısı yakınması ile başvuran, kardiyolojik muayenesi ve kardiyak tetkikleri sonucunda göğüs ağrılarını açıklayacak organik herhangi bir neden saptanamayan hastalar alındı. Çalışma öncesi çalışma ile ilgili olarak yerel etik kuruldan izin alındı. Hastalara çalışmanın amacı ve gerekçeleri hakkında bilgi verildi ve aydınlatılmış onam formunu imzalayarak katılmayı kabul eden hastalardan 18-65 yaşları arasında olanlar çalışmaya alındı. Buna göre çalışmaya katılma ölçütlerini karşılayan göğüs ağrısı yakınması ile başvuran 70 hasta ve 80 sağlıklı gönüllü çalışmaya alındı. Psikotik bozukluk ya da demans saptanan, son 6 ay içinde psikiyatrik bozukluk ve psikotrop/analjezik ilaç kullanımı öyküsü olan hastalar çalışma dışında bırakıldı. Kontrol grubu, çalışmanın amacı ve gerekçesi hakkında bilgi verildikten sonra çalışmaya katılmaya gönüllü olan geçmişte ve halen herhangi kadriyak ve psikiyatrik bozukluk öyküsü olmayan, hastanede çalışan personel veya hasta refakatçisi olan kişiler arasından seçildi. Kontrol grubundaki kişiler, hasta grubundaki kişilerle yaş, cinsiyet ve eğitim açısından eşleştirilerek çalışmaya alındı. Çalışmaya alınan hasta ve gönüllülerin tümü çalışmayı tamamladı.

### Gereçler

*Sosyodemografik Veri Toplama Formu:* Hastalara yaş, eğitim, cinsiyet, medeni durum, ekonomik durum, hastalık süresi, başka tıbbi hastalığının varlığı, psikiyatrik bozukluğun varlığı, ailede psikiyatrik bozukluk öyküsü ve kullanmakta olduğu ilaç ve sürelerini araştıran soruları içeren form verildi.

*Toronto Aleksitimi Ölçeği:* Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20), kişinin kendi duygu ve heyecanlarını tanımaması olarak tanımlanan aleksitimiyi araştıran ölçektir. Yirmi maddeden oluşmuş, 1-5 arasında puanlanan Likert tipi bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Duyularını tanımada güçlük (TAS-1), duyguları söze dökmeye güçlük (TAS-2), dışa-dönük düşünme (TAS-3) alt ölçekleri vardır. Bireyden her madde için "hiçbir zaman", "nadiren", "bazen", "sık sık" ve "her zaman" seçeneklerinden en uygununu işaretlemesi istenir. Yüksek puanlar yüksek aleksitimik düzeyi gösterir. Bagby ve ark. tarafından geliştirilmiştir. Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirliği Sayar ve ark. tarafından yapılmıştır.

Anatolian Journal of Psychiatry 2007; 8:14-21

*Spielberger Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği (SÖÖİTÖ):* SÖÖİTÖ, öfke duygusunu ve anlatımını ölçmektedir. Otuz dört maddeden oluşmuş kendini değerlendirme ölçeğidir. Sürekli öfke (10 madde), öfke içe (8 madde), öfke dışa (8 madde) ve öfke kontrol (8 madde) alt ölçekleri vardır. Bireyin kendisinden yanıt olarak "hiç", "biraz", "oldukça" ve "tümüyle" seçeneklerinden en uygun olanı işaretlemesi istenir. Spielberger tarafından geliştirilmiş olup, ülkemizde güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Özer tarafından yapılmıştır.

*Bedensel Duyuları Büyütme Ölçeği (BDBÖ):* BDBÖ, kişilerin bedenselleştirirken kullandıkları büyütme/abartmayı ölçmek üzere geliştirilmiş bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Bir-beş arasında puanlanan 10 maddeden oluşmuştur. Yüksek puanlar yüksek büyütme düzeyini gösterir. Barsky ve ark. tarafından geliştirilmiş olup, Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirliği Sayar ve ark. tarafından yapılmıştır.

*Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ):* BAÖ, bireyin yaşadığı anksiyete belirtilerinin şiddetini ölçmektedir. Yirmi bir maddeden oluşan, 0-3 arasında puanlanan Likert tipi bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Kişiden her madde için "hiç", "hafif derecede", "orta derecede" ve "ciddi derecede" seçeneklerinden birini işaretlemesi istenir. Puan aralığı 0-63'tür. Toplam puanın yüksekliği kişinin yaşadığı anksiyetenin yüksekliğini gösterir. Beck ve ark. tarafından geliştirilmiş olup ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ulusoy ve ark. tarafından yapılmıştır.

*Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ):* BDÖ, depresyonda görülen bedensel, duygusal, bilişsel ve motivasyonel belirtileri ölçmektedir. Yirmi bir belirti kategorisini içeren kendini değerlendirme ölçeğidir. Bireyden her bir kategorideki dört seçenekten kendisine en uygun olanı işaretlemesi istenir. Beck ve ark. tarafından geliştirilmiş olup ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Hisli tarafından yapılmıştır.

### Uygulama

Çalışmanın yapıldığı tarihlerde göğüs ağrısı yakınması ile başvuran tüm hastalara Bruce veya Modifiye Bruce protokolü uygulandı. Egzersiz testi için General Electric Case marka treadmill egzersiz stres sistemi kullanıldı. Egzersiz boyunca total egzersiz süresi, kan basıncı, ST segment değişiklikleri kaydedildi. Hastalardan egzersiz boyunca olan tüm belirtileri bildirmeleri istendi. Uç dakikada bir her bir kademede ağrı veya başka belirti olup olmadığı soruldu. Göğüste veya kol, omuz ya da çeneye

yayılan ağrı, darlık, basınç, yanma veya doluluğun varlığı göğüs ağrısı olarak kaydedildi. Bu belirtilerin yokluğunda nefes darlığı, baş dönmesi veya yorgunluk göğüs ağrısı olarak kabul edilmedi. Elde edilen elektrokardiyogram (EKG) traseleri hasta grubuna kör iki kardiyolog tarafından değerlendirildi. Bu teste göre test sırasında iskemik tipte göğüs ağrısı olanlar, horizontal ya da downsloping tarzda ST segment değişikliği gösterenler, kan basıncında düşme gözlenen olgular iskemi açısından pozitif kabul edilerek çalışma dışında bırakıldı. Çalışmanın gerçekleştirildiği tarihlerde göğüs ağrısı yakınması ile toplam 308 kişi başvurmuş ve bunlardan 112'sinde herhangi bir organik neden saptanamamıştır. Organik neden saptanmayan 112 olgunun tümüne çalışma ile ilgili bilgi verilmiş, ancak 19 olgu kendi istekleri ile çalışmaya katılmak istememişlerdir. Yirmi üç olgu ise çalışma ölçütlerini karşılamadıkları gerekçe-si ile çalışmaya alınmamıştır. Çalışmanın ölçütlerini karşılayan ve aydınlatılmış onam formunu doldurarak çalışmaya katılmayı kabul eden hastalara sosyodemografik veri toplama formu, TAÖ-20, SÖÖİTÖ, BDBÖ, BDÖ ve BAÖ'ni içeren test bataryası verildi. Tüm batarya kendini değerlendirme formu niteliğinde olup, hastaların testleri yalnız sakin bir ortamda doldurmalarına dikkat edildi. Sağlıklı kontrol

grubundaki gönüllü kişilere de test bataryası aynı şekilde uygulandı.

#### İstatistiksel değerlendirme

Bu çalışma sonucunda elde edilen verilerin istatistiksel değerlendirmesi için Windows 10.0 için SPSS paket programı kullanıldı. Sayımla elde edilen verilerin analizi ki-kare testi ile yapıldı. Sayısal verilerin normal dağılıma uygunluğu her bir grupta Kolmogorov Smirnov testi ile değerlendirildi. Normal dağılıma uyan veriler için Student-t testi, uymayan veriler için Mann Whitney-U testi kullanıldı. Aleksitimi puanlarının depresyon ve anksiyeteden etkilendiği bilindiği için karşılaştırma işlemi kovaryans analizi ile tekrarlandı. Bu karşılaştırma için BAÖ ve BDÖ puanları kovaryant olarak kullanıldı. Sayımla elde edilen veriler sayı ve yüzde, ölçümle elde edilen veriler aritmetik ortalama± standart sapma olarak gösterildi. Anlamlılık düzeyi  $p<0.05$  olarak alındı.

