



**T. C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI**

BEHÇET HASTALIĞINDA ALEKSİTİMİ, ANKSİYETE VE DEPRESYON

Kendini Bildirim Ölçeğine Karşılık

Görüşmecinin Değerlendirdiği Ölçek

Dr. Bülent ALTINTAŞ

UZMANLIK TEZİ

BURSA-2006



**T. C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI**

BEHÇET HASTALIĞINDA ALEKSİTİMİ, ANKSİYETE VE DEPRESYON

Kendini Bildirim Ölçeğine Karşılık

Görüşmecinin Değerlendirdiği Ölçek

Dr. Bülent ALTINTAŞ

UZMANLIK TEZİ

Danışman: Prof. Dr. Selçuk KIRLI

BURSA-2006

İÇİNDEKİLER

TÜRKÇE ÖZET	ii
İNGİLİZCE ÖZET	iii
GİRİŞ	1
A. Behçet Hastalığı'nın Tanı Ölçütleri.....	1
B. Behçet Hastalığının Psikiyatrik Yönleri.....	4
C. Aleksitimi ve Behçet Hastalığı İle İlişkisi.....	5
GEREÇ VE YÖNTEM	8
A. Çalışmaya Alma Ölçütleri.....	8
B. Çalışmadan Dışlama Ölçütleri.....	8
C. Uygulanan Formlar ve Ölçekler.....	8
D. Çalışma Akış Çizelgesi	12
E. İstatistik Analiz	12
BULGULAR	14
TARTIŞMA VE SONUÇ	21
EKLER	27
KAYNAKLAR	44
TEŞEKKÜR	52
ÖZGEÇMİŞ	53

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada Behçet Hastalarında hasta tarafından doldurulan ölçeklerdeki depresyon ve anksiyete belirtileri ile hekim tarafından saptanan belirtiler karşılaştırılarak, aleksitimi sıklığının saptanması amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya daha önce tanı almış ve Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Polikliniği'nde takipleri sürmekte olan 100 erişkin Behçet hastası alındı. Tüm hastalar sosyodemografik bilgi formu ve Mental Bozukluklar İçin Tanı Kılavuzunun (DSM-IV) eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme (SCID-I/CV) formu uygulanarak değerlendirildi. Görüşmeden sonra hekim tarafından Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği (HAM-A) ve Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D), hasta tarafından da Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20) dolduruldu.

Bulgular: Çalışmaya katılan 100 Behçet hastasının 57'si psikiyatrik tanı aldı. Hastaların eğitim düzeyi ile TAÖ-20 arasında negatif korelasyon, TAÖ-20 ölçeği ile de anksiyete ve depresyon ölçekleri arasında pozitif korelasyon tespit edildi. Hastaların 44'ü aleksitimik olarak değerlendirilirken, 56'sı düşük aleksitimi düzeyi göstermişlerdir. Aleksitimik olan ve olmayan grupların her ikisinde de HAM-D ile BDÖ ve HAM-A ile BAÖ anlamlı olarak ilişkili bulundu. Cinsiyet dağılımlarına göre yapılan korelasyon incelemesinde, sadece aleksitimik gruptaki erkek hastalarda HAM-D ve BDÖ arasında korelasyon saptanmadı.

Sonuç: Behçet hastalarında saptanan yüksek psikiyatrik hastalık oranları nedeniyle, bu hastaların psikiyatrik açıdan da değerlendirilmeleri önem kazanmaktadır. Hasta ve hekim tarafından doldurulan depresyon ve anksiyete ölçeklerinin büyük oranda korele bulunması, bu hastaların dermatoloji ve diğer polikliniklerde kendini değerlendirme ölçekleri ile değerlendirilerek gereğinde psikiyatriye yönlendirilmelerinin uygun olabileceğini göstermektedir.

Anahtar kelimeler: Behçet hastalığı, aleksitimi, depresyon, anksiyete.

SUMMARY

Alexithymia, Anxiety and Depression in Behcet's Disease: Self-Report Scale Versus Observer Rated Scale

Object: The aim of the study is to determine the frequency of alexithymia in patients with Behcet's disease by comparing depression and anxiety symptoms in scales filled by patients with the symptoms determined by the observer.

Method: The study enrolled 100 adult patients with Behcet's disease who were previously diagnosed and being followed up in Dermatology Clinic of Uludağ University Medical Faculty. All patients were assessed by means of a sociodemographic information form and Structured Clinical Interview form (SCID-I / CV) for axis I disorders of Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV). After the interview, Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A) and Hamilton Depression Scale (HAM-D) were applied by the observer and Beck Anxiety Inventory (BAI), Beck Depression Inventory (BDI) and Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) were filled by the patient.

Results: 57 of 100 patients with Behcet's disease who were enrolled in the study received a psychiatric diagnosis. There was negative correlation between the educational level of patients and TAS-20, and positive correlation between anxiety and depression scales and TAS-20. 44 of patients were alexithymic and 56 showed low levels of alexithymia. In both alexithymic and non-alexithymic groups, statistically significant association was found between HAM-D and BDI / HAM-A and BAI. In correlation analysis done according to sex distribution, no correlation was found between Ham-D and BDI only in male alexithymic patients.

Conclusion: Because of high frequency of psychiatric disorders in patients with Behcet's disease, it is important that these patients should be evaluated from psychiatric point of view. The high correlation between depression and anxiety scales filled by the patient and observer shows that it will be appropriate to assess these patients by self assessment scales in dermatology and other polyclinics and refer to psychiatry if necessary.

Keywords: Behcet's disease, alexithymia, anxiety, depression.

GİRİŞ

Prof. Dr. Hulusi Behçet 1937'de oral ve genital ülserleri ve hipopiyon üveiti olan 3 hastayı yayınladıktan sonra Behçet Hastalığı (BH) tanınmış, hastalıkla ilgili çalışmalar günümüze kadar sürmüştür. Etyolojisi ile ilgili araştırmalar devam etmekle beraber artık BH'nın çok sistemi etkileyebilen, otoimmün kaynaklı, yaygın bir vaskülit olduğu düşünülmektedir. BH bu kliniğiyle ciddi yeti kayıplarına ve psikolojik strese sebep olabilmekte, hastalık psikolojik stresle başlayıp daha sonra stresle alevlenmeler gösterebilmektedir (1).

BH uzak doğu ülkelerinden başlayan ve Akdeniz'e kadar uzanan bir kuşakta daha sık görülmektedir. Türkiye'de prevalansı 80-300/100000, Japonya'da 13,6/100000, Almanya'da 0,55/100.000, İngiltere'de 0,270/100000'dir (2). BH'na dünyada en sık ülkemizde rastlanmaktadır. Bu yüzden hastalık ülkemizde birçok araştırmamanın konusu olmuştur.

A. Behçet Hastalığı'nın Tanı Ölçütleri:

En yaygın olarak kullanılan tanı ölçütleri, 1990'da Lancet'te, Behçet Hastalığı Uluslararası Çalışma Grubu'nun (International Study Group for Behçet's Disease) yayınladığı (3) tanı ölçütleridir (Tablo-1).

a. Tekrarlayan Oral Ülserasyonlar:

BH'nda en sık karşılaşılan belirti (% 98) ağızda görülen ülserasyonlardır. Minör aftöz, majör aftöz veya herpetiform ülserasyon şeklinde olur ve 12 aylık sürede en az 3 kez tekrarlar. Aftlar ağrılı lezyonlardır ve skatris bırakmazlar. Hastaların beslenmesini ve konuşmasını olumsuz olarak etkiler, hayat kalitesini ciddi oranda bozar (4). Ağız bölgesinde tekrarlayan aftları olan hastalarda anksiyete ve depresyon düzeyleri yüksek bulunmuştur (5). Tekrarlayan aftları ve anksiyöz kişilik özellikleri olan hastaların tükürük kortizol düzeylerinin yüksek bulunması bu durumun yaşanan psikolojik stresle ilişkisi olduğunu göstermektedir (6).

Tablo 1. Behçet Hastalığı için Uluslararası Çalışma Grubu'nun Tanı Ölçütleri (BHUÇG)

TEKRARLAYAN ORAL ÜLSERAYONLAR	MİNÖR AFTÖZ, MAJÖR AFTÖZ VEYA HERPETİFORM ÜLSERASYON 12 AYLIK SÜREDE EN AZ 3 KEZ TEKRARLAYAN
YUKARIDAKİ BELİRTİNİN BERABERİNDE AŞAĞIDAKİLERDEN EN AZ 2 TANESİ OLMALIDIR:	
TEKRARLAYAN GENİTAL ÜLSERASYONLAR	AFTÖZ ÜLSERASYON VEYA SKAR
GÖZ LEZYONLARI	ANTERİOR ÜVEİT, POSTERİOR ÜVEİT, VİTREUS İÇİNDE İNFLAMATUAR HÜCRELER; VEYA OFTALMOLOĞUN SAPTADIĞI RETİNAL VASKÜLİT
DERİ LEZYONLARI	ERİTEMA NODOZUM, PSÖDOFOLİKÜLİT, VEYA PAPULOPÜSTÜLER LEZYONLAR; VEYA KORTİKOSTEROİD KULLANMAYAN HASTALARDA POSTADOLESAN AKNEİFORM NODÜLLER
POZİTİF PATERJİ TESTİ	24-48 SAAT İÇİNDE DOKTORUN GÖZLEMLEDİĞİ

b. Tekrarlayan Genital Ülserler:

Genital ülserler yavaş iyileşen ve %50 oranında yerlerinde iz bırakan lezyonlardır. Behçet hastalarının %65'inde görülür, oral aftlara benzer ama daha derin ve daha geniş olur. Lezyonlar ağrılı veya ağrısız olabilir, cinsel ilişkinin kalitesini bozar ve cinsel isteksizliğe sebep olur.

c. Diğer Deri Lezyonları:

Sıklıkla eritema nodozum, psödofolikülit veya papulopüstüler lezyonlar; veya postadolesan akneiform nodüller görülür. Lezyonlar psikolojik stres sebebidir.

d. Göz Lezyonları:

En önemli organ tutulumlarından biridir ve hastaların yarısında tespit edilir. Gözde kanlanma ve bulanık görme şeklinde kendini gösterir, genellikle bilateral olup görme yetisini hızla bozar ve kalıcı görme kaybına sebep olabilir. Akut başlayan anterior üveit, posterior üveit veya retinal vaskülit şeklindeki lezyonlar karakteristiktir. Göz tutulumu olan Behçet hastaları anksiyete ve depresyon yaşamaya eğilimli bulunmuştur. Görme keskinliğindeki azalma hastaların sosyal işlevlerini olumsuz yönde etkilemektedir (7, 8, 9).

e. Eklem Tutulumu:

Yineleyici seronegatif artrit hastaların %25-75'inde görülür. En sık dizler ve ayak bilekleri tutulur.

f. Nörolojik Tutulum:

Behçet hastalarının %20'sinde görülür. Belirtiler genellikle hastalık başladıktan 1-10 yıl sonra ortaya çıkar. Sıklıkla piramidal bulgular, baş ağrısı, mental bozukluklar (bellek kusuru, disinhibisyon, apati), hemiparezi, sfinkter kusuru ve beyin sapı belirtileri görülür. BH'da nörolojik tutulumla birlikte kişilik değişiklikleri, duygudurum bozuklukları (10, 11), anksiyete bozuklukları, psikotik bozukluklar, bilişsel bozukluklar ve demans olabileceği bildirilmiştir (12, 13, 14, 15, 16, 17).

