



ARAŞTIRMA / RESEARCH

İnfertilite tanılı kadın hastalarda mizaç özellikleri, aleksitimi, psikiyatrik belirtiler ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi

Evaluation of temperament/personality traits, alexithymia, psychiatric symptoms, and quality of life in female patients diagnosed with infertility

Sevler Yıldız¹, Kerim Uğur², Erdinç Sarıdoğan³, Fatma Hilal Yağın⁴, Mustafa Akkuş⁵

¹Tunceli Devlet Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, ³Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Tunceli, Turkey

²Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Malatya, Turkey

⁴İnönü Üniversitesi. Biyoistatistik ve Tıp Bilişimi, Malatya, Turkey

⁵Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Erzincan, Turkey

Cukurova Medical Journal 2020;45 (3):1099-1107

Abstract

Purpose: The aim of this study was to compare the temperament/personality characteristics, alexithymia, psychiatric symptoms, and quality of life of a group of infertile women with the healthy control group, and thus to provide a basis for assessing the possible causal relationship between the phenomenon of infertility and these characteristics.

Materials and Methods: Seventy-five women between 18-49 years of age who were diagnosed with infertility in the obstetrics outpatient clinic were included in the patient group and 75 healthy female individuals in the control group. Beck Depression Inventory, State Trait Anxiety Scale (STAI I-II), Quality of Life Scale, TEMPS Temperament Scale, and Toronto Alexithymia Scale were administered to all participants, and a semi-structured interview form was employed to question the clinical-sociodemographic characteristics.

Results: Depression and anxiety scores of the patient group were higher than the control group's scores and the differences were statistically significant. The quality of life scale scores of the patient group were found to be lower in each sub-scale, and the differences were statistically significant. The Temps-A sub-scales scores of the patient group were higher with statistically significant differences.

Conclusion: Our findings support the need to investigate the possible accompanying psychosocial disorders in women receiving infertility treatment. The psychological support will be important for this group of women in terms of positively affecting the outcome during the treatment process

Keywords: Infertility, temperament/personality, , quality of life

Öz

Amaç: Bu çalışmada bir grup infertil kadının mizaç özellikleri, aleksitimi, psikiyatrik belirtiler ve yaşam kalitesinin sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırılması, dolayısıyla infertilite fenomenolojisi ile bu özellikler arasındaki olası nedensel ilişkinin değerlendirilmesine bir temel oluşturulması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Kadın hastalıkları ve doğum polikliniğinde infertilite tanısı konulan, 18-49 yaş aralığında, daha önceden psikiyatrik viziti ve tedavi öyküsü olmayan, 75 infertilite tanılı kadın hasta grubu olarak alınmıştır. 75 sağlıklı kadın birey, kontrol grubu olarak alındı. Tüm katılımcılara Beck Depresyon Ölçeği, Durumluk Sürekli Kaygı Ölçeği (Stai 1/2), Yaşam Kalitesi Ölçeği, TEMPS Mizaç Ölçeği ve Toronto Aleksitimi Ölçeği klinik-sosyodemografik özellikleri sorgulayan yarı yapılandırılmış görüşme formu uygulandı.

Bulgular: Hasta grubunun anksiyete ve depresyon puanlarının kontrol grubu puanlarına göre daha yüksek olduğu saptandı. Yaşam kalite ölçeği alt ölçeklerinin her birinde hasta grubunun puanları daha düşüktü. Temps-A alt ölçeklerinin birinde hasta grubunun puanları anlamlı olarak daha yüksekti.

Sonuç: Bulgularımız infertilite tedavisi gören kadınlarda eşlik edebilecek psikososyal rahatsızlıkları araştırılması gerektiğini desteklemektedir. Bu grup kadınların tedavisi sürecinde sonucu olumlu yönde etkilemesi açısından psikolojik desteğin önemli olacağını düşünmekteyiz.

Anahtar kelimeler: İnfertilite, mizaç, yaşam kalitesi

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Kerim Uğur, Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Malatya, Turkey E-mail: premirek@gmail.com

Geliş tarihi/Received: 23.02.2020 Kabul tarihi/Accepted: 15.06.2020 Çevrimiçi yayın/Published online: 30.08.2020

GİRİŞ

Bir yıl boyunca düzenli, korunmasız cinsel ilişkiden sonra gebe kalmama durumu infertilite olarak tanımlanır. Dünyada üreme çağındaki çiftlerin %8-30'u infertilidir¹. Gebe kalmaya çalışıp başarısız olan kadınlarda kendi bedenlerine karşı öfke ve kızgınlık duyguları oluşabilmektedir. Her menstruel döngüsünde gebe kalamadığını gören kadın derin bir hayal kırıklığı yaşamaktadır. Özellikle çocukların veya duyarsız yorumlar yapan diğer insanların yanında kendini kötü hissedebilir hatta damgalanmış olduklarını düşünebilirler. Gebe kalma ve sağlıklı bebek dünyaya getirme garantisi olmadan birçok ilaç tedavisinin yanında, zaman ve para harcanan tedavi yöntemleri kadınları ruhsal açıdan oldukça zorlayabilmektedir. Bazen kadınlar, damgalanma endişesi sebebiyle üreme tedavi sürecini yakınlarına söylemediklerinden ruhsal ve sosyal destek almaları oldukça zorlaşmaktadır^{2,3}.

İnfertilite ile anksiyete bozuklukları ve depresif bozukluklar arasında bir bağlantı olduğu da bildirilmiştir^{4,5}. İnfertil kadınlarda intihar düşüncesi riskinin arttığı da bildirilmiştir⁶. Kadınlar anksiyete, depresyon gibi ruhsal sorunları üreme tedavisi sürecinde de yaşamaktadır. Psikiyatrik bulgular sık görülmesine rağmen infertil kadınların psikiyatrik destek almak için müracaatların az olduğu bilinmektedir^{7,8}.