#### BULGULAR

Çalışmayı KİOGA olan 70 kişi, sağlıklı kontrol grubunda ise 80 kişi tamamladı. Çalışmaya katılan iki grubun sosyodemografik özelliklerinin dağılımı Tablo 1'de gösterilmektedir. İki grup arasında sosyodemografik özellikler açısından anlamlı fark saptanmadı ( $p>0.05$ ) (Tablo 1).

**Tablo 1.** KİOGA ve kontrol grubunun sosyodemografik özellikleri

	KİOGA (n=70)		Kontrol (n=80)		p
	Sayı	%	Sayı	%	
Yaş (mean±SD)	36.4±10.6		38.3±9.9		0.260
Cinsiyet					
Kadın	34	48.6	44	55.0	0.432
Erkek	36	51.4	36	45.0	
Medeni durum					
Evli	52	74.3	58	72.5	0.159
Bekar	18	25.7	18	22.5	
Diğer	0	0	4	5.0	
Eğitim durumu					
İlköğretim	32	45.7	24	30.0	0.139
Lise	24	34.3	35	43.8	
Yüksekokul	14	20.0	21	26.3	
Ekonomik Durum					
İyi	7	10.0	6	7.5	0.846
Orta	60	85.7	71	88.8	
Kötü	3	4.3	3	3.8	

## 18 Kalple ilişkili olmayan göğüs ağrısında aleksitimi, öfke ve bedensel duyuları büyütmeye

Kontrol grubu ve KİOGA grubunun ortalama BDBÖ, BDÖ, BAÖ, SÖÖİTÖ değerleri Tablo 2'de gösterilmiştir. Buna göre BDBÖ ortalama puanı sağlıklı grupta  $29.95 \pm 7.9$ , KİOGA grubunda  $31.2 \pm 8.1$  olarak bulundu. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ( $p < 0.05$ ). BAÖ ortalama puanı kontrol grubunda  $11.66 \pm 9.8$ , KİOGA grubunda  $29.6 \pm 14.8$  olarak bulunmuş ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ( $p < 0.05$ ). BDÖ ortalama puanı kontrol grubunda  $7.79 \pm 6.1$ , KİOGA

grubunda  $16.89 \pm 9.7$  olarak bulundu. İki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p < 0.05$ ). Sürekli öfke ortalama puanı kontrol grubunda  $19.9 \pm 5.4$ , KİOGA grubunda  $24.05 \pm 7.2$ ; öfke içe puanları kontrol grubunda  $15.38 \pm 4.2$ , KİOGA grubunda  $19.00 \pm 4.9$  olarak bulundu. Kontrol grubu ve KİOGA grubu arasında sürekli öfke, öfke içe değerlerinde anlamlı fark saptandı ( $p < 0.05$ ). Öfke dışı ve öfke kontrolünde ise anlamlı fark yoktu ( $p > 0.05$ ).

**Tablo 2.** KİOGA ve kontrol gruplarının ölçek ortalama puanlarının karşılaştırılması

Ölçekler	Kontrol grubu Ort. $\pm$ SD	KİOGA grubu Ort. $\pm$ SD	p
BDÖ	$07.79 \pm 6.1$	$16.89 \pm 9.7$	0.000
BAÖ	$11.67 \pm 9.8$	$29.60 \pm 14.8$	0.000
BDBÖ	$29.95 \pm 7.9$	$31.20 \pm 8.1$	0.000
Sürekli öfke	$19.90 \pm 5.4$	$24.06 \pm 7.2$	0.000
Öfke içe	$15.38 \pm 4.2$	$19.00 \pm 4.9$	0.000
Öfke dışı	$16.05 \pm 4.3$	$17.10 \pm 4.8$	0.159
Öfke kontrol	$22.75 \pm 5.1$	$21.16 \pm 5.0$	0.057