Behçet hastalarında vasküler, pulmoner, gastrointestinal ve renal tutulum da gözlenebilmektedir (18, 19).

B. Behçet Hastalığının Psikiyatrik Yönleri:

a. Behçet Hastalığı'nda Görülen Psikiyatrik Bozukluklar

Nörolojik tutulumu olmadan Behçet hastalarında da psikiyatrik bozuklukların görülme sıklığı genel toplumdakiya yüksektir. BH'da psikiyatrik yakınmalar dikkat çekici olduğundan bu hastalığın aslında bir psikiyatrik bozukluk olduğu bile ileri sürülmüştür (13, 20). BH yüzünden çeşitli alanlarda işlevsellikleri bozularak güçlük çekmeye başlayan bazı hastalar uyum sağlayamadıklarından diğer Behçet hastalarına göre daha depresif, daha hostile ya da daha anksiyöz olup, daha fazla obsesif kompulsif ve somatik belirti gösterebilirler. Bu durum hastaların ruhsal belirtilerinin hastalığa ikincil olduğunu, hastalığın yarattığı güçlüklerle başa çıkamamaları sonucunda gelişmiş olabileceğini düşündürür (21). Bunun yanında Behçet hastalarının psikiyatrik bozukluklara bir yatkınlığı da vardır. Kısa semptom envanteri (BSI) uygulanan hastalarda sağlıklı kişilerden daha yüksek düzeyde psikotizm, paranoid düşünce, depresyon, somatizasyon, fobik anksiyete, düşmanca tutumlar, anksiyete bozukluğu ve kişiler arası ilişkilerde duyarlılık olduğu saptanmıştır (22).

Behçet hastalarında semptomların yoğunluğu ile ilişkili olarak yaşam kalitesi de belirgin olarak bozulmaktadır (9, 23). Wells ve arkadaşları, psikiyatrik bulguları olan hastalarda, olmayanlara oranla yaşam kalite skorlarının daha düşük olduğunu saptamışlardır (24).

b. Behçet Hastalarının Kişilik Özellikleri

Dermatolojik rahatsızlıkları olan hastalarla yapılan araştırmalarda dermatolojik rahatsızlığı olan erkeklerin sağlıklılarından daha şüpheli, düşmanlığa eğilimli, obsesif, kaygılı ve düşük benlik algısına sahip olduğu saptanmıştır. Kadın hastaların ise duygularını daha zor ifade eden, düşük benlik algısına sahip, düşmanlığa eğilimli ve güvensiz olduğu gözlenmiştir (25). Koptagel İlal ve ark.nın yaptıkları bir çalışmada psikanalitik yönelimli

görüşmelerle ve Rorschach testiyle Behçet hastalarının genel olarak ego yapılanmalarının zayıf, regresif eğilimlerinin bulunduğu, yüksek anksiyete düzeylerinin olduğu, beden imgelerinin bozulmuş olduğu, sosyal uyumda ve gerçeği değerlendirmede zorlandıkları saptanmıştır (26). Ayrıca duygulanımlarını ve hislerini ifade etmekte ve bunlarla baş etmekte zorluk çektikleri de gözlenmiştir.

C- Aleksitimi ve Behçet Hastalığı İle İlişkisi:

Aleksitimi, başlangıçta psikosomatik hastalara özgü olduğu sanılan belirli kişilik özelliklerini tanımlamak amacıyla ortaya atılmış bir kavramdır (27). İlk kez Sifneos tarafından kullanılan ve duygular için söz yokluğu anlamına gelen aleksitimi (28), üç kişilik özelliğini kapsamaktadır: 1. Duyguları tanıma ve tanımlama zorluğu, 2. Düşlem yaşamında kısırlık, 3. İçevuruk düşünme (operational thinking). Aleksitimik hastalar bazen duygulanımın bedensel bileşeni olarak ortaya çıkan fiziksel duyuları tanımakta zorlanırlar. Aleksitimik kişilerin görünüşte çevreyle uyum içinde yaşadıkları, ancak gerçekte bu kişilerin kendi ruhsal gerçekleriyle pek az ilişki içinde buldukları bildirilmiştir (27). Bütün bunlar aleksitimik bireylerin duygusal açıdan çok kısıtlı bir yaşam sürdürdükleri izlenimi verse de asıl sorun duygu olmamasında değil, duyguların yaygın ve farklılaşmamış olmasındadır (29, 30). Poot, aleksitiminin nedenini aile içi tartışmalardan kaçınmak için üstlenilen bilinçsiz bir görev olarak yorumlamıştır ve aile terapisinin faydalı olacağını bildirmiştir (31).

Psikosomatik ve somatoform bozukluk tanısı alan hastaların aleksitimi puan ortalamaları diğer psikiyatrik bozukluk tanısı alan hastalardan ve normal popülasyondan daha yüksek bulunmuştur (32). Ancak klinik araştırmalar aleksitiminin psikosomatik hastalıklara özgü olmadığını (33) ve çeşitli psikiyatrik ya da bedensel rahatsızlıkları olan kişilerin de aleksitimik özellikler sergileyebildiklerini göstermiştir (27, 34). Hatta bazı çalışmalarda aleksitiminin psikiyatri hastalarında psikosomatik hastalara göre daha yaygın

olduğu da öne sürülmüştür (35). Yapılan bir izleme çalışmasında aleksitiminin zaman içinde değişmediği, bu nedenle aleksitiminin durumluktan (state) çok, sürekli bir özellik (trait) olduğu bildirilmiştir (36). Majör depresyonlu hastalarda yapılan çalışmalar bu hastalarda aleksitiminin depresyonun şiddeti ile ilişkisi olduğunu göstermiştir (37, 38, 39). Bu bulgular, aleksitiminin duruma bağlı bir görüntü olabileceği fikrini desteklemektedir (39).

Aleksitimik özellikler ayrıca sosyal içedönüklük, psikolojik düşünme yapısının olmaması, kötülük görme düşünceleri, dürtüsel ifade, kendini ifadede algılanan zorluklar, nevrotik yapı ve duygusal baskılanma gibi belirli kişilik özellikleri olanlarda gözlenmiştir. Aleksitiminin kişilik bozuklukları ile ilişkisini araştıran bir çalışmada, şizotipal, bağımlı ve kaçınan kişilik boyutlarının ve histrionik özelliklerin olmamasının aleksitiminin anlamlı yordayıcıları oldukları saptanmıştır. Bu bulguların aleksitimi kişilik boyutu olarak görmek için destek sağladığı bildirilmiştir (40). Askerlik görevini yapmakta olan antisosyal erlerde psikiyatrik tanı saptanmayan erlere göre aleksitimi puanı yüksek bulunmuştur (41). Bununla birlikte kişilik bozuklukları ile aleksitimi arasında ilişki olmadığını bildiren çalışmalar da bulunmaktadır (27, 42). Aleksitiminin diğer patolojik kişilik örüntülerinden bağımsız bir kişilik özelliği olabileceği (42) ve dengeli bir kişilik yapısı olduğunu bildiren araştırmalar da mevcuttur (43, 44, 45).

Aleksitimiyle ilgili karşılaştırmalı araştırmalar alkol bağımlılarında (7,9,15) ve kalıtımsal olarak yüksek alkol bağımlılığı riski altında bulunanlarda (10) aleksitimik özelliklerin belirgin biçimde yüksek olduğunu göstermektedir. Ülkemizde de irritabl barsak sendromu, fibromiyalji gibi hastalıkların aleksitimi ile ilişkisi gösterilmiştir (46, 47). Aleksitimik kişilerde stresin daha fazla içselleştirilmesinden dolayı, makrofaj migrasyonu, fagositoz, lenfositik hücrel immünite, damar endoteline lökosit adezyonunu artıran bazı faktörlerin ekspresyonu gibi nöropeptidlerle ilişkili immün cevapların değişebileceği rapor edilmiştir (48).

Behçet hastaları represif ve regresif eğilimlerle zayıf ego yapısı nedeniyle duygularını serbestçe ifade edememekte ve sosyal ilişkilerinde de duygularını bastırma ve içe atma eğiliminde bulunmaktadır. Bu şekilde duygularını bastırma eğilimi hastanın saldırgan ve düşmanca dürtü ve duygularının kendi içinde birikimine ve dolayısıyla çatışma ile ruhsal gerilime neden olmaktadır. Böyle bir duygusal durum stresli yaşam olayları ile birlikte somatik belirtilerin ortaya çıkması için iyi bir zemin hazırlamaktadır (49). Benzer psikopatolojik süreçler psikosomatik hastalıklar için de geçerlidir. Hastalarla yapılan görüşmeler sırasında gözlenen stres hastanın kendi stresini algılamasından daha fazladır. Bu durum, hastaların inkar savunma mekanizmasını fazlasıyla kullandıklarını gösterirken psikosomatik hastaların bir özelliği olan duygusal sıgılık (emotional illiterate) ve aleksitimiye akla getirir (49). Rorschach ve MMPI test bulgularında Behçet hastalarının duygularını yeterince ve uygun bir şekilde ifade edemeyen, doyurucu sosyal ilişkiler kuramayan (kendileri yönünden doyurucu), gerçeklere nesnel, gerçekçi ve çok yönlü yaklaşım yapamayan kişiler olduklarını anlatmaktadır. Özellikle duygularını ele alıp ifade etmelerini belirgin bir biçimde bastırmaktadırlar. Bu hastalar sıcak ve onları benimseyen bir duygusal yaklaşıma ve anlayışa ihtiyaç duymalarına karşılık bu ihtiyaçlarını da bastırdıkları ve belirtemedikleri görülmektedir (49).