Cloninger ve arkadaşları tarafından kişiliğin iki temel bileşeni olan mizaç ve karakter yeniden tanımlanmıştır. Mizaç duygusal uyarılara doğuştan belli bir şekilde otomatik tepki gösterme eğilimi; kişilik ise bireyin göreceli olarak değişmeyen, dışarıdan nesnel olarak gözlenebilen davranışları ve öznel olarak bildirilen iç deneyimleri olarak ifade edilmiştir. Ayrıca kişilik, bireyin çevresi ile karşılıklı ilişkileri devam ettirmek için istemli veya istem dışı geliştirdiği tepki ve yanıt davranışlarını da kapsamaktadır⁹. İnfertil kadınlarda mental durumun fertil gruba göre daha az stabil olduğu ve bunun mizaç özellikleriyle bağlantılı olduğu gözlenmiştir¹⁰.

Aleksitimi, duyguları bedensel duyumlardan ayırt etme zorluğu, duyguları tanımlama ve sözcikleştirme zorluğu, dışsal düşünme tarzı, fantezi yaşamı yoksulluğu ve zayıf empati olmak üzere beş özellikten oluşan bir kişilik örüntüsüdür. Bu kişilik yapısı, kaygı, depresyon, psikosomatik hastalıklar gibi çeşitli fiziksel ve zihinsel sağlık sorunları için risk faktörüdür^{11,12}. Yapılan çalışmalarda aleksitimi

düzeyi, infertil kadınlarda fertil kadınlardan anlamlı derecede yüksek bulunmuştur¹³.

İnfertilite ile ruhsal belirti ve bulgular arasındaki ilişki birçok çalışmada incelenmiştir. Araştırmaların çoğu infertilite ile ruhsal belirtiler arasında ciddi bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur. ABD' de yaşayan infertil kadınların anksiyete düzeylerinin yüksek olduğu gösterilmiştir¹⁴. Yine Tayvan'da infertilite nedeniyle tedavi edilen kadınların % 23' ünün bir anksiyete bozukluğu, %17'sinin majör depresif bozukluk ve %10' unun distimik bozukluk için tanı kriterlerini karşıladığını bildirmiştir¹⁵.

Yaşam kalitesi, yaşamdan elde edilen hoşnutluk olarak tanımlanabileceği gibi; bireylerin kültür ve değerlerine bağlı olarak kendi durumlarını algılayış biçimleri olarak da ifade edilebilir¹⁶. İnfertilite; kadınların cinsel ve sosyal yaşamlarını dolayısıyla eş, aile, arkadaş ve çevreleri ile ilişkilerini etkilemektedir. İnfertil bireyler çevrelerindeki insanların çocuk sahibi olma ile ilgili sorularına sık sık maruz kalmakta ve bu da onları kaçma, saklanma davranışlarına ve sosyal izolasyona itmekte böylece kişilerin yaşam kaliteleri azalmaktadır¹⁷.

İnfertil kadınların psikiyatrik değerlendirilmesindeki amaç; komorbid psikiyatrik tanıları açığa çıkarmak ve varsa tedavi etmek, bireyleri infertilite tedavisine hazırlamak, gözden kaçmış olabilecek duygusal sorunları gündeme getirmek ve gerekiyorsa ruhsal açıdan destek sağlamaktır. Yaptığımız çalışmalarda infertil kadınlarda mizaç özellikleri, aleksitimi, psikiyatrik belirtiler ve yaşam kalitesinin birlikte değerlendirildiği çalışmaya rastlayamadık. Bu araştırmanın infertil kadınlarda psikiyatrik komorbidite varlığının araştırılması ve infertilite tedavisinde psikiyatrik desteğin gerekliliği açısından literatüre katkısı olacağını düşünmekteyiz.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın yürütülmesi için etik kurul Munzur Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulundan 30/05/2019-E.1745 evrak tarih ve sayısı ile alınmıştır. Araştırmacılar tarafından infertil kadınlara araştırmanın amacı hakkında bilgi verilmiş ve sözlü onam alınmıştır. Ayrıca hastaların katılımı reddetme ya da araştırmanın herhangi bir aşamasında geri çekilme hakları olduğu belirtilmiş ve çalışma verilerinin gizli tutulacağı konusunda bilgi verilmiştir. Çalışmamıza 18-49 yaşları arasında olup Tunceli Devlet Hastanesi kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine başvuran, yapılan tetkikler sonucunda

kadın hastalıkları ve doğum uzmanı tarafından infertilite tanısı konulan ve çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden 84 infertil evli kadın ardışık olarak alındı. Bu hastalardan 4 tanesi çalışmaya katılmayı kabul etmedi. 5 hasta ölçekleri yeterli düzeyde doldurmadığı için çalışmadan çıkarıldı. 'Anketlere ve ölçeklere cevap vermeyi engelleyebilecek düzeyde işitme ve konuşma bozukluklarına sebep olabilecek fiziksel hastalıklar ve mental retardasyon ve aktif psikoz şeklinde ruhsal hastalığı olması ve okur yazar olmaması dışlama kriteri olarak kabul edildi. Ayrıca hasta grubuyla yaş ve cinsiyet açısından benzer sosyodemografik özellikleri taşıyan ve gönüllü olarak çalışmaya katılmayı kabul eden 75 infertil olmayan evli kadın birey, kontrol grubu olarak alındı. Hastalar psikiyatrist tarafından değerlendirildikten sonra Beck Depresyon Ölçeği, Durumluk Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI-I, STAI-II), Yaşam Kalitesi Ölçeği, TEMPS Mizaç Ölçeği ve Toronto Aleksitimi Ölçeği ve klinik-sosyodemografik özellikleri sorgulayan yarı yapılandırılmış görüşme formu uygulandı.

Veri toplama araçları

Sosyodemografik Veri Formu

Hasta ve kontrol grubunun genel bilgilerini içermektedir. İlk başvuruda uygulanan bu formda yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, yaşadığı yer, meslek grubu, hastalığın başlangıç yaşı, hastalık süresi ve genişletilmiş özürüllük durumu yer almaktadır.