Kontrol grubu ve KİOGA grubunun TAÖ sonuçları Tablo 3'te gösterilmiştir. TAÖ-1 ortalama puanı kontrol grubunda  $13.19 \pm 5.1$ , KİOGA grubunda  $20.14 \pm 6.9$ ; TAÖ-2 ortalama puanı kontrol grubunda  $11.95 \pm 3.8$ , KİOGA grubunda  $14.17 \pm 4.4$ ; TAÖ-3 ortalama puanı kontrol grubunda  $20.45 \pm 3.9$ , KİOGA grubunda  $21.97 \pm 4.3$ ; TAÖ-toplam ortalama puanı kontrol grubunda

$45.71 \pm 9.2$ , KİOGA grubunda  $56.07 \pm 12.8$  idi. Kontrol grubu ve KİOGA grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ( $p < 0.05$ ). Anksiyete ve depresyon puanlarına göre düzeltilmiş aleksitimi puanları karşılaştırıldığında iki grup arasında anlamlı fark saptanmadı ( $p > 0.05$ ).

**Tablo 3.** KİOGA ve kontrol gruplarının TAÖ puanlarının karşılaştırılması

	KİOGA grubu Ort. $\pm$ SD	Kontrol grubu Ort. $\pm$ SD	Aleksitimi puanları için p değeri	Düzeltilmiş aleksitimi puanları için p değeri
TAÖ-1	$13.19 \pm 5.1$	$20.14 \pm 6.9$	0.000	0.968
TAÖ-2	$11.95 \pm 3.8$	$14.17 \pm 4.4$	0.001	0.164
TAÖ-3	$20.45 \pm 3.9$	$21.97 \pm 4.3$	0.024	0.809
TAÖ-toplam	$45.71 \pm 9.2$	$56.07 \pm 12.8$	0.000	0.420

### TARTIŞMA

Bu çalışma, kardiyoloji polikliniğine göğüs ağrısı yakınması ile başvuran ve kardiyak patolojik

bulgu saptanmayan 70 hasta ile yürütülmüştür. Seksen kişiden oluşan sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırıldığında KİOGA grubunda BDÖ,

BAÖ, BDBÖ, sürekli öfke, öfke-içe puanlarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır. TAÖ ile ölçülen aleksitimi puanları KİOGA grubunda anlamlı düzeyde yüksek bulunmasına karşın, anksiyete ve depresyon puanlarına göre düzeltilmiş aleksitimi düzeylerinde gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

KİOGA grubunun BAÖ ve BDÖ puanları kontrol grubundan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Bu sonuç literatürle uyumludur.<sup>7,18,39</sup> Buna göre göğüs ağrısı herhangi bir organik etiyojiye bağlı olmayan bireylerin depresyon ve anksiyete belirtileri açısından riskli olduğu söylenebilir.

KİOGA olan hastalarda BDBÖ ile ölçülen bedensel duyuları büyütme puanlarına bakıldığında kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı yükseklik saptanmıştır. Bu sonuç KİOGA'nın ruhsal bir sıkıntının bedensel yansıması olabileceği görüşünü desteklemektedir. Somatizasyon alanında yapılan diğer çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir.<sup>27-29,40</sup> Literatürde göğüs ağrılı hastalarda bedensel duyuları büyütme düzeyinin ölçüldüğü yalnız iki çalışma vardır. Lumley ve ark.larının çalışmasında KİOGA olan hastalar egzersiz testi ile değerlendirilmiştir. Test sırasında ağrısı olan, fakat iskemisi olmayan grupta BDBÖ puanları ağrısı ve iskemisi olmayan gruptan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.<sup>41</sup> Bulgularımız bu çalışma ile uyumludur. Diğer çalışmada ise, kalple ilişkili göğüs ağrısı ve KİOGA olan hastalar panik bozukluğu varlığına göre iki gruba ayrılmış ve panik bozukluğunun belirleyicileri araştırılmıştır. Panik bozukluğu olan grupta BDBÖ puanları yüksek bulunmuştur. Ancak bu çalışmadaki gruplar göğüs ağrısı açısından heterojendir.<sup>39</sup>