Bu çalışmada Behçet Hastalarında hasta tarafından doldurulan ölçeklerdeki depresyon ve anksiyete puanları ile hekim tarafından saptanan puanlar karşılaştırılacaktır. Çalışma sonrası bu hasta gurubunun duygularını ifade etmede güçlüklerinin olup olmadığının anlaşılması ve sonuçta aleksitimik kişilik özelliklerinin sıklığının saptanması amaçlanmıştır. Bu amaçla yapılan bu çalışmada Behçet hastalarının aleksitimik özelliklerinin araştırılması ve bununla birlikte hasta ve hekim tarafından doldurulan depresyon ve anksiyete ölçeklerinin karşılaştırılması planlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışmaya daha önce BHUÇG tanı ölçütlerine göre BH tanısı almış ve Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi (UÜTF) Dermatoloji Polikliniği'nde takipleri sürmekte olan 100 Behçet hastası alınmıştır. 01.05.2005-17.03.2006 tarihleri arasında UÜTF Psikiyatri Anabilim Dalı Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Polikliniği'nde değerlendirmeler yapılmıştır.

A. Çalışmaya Alma Ölçütleri

Çalışmaya alınan hastaların tümü BHUÇG tanı ölçütlerine (Tablo-1) göre BH tanısı alan, poliklinik koşullarında tedavi ve kontrolleri devam etmekte olan hastalardır.

B. Çalışmadan Dışlama Ölçütleri

BHUÇG tanı ölçütlerini karşılamayan hastalar, BH tanısı konanlar arasında 18-65 yaş grubu dışındakiler, okuma yazması olmayanlar ve ölçekleri dolduramayacak düzeyde göz tutulumu olanlar çalışmaya alınmamıştır.

C. Uygulanan Formlar ve Ölçekler:

Behçet Hastalarının sosyodemografik verileri SCID-I/CV Gözden Geçirme Formu (Ek-1) ve bu çalışma için hazırlanan bir formla (Ek-2) elde edildi. Ardından "Mental Bozukluklar İçin Tanı Kılavuzunun (DSM-IV) Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I/CV)" formu kullanılarak psikiyatrik bozuklukları araştırıldı.

Hastaların Klinik Görüşmesi tamamlandıktan sonra hekim tarafından Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği (HAM -A) ve Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D), hasta tarafından da Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20) dolduruldu.

SCID-I/CV uygulanmadan önce çalışmayı yürüten araştırma görevlileri Prof. Dr. Aytül Çorapçioğlu'nun UÜTF Psikiyatri Anabilim Dalı'nda düzenlediği "SCID-I Uygulama Kursu"na katıldılar.

a. Gözden Geçirme Formunun İçeriği (Ek 1)

SCID-I/CV, DSM-IV ölçütleri ile ilgili maddelerin varlığının ya da yokluğunun sistematik sorgulamasına geçmeden önce, şimdiki hastalığın ve geçmiş atakların gözden geçirildiği açık uçlu sorularla başlar. Gözden geçirme bölümü hastaya hastalığını kendi cümleleri ile tanımlama fırsatı verir. Ayrıca özgül tanı ölçütleri sorulduğunda ortaya çıkarılamayacak bazı bilgilerin elde edilmesini sağlar (örn. önceki tedaviler, toplumsal ve mesleki işlevsellik, psikopatolojinin gelişmesine neden olabilen ortamlar). Gözden geçirme bittiğinde araştırmacı bir ayırıcı tanı formülasyonu yapmak için yeterince bilgi toplamış olur.

b. SCID-I/CV

SCID-I/CV yalnızca klinik pratikte en yaygın görülen DSM-IV tanılarını içerir. SCID-I/CV'de bozuklukların çoğu için tam tanı ölçütlerini içerir ve görüşme sorularıyla araştırmacıya yardımcı olur. Bununla birlikte bazı bozukluklarda tam tanı ölçütleri yerine, hastalıkların kısa tanımlanmasından oluşan özetlenmiş ölçütlerden faydalanılır. SCID-I/CV göreceli olarak gerekli kısımları kapsayan 6 modüle bölünmüştür (Tablo 2 ve Ek 3). Bazı bozukluklar SCID içinde sadece özet haliyle yer alır (Tablo 3).

SCID-I/CV'de iki ayrı kitap vardır: DSM-IV tanı ölçütleri ve görüşme sorularını içeren, yeniden kullanılabilir "Kullanım Kılavuzu" ve araştırmacının tanı kararlarını kaydettiği kısaltılmış DSM-IV tanı ölçütlerini içeren "Puanlama Cetveli". Kişinin değerlendirmesi yapılırken ulaşılabilir bilgi kaynaklarının tümünden yararlanıldı. Gerektiğinde aile üyeleri ve arkadaşların gözlemlerine ve hastanın Behçet Polikliniğindeki takibinde kullanılan dermatoloji dosyasına başvuruldu. Görüşme tamamlandıktan sonra her bir bozukluk için bozukluğun "şu anda" (yani, tanı ölçütlerinin tamamı bu ay boyunca karşılanmaktadır) ya da "yaşam boyu" (yani, ölçütler hastanın yaşamı boyunca bir kez karşılanmıştır) olup olmadığı belirlendi.

Tablo 2. SCID-I/CV Modülleri:

Modül A	Duygudurum Atakları
Modül B	Psikotik Ataklar
Modül C	Psikotik Bozukluklar
Modül D	Duygudurum Bozuklukları
Modül E	Madde Kullanım Bozuklukları
Modül F	Anksiyete ve Diğer Bozukluklar

Tablo 3. Tanı Ölçütü Olmadan SCID-I/CV'nin F Modülünün İçerdiği Hastalıklar.

Panik bozukluğu öyküsü olmadan agorafobi
Sosyal fobi
Özgül fobi
Yaygın anksiyete bozukluğu
Farklılaşmamış somatoform bozukluk
Somatizasyon bozukluğu
Hipokondriasis
Vücut dismorfik bozukluğu
Anoreksiya nervoza
Bulimia nervoza

c. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D, Ek 4)

Hamilton ve arkadaşları tarafından klinik araştırma amaçlı geliştirilmiş depresyon düzeyinin saptanmasında kullanılan bir ölçektir (50). Türkçe formun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Akdemir ve arkadaşları (51) tarafından yapılmıştır. Bu çalışmada ölçeğin 17 maddelik versiyonu kullanılmıştır. Klinisyen tarafından yürütülen yarı yapılandırılmış görüşme sırasında doldurulur. Dokuz madde 0-4, sekiz madde 0-2 puan aralığında değerlendirilir. En yüksek puan 53'tür ve tanı koymak için kullanılmaz.

d. Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği (HAM-A, Ek 5)

Hamilton ve arkadaşları tarafından klinik araştırma amacıyla geliştirilmiş anksiyete düzeyinin saptanmasında kullanılan bir ölçektir (52). Arkonaç ve arkadaşları tarafından Türkçe'ye çevirmiştir. Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Yazıcı ve arkadaşları yapılmıştır (53). Türkçeye çevrilen, ölçeğin 14 maddelik versiyonudur. Klinisyen tarafından yürütülen yarı yapılandırılmış görüşme sırasında doldurulur. Her maddeye 0-4 arası bir puan verilir ve her bir maddenin puanı toplanarak toplam puana ulaşılır. 0-5 puan anksiyetenin olmadığını, 6-14 puan minör anksiyete (hafif-orta) ve 15 puan ve üstü majör anksiyeteyi (ağır) göstermektedir (54).

e. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ, Ek 6)

Depresyonda görülen bedensel, duygusal, bilişsel ve motivasyonel belirtileri ölçer. 21 belirti kategorisini içeren Likert tipi bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Bireyden, her bir kategorideki 4 seçenekten ("Yok", "Bazen", "Sık", "Çok sık") kendisine en uygun olan işaretlemesi istenir ve her madde 0-3 arasında puan alır. Bu puanların toplanmasıyla depresyon puanı elde edilir (0-63 puan). Toplam puanın yüksekliği depresyon şiddetini gösterir. Beck ve arkadaşları (55) tarafından geliştirilmiş olup ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Hisli (1988) tarafından yapılmıştır (56).

f. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ, Ek 7)

Bireyin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığını ölçmektedir. 21 belirti kategorisini içeren Likert tipi bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Bireyden, her bir kategorideki 4 seçenekten ("Hiç", "Hafif derecede", "Orta derecede", "Ciddi derecede") kendisine en uygun olanı işaretlemesi istenir ve her madde 0-3 arasında puan alır. Bu puanların toplanmasıyla anksiyete puanı elde edilir (0-63 puan). Toplam puanın yüksekliği, kişinin yaşadığı anksiyetenin yüksekliğini gösterir. Beck ve arkadaşları (57) tarafından geliştirilmiş olup ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Ulusoy ve arkadaşları (1998) tarafından yapılmıştır (58).

g. Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20, Ek 8)

Kişinin kendi duygu ve heyecanlarını tanınamaması olarak tanımlanan aleksitimiği değerlendiren ölçektir. Daha önce kullanılmaya başlayan, 26 madde ve evet – hayır seçeneklerinden oluşan TAÖ-26 ölçeğinin revize edilmiş şeklidir. 20 maddeden oluşan, 1-5 arası puanlanan, Likert tipi bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Duyguları tanımada güçlük (TAÖ-1), duyguları söze dökmeye güçlük (TAÖ-2), dışa dönük düşünme (TAÖ-3) alt ölçekleri vardır. Ölçek maddelerinden 1, 3, 6, 7, 9, 13 ve 14'üncü maddeler TAÖ-1 ile, 2, 4, 11, 12 ve 17'inci maddeler TAÖ-2 ile, 5, 8, 10, 15, 16, 18, 19 ve 20'nci maddeler de TAÖ-3 ile ilişkilidir. Bireyden, her madde için "Kesinlikle katılmıyorum", "Pek katılmıyorum", "Kararsızım", "Kısmen katılıyorum" ve "Kesinlikle katılıyorum" seçeneklerinden en uygununu işaretlemesi istenir. Yüksek puanlar yüksek aleksitimik seviyeyi gösterir. Taylor ve arkadaşlarının önerisine göre (59), 51 puan ve altı aleksitimik değilken, 61 puan ve üstü kesin aleksitimik kabul edilir. Bizim çalışmamızda da 61 puan ve üstünü aleksitimik olarak kabul ettik. Bu ölçek, Bagby ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (60). Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirliği Sayar ve arkadaşları (2001) tarafından yapılmıştır (61).