TEMPS-A Mizaç Ölçeği

Türkçe'ye uyarlanmış şekli depresif, hipertimik, sinirli, siklotimik ve endişeli mizaçları belirlemek için 99 maddeden oluşur. Her alt tipten alınan puan, o alt tip için hesaplanmış olan kesme noktasının üzerinde ise, kişinin o mizaç baskın olarak taşıdığı varsayılır. Birden fazla mizaç kesme puanı geçildiğinde, birden fazla baskın mizaç varlığından bahsedilir. Türkçe çevirinin test - tekrar test güvenilirliği yapılmıştır¹⁸. Türkçe çevirinin test-test tekrar güvenilirliği 0,73 ile 0,93 ve cronbach-alpha kat sayısı 0.75-0.84 arasındadır¹⁸.

Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20)

Aleksitimi düzeyini araştıran, Likert tipi 1-5 arası puanlanan ve 20 maddeden oluşmuş bir kendini değerlendirme ölçeğidir¹⁹. Ölçeğin duygularını tanımada güçlük (TAÖ-F1), duygularını söze dökmeye güçlük (TAÖ-F2), dışa-dönük düşünme (TAÖ-F3) alt ölçekleri vardır. Bu alt ölçeklerin

cronbach-alpha kat sayısı sırası ile 0.82, 0.75, 0.72 olarak belirlenmiştir^{20,21}. TAÖ-20 toplam skoru olarak 61 puan ve üstü aleksitimik, 61 puan altı ise non-aleksitimik olarak değerlendirilmektedir. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Sayarve arkadaşları tarafından yapılmıştır^{20,21}.

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Beck ve arkadaşları (1961) tarafından geliştirilmiş, ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Hisli (1989) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Cronbach-alpha kat sayısı 0.80 olarak bulunmuştur²³. Yirmi bir maddenin her birinde 4 seçenek vardır ve her maddeye 0-3 arasında puan verilir. Bu puanların toplanmasıyla depresyon puanı saptanır. Toplam puanın yüksekliği depresyon şiddetini gösterir^{22,23}.

Durumluluk Kaygı Ölçeği (STAI-I)

Durumluk Anksiyete (STAI-I), 1970 yılında Spielberger tarafından geliştirilmiş²⁴, Türkçe formu Öner ve Le Compte tarafından²⁵ (1983) uyarlanarak geçerlilik-güvenirlik çalışması yapılmıştır. Türkçe formun iç tutarlılığı ve güvenilirliği Kuder Richardson alfa güvenilirliğinde Durumluk Anksiyete Ölçeği için 0.94 ile 0.96 arasında bulunmuştur²⁵. Ölçek 20 maddeden oluşan likert tipi bir ölçektir. Yanıtlar 1-4 arasında değişen puanları içerir. Ölçekten elde edilen toplam puan değeri 20-80 arasındadır. Yüksek puan kaygı düzeyinin yüksek olduğunu gösterir. STAI-I Cronbach alfa kat sayısı 0.88 olarak bulunmuştur^{24,25}.

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Versiyonu (WHOQOL-BREF-TR)

Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ölçeği DSÖ tarafından geliştirilmiş, Eser ve arkadaşları²⁷ tarafından geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır. Ölçeğin uzun (WHOQOL-100) ve kısa (WHOQOL-27) formu olmak üzere iki sürümü vardır. Ölçek genel sağlık, bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel iyilik hallerini ölçmekte ve 26 sorudan oluşmaktadır. Ölçek Her bir alan, birbirinden bağımsız olarak kendi alanındaki yaşam kalitesini ifade ettiği için, alan puanları 4-20 arasında hesaplanmaktadır. Puan arttıkça yaşam kalitesi artmaktadır^{26,28,29}. Cronbach-alpha kat sayıları sırasıyla 0.83, 0.66, 0.53, 0.73, 0.73 olarak bulunmuştur²⁷.

İstatistiksel analiz

Örneklem büyüklüğü hesaplanmasında İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Tıp Bilişimi Anabilim Dalı tarafından geliştirilen

“WSSPAS” web tabanlı yazılımı kullanılmıştır. I. Tip hata miktarı (alfa) 0.05 ve testin gücü (1-beta) 0.8 olmak üzere gerekli olan minimum örneklem büyüklüğü her grupta 75, toplamda 150 olmalıdır³⁰. Veriler medyan (min-maks), ortalama (standart sapma) ve sayı (yüzde) ile özetlenmiştir. Normal dağılıma uygunluk Kolmogorov-Smirnov testi ile yapılmıştır.

İstatistiksel analizlerde Mann-Whitney U testi, Bağımsız örneklerde t testi ve Yatesin düzeltilmiş ki-kare testi, Spearman ve Phikorelayon katsayısı uygun olan yerlerde kullanılmıştır. Odds oranı kestirimleri için lojistik regresyon analizi uygulanmıştır. $p < 0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Analizler IBM SPSS Statistics 25.0 programında yapılmıştır.

Tablo 1. Tanımlayıcı İstatistikler

Değişkenler		Hasta		Kontrol	
		Medyan (min-max)		Medyan (min-max)	
Yaş		30 (22-49)		32 (22-55)	
		N	%	N	%
Cinsiyet	Kadın	75	50	75	50
	Erkek	0	0	0	0
Medeni Durum	Bekar	22	43.1	29	56.9
	Evli	52	55.3	42	44.7
	Dul-Boşanmış	1	20	4	80
Eğitim	Okuryazar	2	100	0	0
	İlkokul	3	30	7	70
	Ortaokul	6	40	9	60
	Lise	24	63.2	14	36.8
	Üniversite	40	47.1	45	52.9
	Okuryazar değil	0	0	0	0
Yerleşim	Köy	9	69.2	4	30.8
	İlçe	4	25	12	75
	Şehir	62	51.2	59	48.8
Ekonomik durum	Düşük	13	48.1	14	51.9
	Orta	52	48.1	56	51.9
	Yüksek	10	66.7	5	33.3
Meslek	Ev hanımı	16	61.5	10	38.5
	Öğrenci	16	34.8	30	65.2
	Memur	28	57.1	21	42.9
	İşçi	9	40.9	13	59.1
	Özel meslek	4	80	1	20
	İşsiz	2	100	0	0
Ek organik hastalık	Evet	9	47.4	10	52.6
	Hayır	66	50.4	65	49.6
İlaç kullanımı	Evet	13	50	13	50
	Hayır	62	50	62	50
Psikiyatrik hastalık öyküsü	Evet	14	100	0	0
	Hayır	61	44.9	75	55.1
Daha önce psikiyatrik tedavi öyküsü	Evet	17	85	3	15
	Hayır	58	44.6	72	55.4
Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü	Evet	9	69.2	4	30.8
	Hayır	66	48.2	71	51.8
Sigara kullanımı	Evet	18	54.5	15	45.5
	Hayır	57	48.7	60	51.3
Alkol-madde kullanımı	Evet	10	90.9	1	9.1
	Hayır	65	46.8	74	53.2