Çalışmamızda KİOGA hastalarında içe dönük öfke ve sürekli öfke puanları sağlıklı gruba göre yüksek bulunmuştur. Öfke ve bastırılmış düşmanlık, somatizasyon gelişiminde çok önemli bir etken olarak tanımlanmaktadır. Anksiyetede somatizasyonun öfkenin bastırılmasına bağlı olarak gelişebileceği belirtilmektedir.<sup>23</sup> Yoğun öfke bastırılırken kronik ağrının gelişmesine neden olmakta ve içe dönük öfke puanları sağlıklılara göre yüksek bulunmaktadır. Somatizasyon gelişiminde çok önemli bir etken olarak tanımlanan öfkenin hastalığın kronikleşmesinde de rol oynadığı belirtilmektedir.<sup>25</sup>

Göğüs ağrısı yakınması olan hastalarda öfke puanlarının da değerlendirildiği Lumley ve ark.nın çalışmasında egzersiz sırasında göğüs ağrısı olan fakat iskemisi olmayan grupta içe dönük öfke puanları, hem egzersiz testi sırasında

da iskemisi olan gruptan hem de egzersiz testi sırasında ne iskemisi ne de ağrısı olan gruptan yüksek bulunmuştur.<sup>41</sup> Tennant ve ark. göğüs ağrılı hastaları talyum perfüzyon sintigrafisi sonuçlarına göre gruplandırmıştır. Normal talyum perfüzyon sintigrafisi olan ve eski miyokard enfarktüsü olup yeni iskemisi olmayan gruplarda içe dönük öfke puanları yeni iskemisi olan gruptan yüksek bulunmuştur.<sup>19</sup> Her iki çalışmada da sağlıklı kontrol grubuyla karşılaştırma yapılmamıştır. Çalışmamızda KİOGA hastaları sağlıklı grupla karşılaştırılmış ve hem içe dönük öfke, hem de sürekli öfke puanları yüksek bulunmuştur.

Aleksitimi ile KİOGA ilişkisi ile ilgili literatür bilgileri çelişkilidir. Koroner arter hastalığı olmayan fakat egzersiz testi sırasında göğüs ağrısı olan hastalarla göğüs ağrısı olmayanların karşılaştırıldığı bir çalışmada, aleksitiminin, özellikle duyguları tanımada ve tanımlamada güçlük çekmenin artmış hastalık davranışı ile ilişkili olduğu belirtilmiştir.<sup>20</sup> Bu çalışma çalışmamızdaki bulgularla uyumludur. Göğüs ağrısında psikolojik belirti profilinin değerlendirildiği bir başka çalışmada ise, hastalar talyum sintigrafisi normal olanlar, yeni miyokard enfarktüsü geçirenler ve eski miyokard enfarktüsü olup yeni iskemisi olmayanlar şeklinde üç gruba ayrılmıştır. Gruplar arasında aleksitimi açısından fark bulunmamıştır.<sup>19</sup> Yakın zamanda yapılan başka bir çalışmada ise, yine koroner arter hastalığı olan ve olmayan göğüs ağrılı hastalar karşılaştırılmış ve iki grup arasında aleksitimi açısından anlamlı fark saptanmamıştır.<sup>18</sup> Ancak son iki çalışmada çalışmamızdan farklı olarak KİOGA hastaları sağlıklı kontrollerle değil, koroner arter hastaları ile karşılaştırılmıştır.

Aleksitiminin depresyon ve anksiyete ile ilişkili olduğuna ilişkin görüşler giderek güç kazanmaktadır. Sağlıklı topluluklarda yapılan çalışmalar bu görüşü desteklemektedir. Aleksitimi ciddi bedensel hastalıklara ikincil olabileceği gibi, ruhsal bozukluklara da ikincil olabilir.<sup>21,42,43</sup> Çalışmamızda bulunan anlamlı sonuçların depresyon ve anksiyete puanlarının yüksekliği ile ilişkili olabileceği düşünülerek kovaryans analizi yapılmış ve düzeltilmiş aleksitimi skorları hesaplanmıştır. Sonuçlar KİOGA hastalarının aleksitimik olduklarını, fakat bu durumun yüksek anksiyete ve depresyon düzeyleri ile ilişkili olduğunu göstermektedir.