D. Çalışma Akış Çizelgesi

Hastalar çalışma kapsamında bir kez muayene edildi. Muayene edildikten sonra psikiyatrik bozukluk tanısı alanlara tedavi başlanıp UÜTF Psikiyatri Anabilim Dalı Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Polikliniği'nde tedavileri sürdürülürken psikiyatrik bozukluk tanısı almayanlar bilgilendirilerek yakınmaları olduğunda polikliniğimize başvurmaları önerildi.

E. İstatistik Analiz

Araştırma verileri kodlanarak istatistiksel analizler SPSS for Windows version 13.0 kullanılarak elde edildi. Nicel verilerin normal dağılım gösterip göstermediği incelendikten sonra iki grup karşılaştırmalarında parametrik olmayan Mann Whitney U testi kullanıldı. Kategorik verilerin analizinde Pearson Ki-kare testi ve Fisher'in Kesin Ki-kare testi kullanıldı. Veri sayısının yetersiz olduğu durumlarda iki grubun

örnek dağılımlarını karşılaştırmak için Kolmogorov-Smirnov testi kullanıldı. Her iki tür ölçeğin karşılaştırılmasında Pearson korelasyon testi kullanıldı. Anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak belirlendi.



BULGULAR

Çalışmaya katılan 100 Behçet hastasının 49'ü (%49) erkek, 51'i (%51) kadındı. Hastalara uygulanan SCID-I/CV sonucunda 43 hasta psikiyatrik tanı almazken (grup 0), 57 hasta psikiyatrik tanı aldı (grup 1). Bu iki grup arasındaki sosyodemografik verilerin karşılaştırılması Tablo-2'de verilmiştir. Tüm hastaların yaş ortalaması 35.4 ± 1.1 bulundu. Bu hastaların 73'ü evli, 21'i bekar, 3'ü eşinden boşanmış, 3'ü duldu. Evli olanların ortalama evlilik süresi 16.2 ± 1.1 yıl ve çocuk sayıları ortalama 2.1 ± 0.1 olarak saptandı. Hastaların 8'i köyde, 28'i ilçede, 64'ü il merkezinde yaşıyordu. Eğitim düzeyleri ortalama 7.9 ± 0.3 yıl bulundu. Hastaların 37'si ev hanımı veya ev kızı, 8'i öğrenci, 21 işçi veya işçi emeklisi, 25'i memur veya memur emeklisi, 8'i serbest meslek sahibiydi (1 hasta işsiz).

Behçet hastalarının 28'inde ailede deri hastalığı öyküsü bulundu. Bunlardan 13'ü (%46.4) grup 0'da, 15'i (%53.5) ise grup 1'de idi. Ailede psikiyatrik bozukluk öyküsü ise 19 hastada saptandı. Bunlardan 8'i (%42.1) grup 0'da yer alırken 11'i (%57.8) ise grup 1'de idi. Grup 0 içinde ailede psikiyatrik hastalık öyküsü bulunan hasta oranı %19 iken, bu oran grup 1 içinde %19.3 olarak bulundu.

Hastaların ortalama BH süresi 76.6 ± 7.7 ay idi. Bu süre grup 0 için 73.9 ± 12.6 iken, grup 1 için 78.6 ± 9.7 olarak bulundu. Çalışmaya katılan hastaların 95'inde BH'nın şiddeti görüşmenin yapıldığı dönemde kendi başlarına yaşayıp, herhangi bir kişiye ihtiyaç duymadan yaşayacak durumdayken, 5'i BH'nın yarattığı yeti kaybı nedeniyle kısmen bir yakınına ihtiyaç duymaktaydı. Bu 5 hastanın 1'i (%20) grup 0 içinde yer alırken, 4'ü (%80) grup 1'deydi.

BH başladıktan sonra insanlarla ilişkilerinde olumsuz yönde etkilenme, grup 1'de grup 0'a göre anlamlı miktarda fazla bulundu ($p=0.000$). Beslenme, görme yetisinde ve cinsel yaşamda olumsuz etkilenme grup 1'de grup 0'a göre fazla olmakla birlikte, bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi. Yine hastalığın herhangi bir döneminde "yaşamaktan bıktım" düşüncesinin sıklığı grup 1'de grup 0'a göre anlamlı derecede fazlaydı ($p=0.000$).

Tablo-2: Psikiyatrik tanı alan ve almayan iki grubun sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması

Sosyodemografik özellikler	Grup 0 (n=43)		Grup 1 (n=57)	
	n	%	n	%
Cinsiyet				
Erkek	26	60.5	23	40.4
* Kadın	17	39.5	34	59.6
Yaş (ortalama)	34.7±1.6		35.8±1.4	
Medeni durum				
Evli	35	35	38	38
Ortalama evlilik süresi (yıl)	15.2±1.6		17.1±1.6	
Bekar	8	8	13	13
Boşanmış	0	0	3	3
Eşi vefat etmiş	0	0	3	3
Çocuk sayısı (ortalama)	1.9±0.2		2.2±0.2	
Adres				
İl merkezi	20	46.5	44	77.2
İlçe merkezi	18	41.9	10	17.5
Köy	5	11.6	3	5.3
Eğitim düzeyi (ortalama)	8.0±0.5		7.8±0.5	
Meslek grupları				
Ev hanımı	14	32.6	23	41.1
Öğrenci	4	9.3	4	7.1
İşçi	9	20.9	12	21.4
Memur	12	27.9	13	23.2
Serbest meslek	4	9.3	4	7.1

*p<0,05

Özkiyim girişimi öyküsü 4 hastada vardı. Bunların 1'i grup 0'da (%2.3), 3'ü ise grup 1'de (%5.3) idi. Özkiyim planına 1 hastada rastlandı ki o da grup 1 (%1.8) içindeydi.

Geçen ay içerisinde psikiyatrik tedavi alanların sayısı 9 idi. Bunların tamamı grup 1 içindeydi (%15.7). Çalışmaya katılan hastaların 68'inin en az bir psikiyatrik yakınması vardı. Buna karşın 32 hastanın hiç psikiyatrik yakınması yoktu. Yakınması olan 68 hastanın 15'i grup 0'da, 53'ü grup 1'de yer aldı. Psikiyatrik yakınması olmadığı halde tanı alan ise 4 hasta (%15.5) vardı. Psikiyatrik yakınmalar 7 ana gruba ayrıldı. Grup 0 ve grup 1'in psikiyatrik yakınmalar açısından karşılaştırılması tablo-3'de özetlenmiştir. Yakınmaların süresinin ortalama 60.8 ± 9.3 ay olduğu saptandı. Bu süre grup 0 için ortalama 79.0 ± 28.2 ay, grup 1 için ise ortalama 55.7 ± 9.1 ay idi.

Tablo-3: Psikiyatrik yakınmaların, grup 0 ve grup 1'deki dağılımı.

Psikiyatrik yakınma grubu	Grup 0 (n=43)		Grup 1 (n=57)	
	n	%	n	%
Depresif duygudurum	6	40	31	58.5
Somatik anksiyete	1	6.7	1	1.9
Depresif düşünce içeriği	0	0	6	11.3
Psşik anksiyete	9	60	35	66
Psikofizyolojik işlevler	1	6.7	15	28.3
Takıntılar	0	0	1	1.9
Bilişsel işlevler	3	20	9	17

Son aylarda kendilerinde stres yaratan sorunları tanımlamaları istendiğinde hastaların 53 tanesi dinamik bir sorundan bahsettiler. Bunların 11'i grup 0'da (%20.8), 42'si ise grup 1'deydi (%79). Bu sorunlar gruplara ayrılarak dağılımı tablo-4'de verilmiştir. Hastalarda saptanan yaşam sorunlarının %60'ı yeni olay iken, %40'ı daha önce yaşanan sorunların bir tekrarıdır.

Hastalara kendilerini en kötü hissettikleri dönemi tarif etmeleri istendiğinde 68 hastadan 27'si (%39.7) herhangi bir sorunla ilişkisiz olarak bir süredir aynı olduğunu, 19'u (%27.9) stresli bir dönemlerinde, 12'si BH tanısı konduğu dönemde, 10'u ise son

veya daha önceki Behçet ataklarında kendilerini en kötü hissettiklerini ifade ettiler. Çalışmaya katılan Behçet hastalarının 23'ü psikiyatrik sorunları için psikiyatriste başvurmuş. Bunların 2'si (%4.7) grup 0'da, 21'i (%36.8) grup 1'de yer almıştı.

Tablo-4: Stres oluşturan sorunların genel yüzdesi ve grup 0 ve grup1'deki dağılımı.

Stres oluşturan sorun grubu	Grup 0 (n=43)		Grup 1 (n=57)	
	n	%	n	%
Çocuklarla ilgili (n=7, %13.2)	1	9.1	6	14.3
Eşi ile ilgili (n=18, %34)	0	0	* 18	*42.9
Yakınların kaybı (n=5, %9.4)	2	18.2	3	7.1
Sağlık sorunları (n=10, %18.9)	2	18.2	8	19
Ekonomik sorunlar (n=8, %15.1)	2	18.2	6	14.3
Kendi yakınlarıyla ilgili (n=6, %11.3)	1	9.1	5	11.9
İşsizlik veya İşle ilgili (n=12, %22.6)	3	27.3	9	21.4

*p<0.01

Daha öncesinde psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören 2 hasta vardı ve ikisi de grup 1'de yer alıyordu. Hastalardan 55'i psikiyatri dışı bir hastalığın tedavisi için hastanede yatmıştı. Bunlardan 37'si (%67.9) grup 1'de, 18'i (%41.9) grup 0'da yer alıyordu. Grup 1 de hastaneye yatış, grup 0'a göre anlamlı olarak daha fazla bulundu ($p<0.02$). Hastaneye yatış nedenleri gruplara ayrılarak karşılaştırıldı. Hastaların 30'u (%54.5) BH nedeniyle, 17'si (%30.9) herhangi bir ameliyat nedeniyle, 7'si (%12.7) bir enfeksiyon nedeniyle, 3'ü (%5.5) dahili bir hastalıkları için, 2'si (%3.6) travma nedeniyle, 4'ü (%7.3) nörolojik bir hastalık için ve 2'si (%3.6) kadın-doğum hastalıkları nedeniyle yatarak tedavi görmüşlerdi. Yatış nedenleri açısından karşılaştırıldığında grup 0 ile grup 1 arasında anlamlı fark yoktu.