BULGULAR

Çalışmaya katılan infertil grubun yaş ortalaması 30, kontrol grubunun yaş ortalaması 32 bulunmuştur. İnfertil ve kontrol grubuna ait sosyodemografik veriler Tablo 1 de özetlenmiştir. STAI-I, STAI-II ve BDÖ puanları incelendiğinde hasta grubunun puanlarının kontrol grubu puanlarına göre daha yüksek olduğu ve farkların istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu saptandı. (p değerleri sırasıyla; 0,0001; 0,0001, 0,0001). (Tablo 2). Yaşam kalite ölçeği alt ölçekleri

incelendiğinde genel sağlık, fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler ve çevre alt ölçek puanlarının her birinde hasta grubunun puanları daha düşük olup farklar istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p değerleri sırasıyla; 0,0001; 0,001; 0,002; 0,036; 0,0001). (Tablo-2). TEMPS-A alt ölçekleri incelendiğinde depresif, siklotimik, hipertimik, irritabl, anksiyöz alt puanlarının her birinde hasta grubunun puanları daha yüksek olup farklar istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p değerleri sırasıyla; 0,001; 0,017; 0,014; 0,0001; 0,0001). (Tablo 2)

Tablo 2. Ölçekler için istatistiksel test sonuçları

Değişkenler	Hasta	Kontrol	p
	Medyan (min-max)		
BDÖ	20 (3-52)	4 (0-17)	0.0001*
STAI-I	40 (25-63)	31 (20-60)	0.0001*
WHOQOL-BREF-TR Genel Sağlık	7 (3-10)	8 (3-10)	0.0001*
WHOQOL-BREF-TR Fiziksel Sağlık	26 (14-34)	29 (18-35)	0.001*
WHOQOL-BREF-TR Psikolojik	20 (9-29)	23 (12-31)	0.002*
WHOQOL-BREF-TR Sosyal İlişkiler	11 (5-15)	12 (4-44)	0.036*
WHOQOL-BREF-TR Çevre	26 (16-34)	33 (17-41)	0.0001*
TEMPSA Depresif mizaç	5 (1-18)	4 (0-13)	0.001*
TEMPSA Siklotimik mizaç	5 (0-18)	4 (0-35)	0.017*
TEMPSA Hipertimik mizaç	10 (2-19)	8 (0-22)	0.014*
TEMPSA Irritabl mizaç	4 (0-17)	1 (0-10)	0.0001*
TEMPSA Anksiyöz mizaç	5 (0-19)	2 (0-20)	0.0001*
TAÖ-F1	16 (7-28)	16 (7-24)	0.68
TAÖ-F2	14 (7-30)	12 (5-25)	0.13
TAÖ-F3	21 (8-30)	16 (7-29)	0.0001*
	Ortalama ± Standart Sapma		
STAI-II	45.64 ± 9.46	38.61 ± 7.38	0.0001*
TAÖ-TOTAL puan	50.04 ± 11.3	43.72 ± 8.84	0.0001*

* İstatistiksel Olarak Anlamlı, BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği; TAÖ: Toronto Aleksitimi Ölçeği; STAI-I ve STAI-II: Durumluluk ve Sürekli Kaygı Envanteri

Toronto aleksitimi alt ölçekleri incelendiğinde TAÖ-F3 alt ölçeği için hasta grubunun puanları daha yüksek olup farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunsada TAÖ-F1 ve TAÖ-F2 alt ölçeği için istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamadı (p değerleri sırasıyla; 0,0001; 0,68; 0,13). (Tablo-2). Ayrıca Toronto Aleksitimi ölçeği toplam puanlarında aleksitimi pozitifliği hasta grubunda 11 kişide kontrol grubunda ise 3 kişide saptandı (tablo-3). Spearman Rho korelasyon katsayısı sonuçlarına göre Tablo 3 deki değişkenler arasındaki korelasyon katsayılarının çoğu istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0.05). Tablo 3 incelendiğinde STAI I ile STAI II, değişkenleri arasında pozitif yönde yüksek (Rho = 0.787), STAI II ve YAŞAM sosyal ilişkiler değişkenleri arasında

negatif yönde orta düzeyde (Rho= -0.581) ve TAÖ-F1 ile TAÖ-F2 değişkenleri arasında pozitif yönde yüksek (Rho = 0.644) korelasyon bulundu. Stai-1, Stai-2 ile TAÖ-F1, TAÖ-F2, TAÖ-F3 ve TAÖ-TOTAL arasında pozitif bir korelasyon olduğu saptandı. Ayrıca BDÖ ile TAÖ-F1 ve TAÖ-TOTAL arasında pozitif korelasyon olduğu, fakat TAÖ-F2 ve TAÖ-F3 ile herhangi bir korelasyon olmadığı sonucu görüldü.