Sonuçlarımız KİOGA hastalarının yüksek anksiyete ve depresyon düzeylerine bağlı olarak daha aleksitimik olduklarını, bedensel duyularını büyüttüklerini göstermektedir. Ayrıca

hastaların sürekli öfke puanları yüksek bulunmuş ve öfkelerini daha fazla içe yönettikleri görülmüştür. Buna bağlı olarak KİOGA'nda öfkenin etiyolojik bir rolünün olabileceği düşünülebilir. Aleksitimik yapı ve artmış bedensel farkındalık ise, hastaların bedensel yakınmalarının sürmesinin ve bu hastaların psikiyatrik tedavi alamadan kardiyoloji ve diğer poliklinik-

lere yineleyen başvurularının nedeni olabilir. Çalışmamızın KİOGA olanların sadece sağlıklı gönüllülerle karşılaştırılıp, koroner arter hastaları ile karşılaştırılmaması gibi önemli kısıtlılığına rağmen, sonuçları itibari ile bu alanda yapılacak olan daha büyük örneklem içeren çalışmalara ışık tutacağı inancındayız.

### KAYNAKLAR

1. Kirmayer LJ, Young A. Culture and somatization: clinical, epidemiological and ethnographic perspectives. *Psychosom Med* 1998; 60:420-430.
2. Mayou R. Invited review: atypical chest pain. *J Psychosom Res* 1989; 33:393-406.
3. Mayou R. Chest pain, palpitations and panic. *J Psychosom Res* 1998; 44:53-70.
4. Van Peski-Oosterbaan AS, Spinhoven P, van der Does AJW, Bruschke AV. Noncardiac chest pain: interest in a medical psychological treatment. *J Psychosom Res* 1998; 45:471-476.
5. Fleet RP, Dupuis G, Marchand A, Kaczorowski J, Burelle D, Arsenault A et al. Panic disorder in coronary artery disease patients with noncardiac chest pain. *J Psychosom Res* 1998; 44:81-90.
6. Esler JL, Bock BC. Psychological treatments for noncardiac chest pain: recommendations for a new approach. *J Psychosom Res* 2004; 56:263-269.
7. Srinivasan K, Joseph W. A study of lifetime prevalence of anxiety and depressive disorders in patients presenting with chest pain to emergency medicine. *Gen Hosp Psychiatry* 2004; 26:470-474.
8. Fleet RP, Dupuis G, Kaczorowski J, Marchand A, Beitmann BD. Suicidal ideation in emergency department chest pain patients: panic disorder a risk factor. *Am J Emerg Med* 1997; 15:345-349.
9. Varia I, Logue E, O'connor C, Newby K, Wagner HR, Davenport C et al. Randomized trial of sertraline in patients with unexplained chest pain of noncardiac origin. *Am Heart J* 2000; 140:367-372.
10. Mayou RA, Bryant B, Forfar C. Non-cardiac chest pain and benign palpitations in the cardiac clinic. *Br Heart J* 1994; 72:548-553.
11. Potts SG, Bass CM. Psychosocial outcome and use of medical resources in patients with chest pain and normal or near-normal coronary arteries: a long-term follow-up study. *Quart J Med* 1993; 86:583-593.
12. Kellner R. Functional somatic symptoms and hypochondriasis. *Arch Gen Psychiatry* 1985; 42:821-833.
13. Uhde TW, Nemiah JC. Panic and generalized anxiety disorders. H Kaplan, B Sadock (eds), *Comprehensive Textbook of Psychiatry, fifth ed.*, Baltimore, Williams and Wilkins, vol. 2. 1989, p.952-972.
14. Bass C. Unexplained chest pain and breathlessness. *Med Clin North Am* 1991; 75:1157-1173.
15. Bass C, Wade C. Chest pain with normal coronary arteries: a comparative study of psychiatric and social morbidity. *Psychol Med* 1984; 14:51-61.
16. Levenson JL. Cardiovascular disease. Stoudermire, Fogel (eds), *Principles of Medical Psychiatry*, Orlando, Grune and Stratton, 1987, p.477-493.
17. Chambers J, Bass C. Chest pain with normal coronary anatomy: a review of natural history and possible etiologic factors. *Prog Cardiovasc Dis* 1990; 23:161-184.
18. Dammen T, Arnesen H, Ekeberg O, Friis S. Psychological factors, pain attribution and medical morbidity in chest-pain patients with and without coronary artery disease. *Gen Hosp Psychiatry* 2004; 26:463-469.
19. Tennant C, Mihailidou A, Scott A, Smith R, Kellow J, Jones M et al. Psychological symptom profiles in patients with chest pain. *J Psychosom Res* 1994; 38:365-371.
20. Lumley MA, Tomakowsky J, Torosian T. The relationship alexithymia to subjective and biomedical measures of disease. *Psychosomatics* 1997; 38:497-502.
21. Kooiman CG. The status of alexithymia as a risk factor in medically unexplained physical symptoms. *Compr Psychiatry*, 1998; 39:152-159.
22. Taylor GJ. Recent developments in alexithymia theory and research. *Can J Psychiatry* 2001; 45:134-142.
23. Koh KB. Anger and somatization. *J Psychosom Res* 2003; 55:113.
24. Greenwood KA, Thurston R, Rumble M, Waters SJ, Kefe FJ. Anger and persistent pain: current status and future directions. *Pain* 2003; 103:1-5.
25. Sayar K, Bilen A, Arkan M. Kronik ağrı hastalarında öfke, benlik saygısı ve aleksitimi. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri* 2001; 2:36-42.