Geçen ay içerisinde ek bir stres oluşturan sorun yaşayan hastaların oranı grup 1'de (14 hasta, %24.6), grup 0'a (0 hasta) göre anlamlı olarak daha fazlaydı. Hastaların 31'inde (%31) BH dışında başka bir bedensel hastalık bulunmaktaydı. Bunların 13'ü (%30.2) grup 0'da, 18'i (%31.6) grup 1'deydi.

73 hastanın BH nedeniyle ilaç kullandığı saptanırken, bu hastaların 46'sı (%63) grup 1'de, 27'si (%37) ise grup 0 içindeydi. Kullandığı ilaçlar bakımından hastalar gruplara ayrıldı, grup 0 ve grup 1'in karşılaştırılması tablo-5'de verilmiştir.

Tablo-5: Hastaların BH nedeniyle kullandıkları ilaçların grup 0 ve grup 1'deki dağılımı.

Kullanılan ilaç grubu	Grup 0 (n=43)		Grup 1 (n=57)	
	n	%	n	%
Kortikosteroid	2	40	3	60
İmmüsupresif	2	33.3	4	66.7
Kolşisin	17	39.5	26	60.5
Kortikosteroid+immüsupresif	0	0	2	100
Kortikosteroid+kolşisin	4	30.8	9	69.2
İmmüsupresif+kolşisin	2	50	2	50

Çalışmaya katılan Behçet hastalarında saptanan psikiyatrik bozukluklar (n=57) sıklık sırasına göre şöyleydi: Major Depresif Bozukluk 22 (%38.6) hastada, Başka Türü Adlandırılmayan (BTA) Depresif Bozukluk 9 (%15.8) hastada, Distimik Bozukluk 6 (%10.5) hastada, BTA Anksiyete Bozukluğu 4 (%7) hastada, Major Depresif Bozukluk (remisyonda) 3 (%5.3) hastada, Bipolar II Bozukluğu 3 (%5.3) hastada, Panik Bozukluk 2 (%3.5) hastada ve 1'er (%1.8) hastada da Obsesif Kompulsif Bozukluk, Travma Sonrası Stres bozukluğu, Yaygın Anksiyete Bozukluğu, Konversiyon Bozukluğu, Alkol Kötüye Kullanımı (remisyonda), Sosyal Fobi, Depresif Mizaçlı Uyum Bozukluğu ve Özgül Fobi saptandı. Tanılar 3 ana gruba ayrıldı: Duygudurum Bozukluğu grubunda 44 hasta, Anksiyete Bozukluğu grubunda 10 hasta ve diğerleri grubunda 3 hasta (sayı az olduğu için istatistikten çıkarıldı) yer aldı.

Çalışmaya katılan tüm Behçet hastalarına uygulanan HAM-A, HAM-D, BAÖ, BDÖ ve TAÖ-20 ölçeklerinin ortalama puanları ve grup 0 ile grup 1'in karşılaştırılması tablo-6'da verilmiştir. Tüm ölçeklerde grup 1'in puan ortalamaları, grup 0'a göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Tablo-6: Ölçeklerin puan ortalamaları açısından grup 0 ve grup 1'in karşılaştırılması.

Ölçekler	Grup 0	Grup 1	Tüm hastalar
HAM-D	2.6±0.4	*13.2±0.9	8.6±0.7
HAM-A	4.4±0.5	*18.0±1.1	12.2±0.9
BDÖ	5.1±0.7	*15.4±1.3	11.0±0.9
BAÖ	7.9±1.0	*20.6±1.5	15.1±1.2
TAÖ-20	52.3±1.8	*63.0±1.2	58.4±1.2

*p=0.000

Demografik verilerle ölçeklerin ve ölçeklerin kendi aralarındaki korelasyonuna bakıldığında. Hasta yaşı ile BAÖ arasında pozitif bir korelasyon bulunurken ($p<0.04$), diğer ölçeklerle anlamlı bir ilişki yoktu. Eğitim düzeyi ile TAÖ-20 arasında negatif korelasyon saptanırken ($p<0.04$), diğer ölçeklerle anlamlı ilişki bulunmadı. Cinsiyetlerin karşılaştırılmasında, tüm ölçeklerde puan ortalamaları kadın cinsiyette erkeğe göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Evli ve bekarlar arasında ölçek ortalama puanları açısından hiçbir ölçekte fark bulunmadı. Köy, ilçe ve il merkezinde yaşayanlarda da ölçek ortalama puanları açısından anlamlı farklılık saptanmadı. TAÖ-20 ölçeği ile de anksiyete ve depresyon ölçekleri arasında pozitif korelasyon tespit edildi ($p=0.000$).

Tüm Behçet hastalarının 44'ü TAÖ-20 ölçeğinden 61 puan ve üzerinde (aleksitimik), 56'sı 61 puanın altında (aleksitimik olmayan) aldı. Çalışmaya katılan kadın hastaların 25'i (%49) aleksitimik, erkek hastaların ise 19'u (%38.7) TAÖ-20'ye göre aleksitimik bulundu. TAÖ-20 alt ölçekleri arasında korelasyona bakıldığında; TAÖ-1 ve TAÖ-2 alt ölçekleri arasında pozitif bir korelasyon saptanırken TAÖ-3 ilişkisiz bulundu. TAÖ-20 alt ölçekleri ortalama puanları açısından tüm hastalar, grup 1 ve ana tanı gruplarının karşılaştırılması tablo-7'da verilmiştir.

Tablo-7. TAÖ-20 alt ölçekleri ortalama puanları açısından tüm hastalar, grup 1 ve ana tanı gruplarının karşılaştırılması

TAÖ-20 alt ölçekleri	Grup 1	Duygudurum bozuklukları	Anksiyete bozuklukları	Tüm hastalar
TAÖ-1	19.7±0.8	19.2±1.0	22.1±1.1	*16.9±0.6
TAÖ-2	15.4±0.5	15.2±0.6	16.3±0.8	*14.6±0.4
TAÖ-3	27.9±0.6	28.2±0.8	26.4±1.1	27.0±0.6

*p=0.000

Çalışmaya katılan hastalar TAÖ-20'ye göre nonaleksitimik ve aleksitimik olarak iki gruba ayrıldıktan sonra hekimin doldurduğu (Hamilton) ve hastanın doldurduğu (Beck) anksiyete ve depresyon ölçeklerinin kendi aralarındaki korelasyonuna bakıldı. Nonaleksitimik ve aleksitimik grupların her ikisinde de HAM-D ile BDÖ ve HAM-A ile BAÖ anlamlı olarak korele bulundu. Cinsiyet dağılımlarına göre yapılan korelasyon incelemesinde; nonaleksitimik grupta her iki cinsiyette de ölçek puanları arasında korelasyon bulunurken ($p<0.002$), aleksitimik gruptaki erkek hastalarda HAM-D ve BDÖ arasında korelasyon saptanmadı. Aleksitimik ve nonaleksitimik grupların depresyon ve anksiyete ölçeklerinden elde ettikleri puan ortalamaları ve korelasyon katsayıları (r) tablo-8'de verilmiştir.

Tablo-8. Aleksitimik ve nonaleksitimik grupların depresyon ve anksiyete ölçeklerinden elde ettikleri puan ortalamaları ve korelasyon katsayıları.

	n	HAM-D	BDÖ	r	HAM-A	BAÖ	r
Aleksitimik (tüm grup)	44	10.5±1.1	15.9±1.5	0.579	15.0±1.4	19.3±1.8	0.706
Nonaleksitimik (tüm grup)	56	7.1±0.9	7.1±0.9	0.821	9.9±1.2	11.8±1.4	0.668
Aleksitimik kadınlar	25	12.2±1.5	19.4±2.3	0.579	16.8±1.8	20.8±2.8	0.702
Nonaleksitimik kadınlar	26	9.5±1.5	8.8±1.2	0.821	13.4±2.1	15.2±2.2	0.621
Aleksitimik erkekler	19	*8.3±1.6	*11.4±1.3	0.316	12.6±2.2	17.4±1.9	0.651
Nonaleksitimik erkekler	30	5.1±1.1	7.1±0.9	0.893	6.9±1.2	8.9±1.6	0.771

*p=0.187

TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu çalışmada Behçet hastalarında SCID-I görüşmesi sonrası, depresif ve anksiyete bozukluklarının yüksek oranda olduğu ve psikiyatrik tanı alan gruba, işlevsellikte daha fazla bozulmanın ve herhangi bir nedenle hastaneye yatışın daha yüksek oranda bulunduğu saptandı. Behçet hastalarında aleksitimi sıklığı da belirgin olarak yüksek ve psikosomatik hastalıklarla benzer oranlarda bulundu. TAÖ-20 ölçeği puan ortalamaları ile depresyon ve anksiyete ölçek puanları arasında ilişki vardı, aleksitimik olan ve olmayan hastaların doldurdukları depresyon ve anksiyete ölçekleri ile hekimin doldurduğu ölçekler arasında da pozitif ilişki saptandı.

Bir çalışmada BH karşısında hastaların yaşadıkları duyguların öncelikle korku, üzüntü, endişe, ümitsizlik ve merak olduğu bulunmuştur (%74.9) (22). BH ciddi bir stres olmakta ve kişide baş etme mekanizmalarını devreye sokmaktadır. Bu çalışmada psikiyatrik tanı almayanlar ve tanı alanlar karşılaştırıldığında; BH başladıktan sonra tanı alan grupta, başta insanlarla ilişkilerinde bozulma ve “yaşamaktan bıktım” düşüncesinde artma olmak üzere, beslenme, görme yetisinde ve cinsel yaşamda olumsuz etkilenmenin daha fazla olması; BH'nın oluşturduğu ek stresin kişinin baş etme mekanizmalarını daha da bozarak, psikiyatrik bozukluğa zemin hazırladığı veya var olan psikiyatrik bozukluğu daha da kötüleştirdiğini düşündürebilir.