Çoklu lojistik regresyon modelinde Geriye doğru (Backward) değişken seçim yöntemi sonucuna göre, BDÖ, STAI I, TAÖ-F1 ve TAÖ-TOTAL değişkenleri modele anlamlı olarak dâhil edildi (p<0.05). BDÖ değişken değeri 1 (bir) birim

arttığında, infertilite olma riskinin 0.8 (OR-1) kat arttığı veya BDÖ değişken değeri 1 (bir) birim arttığında, infertilite olma riski yaklaşık %80 artmaktadır. STAI I değişken değeri 1 (bir) birim arttığında, infertilite olma riski 0.129 (1-OR) kat azalmaktadır veya yaklaşık olarak % 13 azalmaktadır.

TAÖ-F1 değişken değeri 1 (bir) birim arttığında, infertilite olma riski 0.302 (1-OR) kat azalmaktadır veya yaklaşık olarak % 30 azalmaktadır. TAÖ-TOTAL değişken değeri 1 (bir) birim arttığında, infertilite olma riski 0.263 (OR-1) kat artmaktadır veya yaklaşık olarak % 26 artmaktadır.

Tablo 3. Spearman korelasyon katsayısı sonuçları

		BDÖ	STAI-I	STAI-II	WHO QOL-BREF Genel	WHO QOL-BREF Fiziksel	WHO QOL-BREF Psikolojik	WHO QOL-BREF Sosyal	WHO QOL-BREF Çevre	TEMPSA Depresif	TEMPSA Siklotimik	TEMPSA Hipertimi	TEMPSA iritabl	TEMPSA Anksiyöz	TAÖ-F3	TAÖ-TOTAL
BDÖ	Rho	1,000	.556*	.431**	-.394**	-.316*	-.278**	-.215**	-.537**	-.398**	.250**	-.357**	-.480**	-.559**	-.453**	.227**
	p		0,000	0,000	0,000	0,000	0,001	0,008	0,000	0,000	0,002	0,000	0,000	0,000	0,000	0,005
STAI-I	Rho	.556*	1,000	.787**	-.504**	-.393*	-.513**	-.499**	-.557**	-.357**	.264**	-.225**	-.412**	-.522**	-.451**	-.413**
	p	0,000		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,001	0,006	0,000	0,000	0,000	0,000
STAI-II	Rho	.431**	.787**	1,000	-.372**	-.420*	-.488**	-.581**	-.479**	-.396**	.312**	-.242**	-.416**	-.531**	-.340**	-.491**
	p	0,000	0,000		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,003	0,000	0,000	0,000	0,000
WHOQOL-BREF Genel Sağlık	Rho	-.394**	-.504**	-.372**	1,000	.434*	.356**	.341**	.519**	-.250**	-.168*	-.286**	-.330**	-.363**	-.394**	-.145*
	p	0,000	0,000	0,000		0,000	0,000	0,000	0,000	0,002	0,039	0,000	0,000	0,000	0,000	0,078
WHOQOL-BREF Fiziksel Sağlık	Rho	-.316*	-.393*	-.420**	.434*	1,000	.477**	.372**	.467**	-.265**	-.023	-.0139	-.279**	-.405**	-.229**	-.190*
	p	0,000	0,000	0,000	0,000		0,000	0,000	0,000	0,001	0,778	0,091	0,001	0,000	0,000	0,020
WHOQOL-BREF Psikolojik Sağlık	Rho	-.278**	-.513**	-.488**	.356**	.477**	1,000	.507**	.475**	-.255**	-.176*	-.046	-.318**	-.373**	-.315**	-.417**
	p	0,001	0,000	0,000	0,000	0,000		0,000	0,000	0,002	0,032	0,575	0,000	0,000	0,000	0,000
WHOQOL-BREF Sosyal İlişkiler	Rho	-.215**	-.499**	-.581**	.341**	.372**	.507**	1,000	.389**	-.236**	-.0158	-.0058	-.312**	-.377**	-.250**	-.427**
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000		0,000	0,004	0,053	0,479	0,000	0,000	0,000	0,000
WHOQOL-BREF Çevre	Rho	-.537**	-.357**	-.479**	.519**	.467**	.475**	.389**	1,000	-.358**	-.165*	-.263**	-.506**	-.400**	-.450**	-.311**
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000		0,000	0,044	0,001	0,000	0,000	0,000	0,000
TEMPSA Depresif mizaç	Rho	.398**	-.357**	-.396**	-.250**	-.265**	-.236**	-.358**	1,000	.391**	.166*	-.506**	.557**	.0150	.221**	
	p	0,000	0,000	0,000	0,002	0,001	0,002	0,004	0,000		0,000	0,042	0,000	0,000	0,007	
TEMPSA Siklotimik mizaç	Rho	.250**	.264**	.312**	-.168*	-.023	-.176*	-.165*	-.391**	1,000	0,150	.507**	.401**	.217**	.399**	
	p	0,000	0,001	0,000	0,039	0,778	0,032	0,053	0,044	0,000		0,067	0,000	0,000	0,000	
TEMPSA Hipertimik mizaç	Rho	.357**	-.225**	.242**	-.286**	-.0139	-.046	-.058	-.263**	.166*	1,000	.297**	.411**	.253**	0,023	
	p	0,000	0,006	0,003	0,000	0,091	0,575	0,479	0,001	0,042	0,067		0,000	0,000	0,000	
TEMPSA İritabl mizaç	Rho	.480**	.412**	.416**	-.330**	-.279**	-.318**	-.312**	-.506**	-.506**	.507**	1,000	.592**	.383**	.369**	
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,001	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000		0,000	0,000	
TEMPSA Anksiyöz mizaç	Rho	.559**	.522**	.531**	-.363**	-.405**	-.373**	-.377**	-.400**	.557**	.401**	.411**	1,000	.393**	.368**	
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000		0,000	
TAÖ-F3	Rho	.453**	.451**	.340**	-.394**	-.229**	-.315**	-.250**	-.450**	.0150	.217**	.233**	.383**	.393**	1,000	.572**
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,005	0,000	0,002	0,000	0,067	0,008	0,004	0,000	0,000	0,000	0,000
TAÖ-TOTAL	Rho	.227**	.413**	.491**	-.145*	-.190*	-.417**	-.427**	-.311**	.221**	.399**	0,023	.369**	.368**	.572**	1,000
	p	0,005	0,000	0,000	0,078	0,020	0,000	0,000	0,000	0,007	0,000	0,781	0,000	0,000	0,000	0,000