26. Barsky AJ, Goodson JD, Lane RS, Cleary PD. The amplification of somatic symptoms. *Psychosom Med* 1988; 50:510-519.
27. Barsky AJ, Wyshak G, Klerman GL. The somatosensory amplification scale and its relationship to hypochondriasis. *J Psychiatr Res* 1990; 24:323-334.
28. Barsky AJ. Amplification, somatization, and the somatoform disorders. *Psychosomatics* 1992; 3:28-34.
29. Sayar K, Kirmayer LJ, Taillefer SS. Predictors of somatic symptoms in depressive disorder. *Gen Hosp Psychiatry* 2003; 25:108-114.
30. Bagby RM, Taylor GJ, Parker JDA. The 20-Item Toronto-Alexithymia-Scale-2. Convergent, discriminant and concurrent validity. *J Psychosom Res* 1994; 38:33-40.
31. Sayar K, Güleç H, Ak İ. Yirmi soruluk Toronto Aleksitimi Ölçeği'nin güvenilirliği ve geçerliği. 37. Ulusal Psikiyatri Kongresi Bilimsel Çalışmalar Özet Kitabı, İstanbul, 2001.
32. Spielberger CD, Johnson EH, Russel FS, Crane RJ, Jacobs GA, Worden TJ. Assessment of anger: the state trait anger scale. JN Butcher, CD Spielberger (eds), *Advances in Personality Assessment*, vol. II, Hillsdade NJ, LEA, 1983, p.159-187.
33. Özer AK. Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçekleri ön çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi* 1994; 31:26-35.
34. Sayar K, Güleç H, Topbaş M. Bedensel duyumları büyütme ölçeğinin güvenilirliği. 39. Ulusal Psikiyatri Kongresi Kitabı, 14-19 Ekim 2003, Antalya, 2003, s.659.
35. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *J Consult Clin Psychol* 1988; 56:893-897.
36. Ulusoy M, Sahin NH, Erkmen H. Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: psychometric properties. *J Cogn Psychother* 1998; 12:163-172.
37. Beck AT, Waed CH, Mendelson M. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4:561-571.
38. Hisli N. Beck Depresyon Ölçeği'nin bir Türk örnekleminde geçerlilik ve güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi* 1988; 6:118-122.
39. Dammen T, Ekeberg O, Arnesen H, Friis S. The detection of panic disorder in chest pain patients. *Gen Hosp Psychiatry* 1999; 21:323-332.
40. Spinhoven P, Van Der Does AJ. Somatization and somatosensory amplification in psychiatric outpatients: an explorative study. *Compr Psychiatry* 1997; 38:93-97.
41. Lumley MA, Torosian T, Ketterer MW, Pickard SD. Psychosocial factors related to noncardiac chest pain during treadmill exercise. *Psychosomatics* 1997; 38:230-238.
42. De Gucht V, Heiser W. Alexithymia and somatization: a quantitative review of the literature. *J Psychosom Res* 2003; 54:425-434.
43. Deary IJ, Scoot S, Wilson JA. Neuroticism, alexithymia and medically unexplained symptoms. *Personal Individ Differ* 1997; 22:551-564.