Karlıdağ ve arkadaşlarının araştırmasında (22) BH başlamadan önce stres etkeni bildirilme oran %69.4, depreşme dönemlerinde bu oranın %80.5 olduğu bildirilmiştir. Bir başka çalışmada (62) BH başlangıcında stres sıklığı %81 olarak bulunmuştur. Bu stresin aile içi çatışmalar, ekonomik ve sosyal stres olduğu saptanmıştır. Hastalar sorunlarının büyük oranda birincil sosyal destek grubu (%38.8) ve toplumsal çevre ile ilgili (%13.8) olduğunu bildirmişlerdir. Koptagel-İlal ve arkadaşları (25) ise çalışmalarında hastalık öncesinde hemen bütün hastalarında psikososyal sorunlar olduğunu bildirmiş, bu sorunların büyük oranının (%94.5) sosyoekonomik ve aile çatışmaları ile ilgili olduğunu belirtmişlerdir. Aynı hasta grubunun %67.3'ü halen hastalıklarıyla ilişkili stres yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Coşkun'un (1) çalışmasında bu oranlar hastalık öncesinde %83.3, depreşme dönemlerinde %63.3, Cengiz ve Özkan'ın (63) çalışmasında hastalık öncesinde %66.6 olarak bildirilmektedir. Aslan

ve arkadaşları (8) ise hastalığın başlangıcında ve alevlenme dönemlerinde önemli bir psikososyal sorun bildirme oranını %68.3 olarak tespit etmişlerdir. BH'nın başlangıcının ve alevlenme dönemlerinin kişilerin duygusal açıdan hassas oldukları dönemlere rastladığının üzerinde duran başka çalışmalar da (12, 13, 16, 25) vardır. Bu çalışmada, önceki çalışmalara göre psikososyal bir stresle bağlantı biraz daha düşük oranlarda (%48.9) kurulabildi. Bu oranın daha düşük olma nedeni hastaların önemli bir kısmının yeni tanı konmuş vakalar olması ile ilişkili olabilir.

Depresyonun yaşam boyu prevalansı toplumda %4 -16.9 arasında değişirken, bir yıllık prevalans toplumda %10.3, kadınlarda %8, erkeklerde %3'tür (64). Anksiyete bozuklukları ise kadınlarda %7.3, erkeklerde %4.7 sıklıkla görülmektedir (65). Genel popülasyonda depresyon ve anksiyete bozukluklarının, kadınlarda erkeklere göre iki kat daha sık görüldüğü bilinmektedir. Bu çalışmaya alınan Behçet hastalarında psikiyatrik tanı alanların %40.4'ü erkek, %59.6'sı kadındı. Burada da anlamlı görünen kadın erkek farkı yaklaşık olarak genel popülasyona benzerdir.

Geçmişteki çalışmalarda Behçet hastalarında yüksek oranlarda depresyon, anksiyete ve somatizasyona rastlanmıştır (20-23). Çalıştığımız Behçet hastalarından 68'i en az bir psikiyatrik yakınma dile getirmiştir. Rastladığımız ağırlıklı yakınmaların, depresif duygudurum ve psişik anksiyete ile ilişkili olması bu bilgilerle kısmen uyumludur. Ancak somatik yakınmalar genellikle hastalar tarafından bedensel hastalıklara atfedildiği için ruhsal yakınma olarak bildirilmemiş olabilir.

Behçet hastalarının anksiyete ve depresyon düzeyleri birçok çalışmada araştırıldığı halde bu hastalardaki psikiyatrik bozuklukların sıklığı bugüne kadar pek çalışılmamış bir konudur. Yapılan literatür araştırmasında şimdiye kadar yapılmış bir çalışmaya rastlanmamıştır. 2005 yılında Dursun ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada (yayınlanmamış veri); kortikosteroid, imünsüpresif ve psikotrop ilaç kullanmayan 73 Behçet hastası taranmış, psikiyatrik tanı konma oranı %79.4 olarak bildirilmiştir. Majör depresyon %17,8, özgül fobi %16,4, yaygın anksiyete bozukluğu %15,1, sosyal fobi %9,6, distimik bozukluk %6,8, obsesif kompulsif bozukluk %6,8, agorofobi %4,1, panik bozukluk %1,4 ve vücut dismorfik bozukluğu %1,4 oranında bulunmuştur (66). Bu çalışmaya ilaç kullanan hastalar da alınmasına rağmen psikiyatrik tanı konma oranı Dursun ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmaya göre biraz daha düşüktür

(%57). Ayrıca tanı dağılımında da farklılık vardır. Dursun ve arkadaşlarının çalışmasında anksiyete bozukluklarının oranı daha yüksek olmasına karşın, bu çalışmada duygudurum bozuklukları daha yüksek oranda bulunmuştur. Burada özellikle özgül fobi tanısı arasında önemli farklılık vardır (%16,4'e karşılık %1).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada BH ataklarını sık ve şiddetli geçiren hastaların depresyon, umutsuzluk ve kaygı puanları, atakları seyrek ve hafif geçenlerden anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (8). Bu çalışmada hastaneye yatış öyküsü olan hastalarda psikiyatrik tanı oranının anlamlı olarak yüksek çıkması, hastaneye yatmayı gerektirecek ağır hastalığın depresyon ve anksiyete riskini artırdığı düşüncesini desteklemektedir. Aslan ve arkadaşlarının çalışmasında kortikosteroid kullanan hastalarda depresyon, umutsuzluk ve kaygı puanları kortikosteroid kullanmayan hastalardan daha yüksek bulunmuştur. Bu çalışmada ilaç kullanımları açısından yapılan karşılaştırmalarda anlamlı bir ilişki bulunmadı. Bu sonuç özellikle kortikosteroid ve immunsupresif ilaç kullanan hasta sayısının (25 kişi) az olmasıyla ilişkili olabilir.

Daha önce dermatolojik hastalıklarda yapılan araştırmalara baktığımızda intihar düşüncesinin %0.0 ile %9.7 arasında saptandığını görülmektedir (67-72). Bu çalışmada bu oranın %1 olması (4 hastada ise intihar girişim öyküsü var), hastaların yaşam kalitesi çok bozulmamış bir grup olması ve hastalığın vücut imajını fazla etkilememesi ile ilişkili olabilir. Ancak hastalarda saptadığımız yüksek düzeydeki depresif bozukluk oranı, intihar riskinin de bu grupta genel toplumdaki riskten yüksek olduğunu düşündürebilir.

Bu çalışmada hem hekim tarafından hem de hasta tarafından doldurulan depresyon ve anksiyete ölçekleri ortalama puanları, normalde de bekleneceği gibi psikiyatrik tanı alan grupta, tanı almayan gruba göre anlamlı olarak yüksek çıkmıştır. Bunu yanı sıra TAÖ-20 ölçeği ortalamasının da psikiyatrik tanı alan grupta (ortalama 63 puan), tanı almayan gruba göre (ortalama 52.5 puan) anlamlı oranda yüksek çıkması dikkate değerdir. Aleksitimik olan psikiyatri hastalarında olmayanlara göre genel psikopatoloji ve duygudurum bozuklukları daha fazla saptanmıştır (73, 74). Bu güne kadar yapılan çalışmalarda depresyon seviyesinin aleksitimi üzerine potansiyel etkisi hakkında birbiriyle çelişen sonuçlar bildirilmiştir (75, 76). Depresyonla aleksitiminin ayrı mı

yoksa örtüşen yapılar mı oldukları ile ilgili fikir ayrılığı vardır (78, 79). Bazı çalışmalar depresyonla aleksitimi arasında ilişki olduğunu bildirirken (37, 75, 77, 79-81), diğerleri depresyon ve aleksitiminin birbirinden bağımsız olduğunu bildirmiştir (43, 78). Major depresyonlu hastalarda depresyonun şiddetinin, aleksitiminin şiddeti ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (39). Ülkemizde alkol bağımlıları ile yapılan iki çalışmada da aleksitiminin depresyon ve anksiyete ile ilişkili olduğu ve depresyondaki hastaların daha fazla aleksitimik oldukları bulunmuştur (45, 82). Haviland ve arkadaşları da psikoaktif madde bağımlılarında aleksitimi durumunun şiddetli kaygı ve depresyondan kaynaklanabileceğini bildirmişlerdir (83). Özen ve arkadaşları somatize eden hasta grubunda aleksitimi ile depresyon ve sürekli anksiyete arasında pozitif korelasyon bildirmişlerdir (42). Mastalji hastaları ile yapılan bir çalışmada benzer ilişki aynı zamanda kontrol grubu için de gösterilmiştir (84). Elde ettiğimiz bulgularda, psikiyatrik tanı alan Behçet hastalarında, psikiyatrik tanı almayanlara göre TAÖ-20 puanlarının anlamlı şekilde yüksek olduğu dikkati çekti. Ayrıca TAÖ-20 ile çalışmamızda kullandığımız depresyon ve anksiyete ölçekleri arasında pozitif korelasyon saptadık. Bu bulgularımız da depresyon ve anksiyete ile aleksitimi arasındaki ilişkiyi desteklemektedir.

Normal erişkinlerde sosyodemografik değişkenler ile TAÖ toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bildirilmiştir (85). Bunun yanında normal olgularda TAÖ toplam puanının yaşla beraber arttığı (86), eğitim arttıkça daha az aleksitimik olma eğilimi olduğu bildirilmiştir (32, 87). Konversiyon bozukluğu ve psöriasis hastaları ile yapılan bir çalışmada TAÖ-20 kullanılmış ve her iki hasta grubunda da eğitilmiş olmanın aleksitimi açısından koruyucu özelliğe sahip olduğu sonucuna varılmıştır (88). Bu çalışmada eğitim düzeyi yükseldikçe TAÖ-20 puanlarının düştüğü sonucu, daha önce bu konuda bildirilmiş yayınlarla uyumludur.