* İstatistiksel Olarak Anlamlı; BDO: Back Depresyon Ölçeği; TAS: Toronto Aleksitimi Ölçeği; STAI-I: Durumluluk ve Sürekli Kaygı Envanteri

Tablo 4. Lojistik regresyon sonuçları

Değişkenler	Katsayılar	P	Odds Oranı	Odds Oranı için %95 Güven Aralığı	
				Alt Sınır	Üst Sınır
BDÖ	0.588	0.0001*	1.800	1.398	2.318
STAI I	-0.138	0.028*	0.871	0.770	0.985
WHOQOL-BREF-TR Çevre	-0.164	0.084	0.848	0.704	1.022
TAÖ-F1	-0.360	0.040*	0.698	0.495	0.983
TAÖ-TOTAL	0.234	0.014*	1.263	1.048	1.522
Sabit	-1.875	0.696	0.153		

* İstatistiksel Olarak Anlamlı; BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği; TAÖ: Toronto Aleksitimi Ölçeği; STAI-I: Durumluluk ve Sürekli Kaygı Envanteri

TARTIŞMA

Çalışmamızın bulgularından birisi, infertil grupta fertil gruba göre STAI-I, STAI-2 ve BDÖ skorlarının anlamlı olarak yüksek olmasıdır. Bu durum infertilite hastalarında depresyon belirtilerinin ve anksiyete belirtilerinin fertil gruba göre daha yüksek olduğunu göstermektedir. Literatürde fertil ve infertil kadınların depresyon skorlarında anlamlı fark olmadığını gösteren çalışmalar olmasına karşın, infertil grupta depresyon ve anksiyete skorlarının yüksek olduğunu gösteren 42 çalışmayı içeren bir metaanaliz çalışması³¹ bizim çalışmamızla benzer sonuçlar taşımaktadır.

Çalışmalarda infertil grup ile fertil grup arasında yaşam kalitesi ölçeği ve genel sağlık, fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler ve çevre alt ölçek puanlamasında farklılıklar gözlenmektedir. Bahtiyar ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada infertil grupta yaşam kalitesi alt ölçeklerinden total skorda, fiziksel sağlık, mental sağlık ve çevresel sağlık alt ölçeklerinde fertil gruba göre düşüklük saptanırken, sosyal sağlık alt ölçeğinde yükseklik saptanmıştır³². Biz de çalışmamızda yaşam kalitesi ölçeği ve tüm alt ölçeklerde infertil grupta fertil gruba kıyasla anlamlı olarak düşüklük saptadık. Anksiyete ve depresyonda yaşam kalitesinin düşüklüğü bilinen bir durumdur³³. İnfertilitede yaşam kalitesi düşüklüğünün depresyon ve anksiyete skorlarının yüksekliği ile ilişkili olabileceği değerlendirildi.

Literatürde kişilerin mizaç ve karakter özellikleri ile infertilite ilişkisi hakkında yeterli sayıda çalışma gözlenmemiştir. Çalışmamızda mizaç alt özelliklerinin tümü (depresif, siklotimik, hipertimik, iritabl, anksiyöz) infertil grupta anlamlı olarak daha yüksek olarak gözlenmiştir. Mizaç özellikleri infertilite ile doğrudan ilişki sağlamasa da infertiliteye

karşı verilecek psikolojik tepkiler ve beraberinde gelişebilecek komorbid psikiyatrik hastalıklar açısından bir yordayıcı olarak değerlendirilebilir. Bu ilişkinin değerlendirilmesi mizaç özellikleri ve infertilite ile ortaya çıkabilecek psikopatolojik süreçleri inceleyen izlem çalışmaları ile yapılabilir.

Duyguları tanımak ve anlatmakta zorluk yaşamının duygudurumdaki değişikliklerle ilişkili olduğu gösterilmiştir³⁴. Yapılan bir çalışmada depresif bozukluk hastalarının %33'ünden fazlası aleksitimik olarak bulunmuştur ve bu depresyon ile aleksitimi arasında güçlü bir bağlantı olduğunu desteklemiştir, yine benzer şekilde depresyon şiddeti aleksitimik hastalarda daha yüksek bulunmuştur³⁵. Benzer şekilde major depresif bozukluk tanılı hastalarda aleksitimi prevalansı genel popülasyondan daha yüksek olarak saptanmıştır³⁶. Depresyon ile aleksitimi alt ölçekleri arasındaki ilişki konusunda ise farklı çalışmalar vardır. Depresyonun duyguları tanımlamada zorluk, ifade etmede zorluk ile ilişkili olduğunu, dışa-dönük düşünme ile ilgili olmadığını gösteren çalışmalar olduğu gibi sonuçlar arasında tutarlılık olmadığını gösteren farklı çalışmalar da vardır³⁷⁻³⁹.

Bazı araştırmacılar aleksitiminin anksiyete bozukluklarına yatkınlığı gösteren bir kişilik özelliği olduğunu ileri sürmüşlerdir⁴⁰. Hatta bazı araştırmacılar aleksitiminin bir anksiyete bozukluğu olan panik bozuklukla ilişkili bir özellik olduğunu belirtmişlerdir⁴¹. Aleksitiminin, anksiyete ve depresif semptomları daha şiddetli olan kişilerde teşhis edildiği belirtilmiştir. Ayrıca anksiyete duyarlılığı yüksek olan grubun aleksitimi ölçüm skorları yüksek olarak saptanmıştır⁴². Aleksitiminin, anksiyete ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalarla³²beraber, duyguları tanımda güçlük alt faktörüyle ilişkili olduğu, ancak dışa-dönük düşünme ile ilişki olmadığı da belirtilmiştir⁴³.

İnfertilite tanılı kadın hastalarda yapılan bir çalışmada aleksitimi düzeyinin fertil kadınlara oranla yüksek olduğu gösterilmiştir⁴⁴. Ancak literatürü incelediğimizde infertil kadın hastalarda aleksitimi alt ölçekleriyle ilgili detaylı değerlendirmenin yapıldığı bir çalışmaya rastlamadık. Çalışmamızda total aleksitimi pozitifliği ve alt ölçeklerden dışa-dönük düşünme (TAÖ-F3); infertil grupta anlamlı olarak fertil gruba göre daha yüksek olarak görülmüştür. Duygularını tanımada güçlük (TAÖ-F1) ve duygularını söze dökmeye güçlük (TAÖ-F2) alt ölçeklerinde ise anlamlı fark gözlenmemiştir. Bu sonuç bize infertil kadın hastalarda depresyon ve anksiyete puanlarının yüksek olup; total aleksitimi düzeyinin literatür ile uyumlu olarak yüksek olduğunu, dışa-dönük düşünmenin belirgin olarak etkilendiğini fakat duyguları tanımadaki güçlüğü ve duyguları söze dökmeye güçlüğü ise anlamlı olarak etkilenmediğini göstermektedir. Çalışmamızda anksiyetenin tüm aleksitimi ölçekleriyle pozitif korelasyonu olması ve depresyon ile sadece TAÖ-Toplam ve TAÖ-F1 arasında pozitif korelasyon olması; infertil kadın hastalarda anksiyete ve depresyon dışındaki bazı durumların da aleksitimi üzerinde etkili olmuş olabileceğini düşündürmektedir.

Özetle, infertil kadın hastalarda; depresyon ve anksiyete açısından izlem klinikte önemlidir, bu kişilerin yaşam kalitesindeki düşüklük önem taşır, mizaç özelliklerindeki belirgin farklılıklar dikkat çekmektedir. Ayrıca dışa dönük düşünme yönünden aleksitimik özelliklerin belirgin olduğu, duygularını tanıma ve ifade etme açısından anlamlı etkilenmenin olmadığı gösterilmiştir. İnfertilitede aleksitimi etkileyebilecek diğer tıbbi ve psikiyatrik durumlar olabileceği düşünülmelidir. İnfertil hasta grubunda aleksitimi çalışmalarının artması psikiyatrik tanı ve tedaviler açısından da yol gösterici olacaktır.

Yazar Katkıları: Çalışma konsepti/Tasarımı: KU, SY; Veri toplama: KU, SY, ES; Veri analizi ve yorumlama: FHY, KU; Yazı taslağı: KU, SY, ES, MA; İçeriğin eleştirel incelenmesi: MA, KU; Son onay ve sorumluluk: SY, KU, ES, FHY, MA; Teknik ve malzeme desteği: KU, SY, ES; Süpervizyon: MA; Fon sağlama (mevcut ise): yok.

Etik Onay: Bu çalışma için Munzur Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulundan 30.05.2019 tarih ve E.1745 sayılı kararı ile etik onay alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması beyan etmemişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar finansal destek beyan etmemişlerdir.

Author Contributions: Concept/Design : KU, SY; Data acquisition: KU, SY, ES; Data analysis and interpretation: FHY, KU; Drafting manuscript: KU, SY, ES, MA; Critical revision of manuscript: MA, KU; Final approval and accountability: SY, KU, ES, FHY, MA; Technical or material support: KU, SY, ES; Supervision: MA; Securing funding (if available): n/a.

Ethical Approval: 30.05.2019 history and E. From The Human Research Ethics Committee of Munzur University for this study Ethics was approved by resolution 1745.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Conflict of Interest: Authors declared no conflict of interest.

Financial Disclosure: Authors declared no financial support

KAYNAKLAR

1. Vanderborht M, Wyns C. Fertility and infertility: Definition and epidemiology. *Clin Bio Chem*. 2018;62:2-10.
2. Kohan S, Ghasemi Z, Beigi M. Exploring infertile women's experiences about sexual life. A qualitative study *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 2015;20:34-9.
3. Ergin RN, Polat A, Kars B, Öztekin D, Sofuoğlu K, Çalışkan E. Social stigma and familial attitudes related to infertility. *Turk J Obstet Gynecol*. 2018;15:46-9.
4. Sejbæk CS, Hageman I, Pinborg A, Hougaard CO, Schmidt L. Incidence of depression and influence of depression on the number of treatment cycles and births in a national cohort of 42880 women treated with ART. *Hum Reprod*. 2013;28:1100-9.
5. Lakatos E, Szigeti JF, Ujma PP, Sexty R, Balog P. Anxiety and depression among infertile women: a cross-sectional survey from Hungary. *BMC Womens Health*. 2017;17:48.
6. Shani C, Yelena S, Reut BK, Adrian S, Sami H. Suicidal risk among infertile women under going in-vitro fertilization: Incidence and risk factors. *Psychiatry Res*. 2016;240:53-9.
7. Chen TH, Chang SP, Tsai CF, Juang KD. Prevalence of depressive and anxiety disorders in an assisted reproductive technique clinic. *Hum Reprod*. 2004;19:2313-8.
8. Ying L, Wu LH, Loke AY. Gender differences in emotional reactions to in vitro fertilization treatment: a systematic review. *J Assist Reprod Genet*. 2016;33:167-79.
9. Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry*. 1993;50:975-90.
10. Lu Y, Yang L, Lu G. Mental status and personality of infertile women. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi*. 1995;30:34-7.
11. Lumely MA, Neely LC, Burger AJ. The assessment of alexithymia in medical settings: implications for understanding and treating health problems. *J Pers Assess*. 2007;89:230-46.
12. Lamas C, Chambry J, Nicolas I, Frydman R, Jeammet P, Corcos M. Alexithymia in infertile women. *J Psychosom Obstet Gynecol*. 2006;27:23-30.
13. Gourounti K, Anagnostopoulos F, Griva F, Vaslamatzis G. Alexithymia and fertility-related stress. *Women Health*. 2016;56:312-25.
14. King RB. Subfecundity and anxiety in a nationally representative sample. *Soc Sci Med*. 2003;56:739-41.
15. Chen TH, Chang SP, Tsai CF, Juang KD. Prevalence of depressive and anxiety disorders in an assisted reproductive technique clinic. *Hum Reprod*. 2004;19:2313-18.