Bir dizi psikosomatik hastalıkta aleksitiminin yaygın olduğu gösterilmiştir. Örneğin hipertansiyonda %47 ve %41 (89), romatoid artritte %27.5 (90), kronik amfizem-bronşitte %44 gibi sıklıklar elde edilmiştir. Kronik sırt ağrısı ve psikosomatik sindirim sistemi hastalıklarında da yüksek aleksitimi puanları elde edilmiştir (90, 91). Ülkemizde yapılan çalışmalarda peptik ülser grubunda %53.85 (91), irritabl kolon sendromunda %46 (46) ve organik nedene bağlı olmayan mastalji hastalarında bir çalışmada %50 (kontrol grubunda %16,7) (84), bir diğer çalışmada %57.9 (92)

oranında aleksitimi gösterilmiştir. Fibromiyalji sendromu olan hastalarla TAÖ-20 kullanılarak yapılan bazı çalışmalarda hastalar kontrol grubundan daha aleksitimik bulunmuştur (47, 93, 94). Alkol bağımlıları ile yapılan çalışmalarda aleksitimi %36 ile %60 arasında değişen oranlarda bulunmuştur (45, 82, 83, 95, 96). Psöriasisli 300 hasta ile yapılan bir çalışmada prevalans %33 olarak bildirilmiştir (97). Alopesi areata hastalarında da aleksitimik özelliklerin fazla olduğu bildirilmiştir (98, 99). Ülkemizde yapılan bir çalışmada aleksitimi oranı kontrol grubundan yüksek (alopesi: %44.2, kontrol: %23.2) bulunmuştur (100). Ancak bütün bu çalışmaların sonuçlarını desteklemeyen çalışmalar da mevcuttur. Behçet hastalarının %86'sında eş zamanlı psikosomatik belirtiler ve tanı konduktan sonra depresyon geliştiği ileri sürülmektedir (25). Genel popülasyonda TAÖ-20 ile yapılan çalışmalarda aleksitimi prevalansı; Finlandiya'da %13 (erkeklerde %17, kadınlarda %10), Fransa'da %17.1 (263 üniversite öğrencisi ile çalışılmış, kesme puanı 56) bulunmuştur (101, 102). Şimdiye kadar Behçet hastalarında aleksitiminin araştırıldığı bir başka çalışmaya rastlamadık. TAÖ-20'ye göre 61 kesme puanı ile belirlediğimiz aleksitimik hasta oranı olan %44 diğer dermatolojik hastalıklar ve psikosomatik hastalıklarda bulunan oranlara yakın bir oran olarak gözükmemektedir ve normal popülasyondan yüksektir. Genel popülasyonla yapılan çalışmalarda erkeklerde aleksitiminin daha sık görüldüğü bildirilmiştir. Behçet hastalarında aleksitimi kadınlarda daha fazla tespit ettik (kadınlarda %49, erkeklerde %38.7). Bu uyumsuzluğun nedeni, depresyon ve anksiyetenin daha yoğun olduğu bir grupta çalışmış olmak ve depresyon ve anksiyeteyi kadınlarda daha fazla tespit etmiş olmamız olabilir.

Psikososyal stres etkenleri ve bireyin stresle başa çıkabilme kapasitesi hastalığın ortaya çıkması, iyileşmesi ve alevlenmesinde önemli rol oynamaktadır. Bireyin stresle başa çıkma yetisi sorunu çözmede ve uyum sağlamada yetersiz olduğunda stresin olumsuz etkisi sinir sistemine ve immün mekanizmalara yansımaktadır (79). Aleksitimik bireylerin psikolojik, endokrin ve immün sonuçları olan fark etmedikleri bir kronik strese maruz kaldıkları da ileri sürülmüş, aleksitiminin immün fonksiyonlarda bozulmaya neden olduğu rapor edilmiştir (103). Otoimmün bir hastalık olabileceği düşünülen BH'nın, sistemik tutulum da yapabildiği düşünülürse; aleksitiminin, stresle başa çıkmayı güçleştirip, stresle tetiklenen immünolojik mekanizmalar aracılığıyla BH'nın ortaya çıkışını kolaylaştırabileceği söylenebilir. Aleksitimi ile immün sistemin ilişkisi de araştırmaya değer konulardan birisidir.

Depresyonun değerlendirilmesinde aleksitiminin etkisinin araştırıldığı bir çalışmada, aleksitimik olan ve olmayan deneklerle görüşmecinin değerlendirdiği ölçek (HAM-D) ile kendini bildirim ölçeği (BDÖ) uygulanmıştır (104). Aydemir ve arkadaşlarının yaptığı bu çalışmaya 21 fibromiyalji, 23 major depresyon ve 25 sağlıklı denek alınmış, HAM-D ve BDÖ'nin korelasyonuna, iki cinsiyet için de ayrı ayrı bakılmıştır. Aleksitiminin genel olarak depresyon ölçümü üzerine herhangi bir etki yaratmadığı sonucuna varılmakla birlikte, sadece aleksitimik olan erkeklerde HAM-D ile BDÖ arasında korelasyon saptanmamıştır. Araştırmacılar aleksitimik erkeklerde depresyonu değerlendirirken her iki tür ölçeğin birlikte kullanılmasını önermişlerdir. Bu çalışmada da Behçet hastalarını aleksitimik olan ve olmayan şeklinde ayırdıktan sonra sadece aleksitimik erkeklerde ve sadece depresyon ölçeklerinde korelasyon bulunmadı. Aleksitimik erkeklerin ölçek puan ortalamalarına baktığımızda BDÖ ile elde edilen depresyon skorunu HAM-D'ye göre daha yüksek olarak değerlendirilebilir. Bu sonuçlarla Aydemir ve arkadaşlarının çalışmasının sonuçları arasında yakın benzerlik vardır. Ayrıca aleksitimik olan ve olmayan kadın ve erkek hastaların anksiyetesinin ölçümünde ölçek türü herhangi bir farklılık oluşturmamıştır. Kendini değerlendirme ölçeği ile depresyonun değerlendirilmesinde aleksitimik erkeklerin bildirdiği bazı depresif özellikler ya da belirtiler, görüşmecinin değerlendirdiği ölçek kullanıldığında atlanabilmektedir. Bu da, aleksitiminin tanımında bulunan duyguların sözel ifade güçlüğüyle ilişkili olabilir. Ancak bu farklılık sadece erkek hastaların depresif belirtileri ifadesinde anlamlı olarak ortaya konabilmiştir.

Sonuç olarak, Behçet hastalarında saptanan yüksek psikiyatrik hastalık oranları nedeniyle, bu hastaların psikiyatrik açıdan da değerlendirilmeleri önem kazanmaktadır. Hasta ve hekim tarafından doldurulan depresyon ve anksiyete ölçeklerinin büyük oranda korele bulunması, bu hastaların dermatoloji ve diğer polikliniklerde kendini değerlendirme ölçekleri ile değerlendirilerek gereğinde psikiyatriye yönlendirilmelerinin uygun olabileceğini göstermektedir.

EKLER

EK 1. SCID-CV Gözden Geçirme Formu

Adı Soyadı:	
Dosya No:	
Tel No:	
Tarih:	
DEMOGRAFİK VERİLER	
1-Doğum tarihi:	
2-Medeni durumu: a) Evli b) Bekar c)Boşanma-ayrı yaşama d) Vefat Kaç yıllık evli/boşanmış/dul:	
3-Çocuk sayısı: a)Yok b)1 c)2 d)3 e)4 ve üzeri	
4-Oturduğu yer: a) Köy b)İlçe c)İl Merkezi Kimlerle yaşıyorsunuz?	
OKUL ÖYKÜSÜ	
5-Eğitim düzeyi: a) 0 b)5 yıldan az c)5 d) 8 e)11 f) >11 Okul bitiremediyseniz neden?	
MESLEK ÖYKÜSÜ	
6-Mesleği: VARSA Ne zamandır bu işte çalışıyorsunuz? <6 aysa en son işinizden neden ayrıldınız? YOKSA Daha önce ne tür işler yaptınız? Şu anda geçiminizi nasıl sağlıyorsunuz?	
7-BİLİNMIYORSA Hiç iş yapmadığınız veya okula gitmediğiniz bir dönem oldu mu? Ne zaman ve neden?	

ŞİMDİKİ TEDAVİ DURUMU	
8-Geçen ay psikiyatrik açıdan tedavi gördünüz mü?	
9-Bu tedaviye ne zaman başladınız?	
ESAS YAKINMA VE SORUNUN TANIMLANMASI	
10-Psikiyatrik açıdan yakınmanız var mı?	
ŞİMDİKİ HASTALIĞIN VEYA ALEVLENMENİN BAŞLAMASI	
11-Bu yakınma ne zaman başladı?	
YENİ BELİRTİLER VE TEKRARLAYANLAR	
12-Şu anda yaşadığınız sorunlar yeni mi yoksa önceki sorunlarınızın tekrarı mı?	
ÇEVRESEL SORUNLAR VE OLASI PRESİPİTANLAR	
13-Tüm bunlar başlamadan hemen önce her hangi bir sorun veya değişiklik oldu mu? Bunların psikiyatrik hastalığınızla ilişkisi var mı? Başka sorunlar var mıydı?	
ŞİMDİKİ HASTALIĞIN GİDİŞİ VE ALEVLENMELERİ	
14-Hastalık (psikiyatrik) başladıktan sonra ne oldu?	
15-Bu başladığından beri kendinizi ne zaman en kötü hissettiniz?	
TEDAVİ ÖYKÜSÜ	
16-Psikiyatrik sorunlarınız için ilk olarak ne zaman doktora başvurduunuz? Ne tedavi önerildi?	
17-Daha önce psikiyatri servisinde bulundunuz mu? Neden?	
18-Tıbbi yakınmalarınız için daha önce hastaneye yattınız mı? Neden?	

ŞU ANDAKİ DİĞER SORUNLAR	
19-Geçen ay içinde başka bir sorun yaşadınız mı?	
20-Ruh haliniz nasıl?	
21-Başka bedensel hastalığınız var mı: a) Evet b)Hayır Varsa:	
22-Şu anda kullandığınız (psikiyatri dışı) ilaçlar ve süresi:	
23-Geçen ay içinde ne kadar alkol/sigara/madde kullandınız?	
O SIRADAKİ TOPLUMSAL İŞLEVSELLİK	
24-Boş zamanlarınızı nasıl geçiriyorsunuz? Bu zamanları kiminle geçirirsiniz?	
GÖZDEN GEÇİRME TANILARI	
25-Şu andaki en olası psikiyatrik tanı?	
26-Dışlanması gereken tanılar?	