16. Arslantaş D, Metintaş S, Ünsal A, Kalyoncu C. Eskişehir Mahmuđiye ilçesi yaşlılarında yaşam kalitesi. *Osmangazi Tıp Dergisi*. 2006;28:81-89.
17. Eugster A, Vingerhoets AJ. Psychological aspects of in vitro fertilization: a review. *Soc Sci Med*. 1999;48:575-89.
18. Vahip S, Kesibir S, Alkan M, Yazici O, Akiskal KK, Akiskal HS. Affective temperaments in clinically-well subjects in Turkey: initial psychometric data on the TEMPS-A. *J Affect Disord*. 2005;85:113-25.
19. Köse S, Sayar K, Ak İ, Aydın N, Kaleliođlu Ü, Kırpınar et al. Mizaç ve Karakter Envanteri (Türkçe TCI): Geçerlilik, güvenilirlik ve faktör yapısı. *Klin Psikofarmakol Bulteni*. 2004;14:107-31.
20. Bagby RM, Parker JD, Taylor GJ. The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-I Item selection and cross-validation of the factor structure. *J Psychosom Res*. 1994;38:23-32.
21. Sayar K, Güleç H, Ak I. Yirmi soruluk Toronto Aleksitimi Ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirliği. 37. Ulusal Psikiyatri Kongresi Kitabı. 02-06 Ekim 2001, İstanbul, s.130.
22. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961;4:561-71.
23. Hisli N. Beck depresyon envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliđi ve güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*. 1989;7:3-13.
24. Spilberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. Manual for State Trait Anxiety Inventory. California, Consulting Psychologists Press, 1970.
25. Öner N. Sürekli Durumluluk/Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı. İstanbul, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, 1985.
26. Fidaner H, Elbi H, Fidaner C, Eser SY, Eser E, Göker E. Yaşam kalitesinin ölçülmesi, WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi*. 1999;7(Suppl 2):5-13.
27. Kavlu İ, Pınar R. Acil servislerde çalışan hemşirelerin tükenmişlik ve iş doyumlarının yaşam kalitesine etkisi. *Türkiye Klinikleri J MedSci*. 2009;29:1543-55.
28. Fidaner H, Elbi H, Fidaner C, Eser SY, Eser E, Göker E. WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF'in psikometrik özellikleri. 3 *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi*. 1999;7(Suppl 2):23-40.
29. Aydemir Ö, Körođlu E. *Psikiyatri Kullarılan Klinik Ölçekler*. Ankara, Hekimler Yayın Birliđi, 2007.
30. Arslan AK, Yasar S, Colak C, Yologlu S. WSPAS: An interactive web application for sample size and power analysis with R using shiny. *Türkiye Klinikleri Journal of Biostatistics*. 2018;10:224-46.
31. Fallahzadeh H, Zareei Mahmood Abadi H, Momayyezi M, Malaki Moghadam H, Keyghobadi N. The comparison of depression and anxiety between fertile and infertile couples: A meta-analysis study. *Int J Reprod Biomed*. 2019;17:153-62.
32. Bakhtiyar K, Beiranvand R, Ardalan A, Changae F, Almasian M, Badrizadeh A et al. An investigation of the effects of infertility on women's quality of life: a case-control study. *BMC Womens Health*. 2019;19:114.
33. Gülseren L, Hekimsoy Z, Gülseren Ş, Bodur Z, Kültür S. Diabetes mellituslu hastalarda depresyon anksiyete, yaşam kalitesi ve yeti yitimi. *Türk Psikiyatri Derg*. 2001;12:89-98.
34. Saarijärvi S, Salminen JK, Toikka T, Raitasalo. Health-related quality of life among patients with major depression. *Nord J Psychiatry*. 2002;56:261-4.
35. Celikel FC, Kose S, Erkorkmaz U, Sayar K, Cumurcu BE, Cloninger CR. Alexithymia and temperament and character model of personality in patients with major depressive disorder. *Compr Psychiatry*. 2010;51:64-70.
36. Honkalampi K, Hintikka J, Laukkanen E, Lehtonen J, Viinamäki H. Alexithymia and depression: a prospective study of patients with major depressive disorder. *Psychosomatics*. 2001;42:229-34.
37. Motan İ, Gençöz T. Aleksitimi boyutlarının depresyon ve anksiyete belirtileri ile ilişkileri. *Türk Psikiyatri Derg*. 2007;18:333-43.
38. Sexton MC, Sunday SR, Hurt S, Halmi KA. The relationship between alexithymia, depression, and axis II psychopathology in eating disorder in patients. *Int J Eat Disord*. 1998;23:277-86.
39. Anık AC, Soylu E, Şahin AR. Marmara depreminden sonra gelişen post travmatik stres bozukluğunda aleksitimik özellikler. *Anadolu Tıp Dergisi*. 2000;4:20-3.
40. Marchesi C, Brusamonti E, Maggini CJ. Are alexithymia, depression, and anxiety distinct constructs in affective disorders? *Psychosom Res*. 2000;49:43-9.
41. Devine H, Stewart SH, Watt MC. Relations between anxiety sensitivity and dimensions of alexithymia in a young adult sample. *J Psychosom Res*. 1999;47:145-58.
42. Ewa AO, Anna MS, Marek JJ, Aleksander A, Adam RS. Sense of alexithymia in patients with anxiety disorders comorbid with recurrent urticaria. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2016;12:995-1004.
43. Berthoz S, Consoli S, Perez-Diaz F, Jouvent R. Alexithymia and anxiety: compounded relationships? A psychometric study. *Eur Psychiatry*. 1999;14:372-8.
44. Lamas C, Chambry J, Nicolas I, Frydman R, Jeammet P, Corcos M. Alexithymia in infertile women. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2006;27:23-30.