EK 2. Behçet Hastaları için Ek Görüşme Formu

DERİ HASTALIĞI VE PSİKİYATRİK BOZUKLUK SOYGEÇMİŞİ
Ailenizde deri hastalığı öyküsü var mı: a)Evet b)Hayır Yakınlık derecesi/tanısı:
Ailenizde psikiyatri hastalığı öyküsü var mı: a)Evet b)Hayır Yakınlık derecesi/tanısı:
BEHÇET HASTALIĞININ SÜRESİ VE GENEL ETKİLERİ
Behçet Hastalığınızın süresi:ay
Hastalığın (deri) içinde bulunduğu dönem: a) Kendi Başına Yaşayabiliyor b) Kısmen Muhtaç c) Tamamen Muhtaç
Behçet Hastalığınız başladıktan sonra insanlarla ilişkileriniz olumsuz yönde etkilendi mi: a)hayır b)bazen c)sıklıkla d)çok sık
Behçet Hastalığınız başladıktan sonra beslenmeniz olumsuz yönde etkilendi mi: a)hayır b)bazen c)sıklıkla d)çok sık
Behçet Hastalığınız başladıktan sonra görme yetiniz olumsuz yönde etkilendi mi: a)hayır b)bazen c)sıklıkla d)çok sık
Behçet Hastalığınız başladıktan sonra cinsel yaşamınız olumsuz yönde etkilendi mi: a)hayır b)bazen c)sıklıkla d)çok sık
Behçet Hastalığı süresince herhangi bir döneminde yaşamaktan bıktım dediğiniz oldu mu? a)hayır b)bazen c)sıklıkla d)çok sık
Behçet Hastalığı süresince hiç özkıyım girişiminiz oldu mu: a)Evet () b)Hayır
Buna yönelik planınız var mı: a)Evet b)Hayır

EK 3. SCID-CV'nin Tanı Kapsamı

Modül A: Duygudurum Epizodları	<ol style="list-style-type: none">1. Majör depresif epizod2. Manik epizod3. Hipomanik epizod4. Distimik bozukluk5. Genel tıbbi duruma bağlı duygudurum bozukluğu6. Madde kullanımının yol açtığı duygudurum bozukluğu7. bozukluğu
Modül B: Psikotik Belirtiler	<ol style="list-style-type: none">1. Hezeyanlar (sanrılar)2. Hallüsinasyonlar (varsanılar)3. Dezorganize konuşma ve davranış4. Katatonik davranış5. Negatif belirtiler
Modül C: Psikotik Bozukluklar	<ol style="list-style-type: none">1. Şizofreni<ol style="list-style-type: none">A. Paranoid tipB. Katatonik tipC. Dezorganize tipD. Farklılaşmamış tipE. Rezidüel tip2. Şizofreniform bozukluk3. Şizoaffektif bozukluk4. Sanrısız bozukluk5. Kısa psikotik bozukluk6. Genel tıbbi duruma bağlı psikotik bozukluk7. Madde kullanımının yol açtığı psikotik bozukluk8. Başka türlü adlandırılmayan psikotik bozukluk
Modül D: Duygudurum Bozuklukları	<ol style="list-style-type: none">1. Bipolar I bozukluğu2. Bipolar II bozukluğu3. Başka türlü adlandırılmayan bipolar bozukluk4. Majör depresif bozukluk5. Başka türlü adlandırılmayan depresif bozukluk
Modül E: Madde Kullanım Bozuklukları	<ol style="list-style-type: none">1. Alkol bağımlılığı2. Alkol kötüye kullanımı3. Amfetamin bağımlılığı4. Amfetamin kötüye kullanımı5. Kannabis bağımlılığı6. Kannabis kötüye kullanımı7. Kokain kötüye kullanımı8. Kokain kötüye kullanımı9. Hallüsinojen bağımlılığı10. Opiyat bağımlılığı11. Opiyat kötüye kullanımı12. Fensiklidin kötüye kullanımı13. Sedatif/hipnotik anksiyolitik bağımlılığı14. Alkol kötüye kullanımı

	15. Diğer ya da bilinmeyen madde bağımlılığı
Modül F: Anksiyete ve Diğer Bozukluklar	<ol style="list-style-type: none">1. Agorafobi ile birlikte panik bozukluğu2. Agorafobi olmadan panik bozukluğu3. Obsesif kompulsif bozukluk4. Posttravmatik stres bozukluğu5. Genel tıbbi duruma bağlı anksiyete bozukluğu6. Madde kullanımının yol ağtığı anksiyete bozukluğu7. Başka turlu adlandırılmayan anksiyete bozukluğu8. Uyum bozukluğu

EK 4. HAMILTON DEPRESYON DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ

1. Depresif Ruh Hali

(Üzüntü, ümitsizlik, çaresizlik, kendini değersiz hissetme):

0. Yok.

1. Sadece sorulduğunda belirtiliyor.
2. Kendiliğinden sözel olarak ifade ediliyor.
3. Davranışlarla ifade ediliyor. Örneğin; yüz ifadesi, duruş, ses, ağlama eğilimi.
4. Her haliyle; kendiliğinden, söz ve davranışlardan anlaşılıyor.

2. Suçluluk Duyguları

0. Yok.

1. Kendini suçlama, başka insanları üzdüğu düşüncesi.
2. Geçmişteki hatalar ya da günahlar üzerinde sürekli düşünme veya suçluluk duyguları.
3. Hastalığın bir ceza olduğu düşüncesi. Suçluluk hezeyanları.
4. Suçlayıcı veya yeric sesler işitme ve/veya görsel varsanılar.

3. İntihar

0. Yok.

1. Hayatın yaşamaya değer olmadığını düşünmesi.
2. Olmuş olmayı istemesi yada kendisi için olası bir olumu düşünmesi.

3. Suisidal düşünce ve davranışlar.
4. İntihar girişimi

4. Uykusuzluk (Başlangıç)

0. Uykuya dalmakta güçlük çekmez
1. Sıklıkla uykuya dalma güçlüğü yakınmaları - yani ½ saatten fazla
2. Her gece uykuya dalma güçlüğü yakınmaları

5. Uykusuzluk (Orta)

0. Zorluk yok
1. Gece suresince huzursuz ve rahatsız olmaktan yakınmalar
2. Gece boyunca uyanma (tuvalet haricinde yataktan kalkma)

6. Uykusuzluk (Geç)

0. Zorluk yok
1. Sabahın erken saatlerinde uyanır fakat uykuya tekrar dönebilir
2. Yataktan kalkarsa tekrar uykuya dalmakta başarılı olamaz

7. Çalışma ve Etkinlikler

0. Zorluk yok.
1. Yetersizlik duygu ve düşünceleri, yorgunluk yada iş ve zevklere bağlı olarak etkinliklerde güçsüzlük.
2. Etkinlik, zevkler yada işe karşı ilgi kaybı - hastanın doğrudan söylemesi ya da dolaylı olarak düzensizlik, kararsızlık ve kendini iş veya etkinliklere zorlama duygusu ile ifade edilmesi.
3. Etkinliklere harcanan zamanda belirgin azalma ve üreticiliğin düşmesi. Hastanın hastanede bölümde yapılması gereken günlük işler dışında hastane görevi ya da zevkler için günde üç saatten az zaman ayırması.
4. Şimdiki hastalığı nedeniyle çalışmayı durdurması. Hastanede bölümde yapılması gereken işler dışında hiçbir etkinlikte bulunmaması yada yardım edilmeksizin bölüm işlerini yapmakta başarısız olması.

8. Yavaşlama

(Düşünce ve konuşmanın yavaşlaması; konsantre olma yeteneğinde bozulma; motor aktivitenin azalması):

0. Normal düşünme ve konuşma
1. Görüşmede hafif yavaşlama
2. Görüşmede açıkça yavaşlama
3. Görüşmenin zorlukla yapılması
4. Tam stupor

9. Ajitasyon

0. Yok
1. Yerinde duramama
2. El, saç vb. şeylerle oynama
3. Yerinde duramayacak kadar hareketlilik
4. Elleri ovuşturma, tırnak yeme, saç çekme, dudak ısırma.

10. Psşik Anksiyete

0. Güçlük çekmez
1. Nedensiz gerginlik ve aşırı sinirlilik
2. Çok küçük şeylere üzülme
3. Konuşmada veya yüzde belirgin endişeli tutum
4. Sorulmadan korkularını açıklama

11. Somatik Anksiyete

(Anksiyetenin fizyolojik belirtileri)

GI - Ağız kuruluğu, gaz, hazımsızlık, ishal, kramplar, geğirme,

CV - Kalp çarpıntısı, baş ağrısı,

Solunum - Hiperventilasyon, iç çekme,

Sık sık tuvalete gitme, Terleme):

0. Yok
1. Hafif
2. Orta
3. Şiddetli
4. Hareketleri engelleyici derecede

12. Somatik Semptomlar – Gastrointestinal

0. Hiç biri yok.
1. İştah kaybıyla birlikte başkalarının ısrarı olmaksızın yeme.
2. Zorlanmadan yemek yemede güçlük.

13. Somatik Semptomlar (Genel)

0. Hiç biri yok
1. Kaslarda,basta yada sırtta ağırlık. Baş, sırt ve kas ağrıları. Enerji kaybı.
2. Herhangi kesin bir belirti

14. Genital Semptomlar

(libido kaybı, menstrual bozukluklar gibi)

0. Yok
1. Hafif
2. Şiddetli

15. Hipokondri

0. Mevcut değil
1. Bedenine yönelme
2. Sağlıkla ilgili olarak çok düşünme
3. Sık şikayetler,yardım isteme vs.
4. Hipokondrik sanrılar

16. Kilo Kaybı

(A ya da B'yi derecelendirin)

A - Özgeçmişini değerlendirirken:

0. Kilo kaybı yok
1. Şimdiki rahatsızlık ile ilgili olası kilo kaybı
2. Kesin kilo kaybı (hastaya göre)
3. Ölçülmedi

B - Gerçek kilo değişimi bölüm çalışanları tarafından haftalık olarak değerlendirildiğinde:

0. Haftada 500 gramdan az kilo kaybı
1. Haftada 500 gramdan çok kilo kaybı
2. Haftada 1 kg'dan çok kilo kaybı
3. Ölçülmedi

17. İçgörü

0. Depresyonda ve hasta olduğunu ya da şu anda depresyonda olmadığını kabul ediyor.
1. Hastalığı kabullenmekle birlikte nedenlerini kötü yemeklere, iklime, çok çalışmaya, virüse, dinlenmeye olan gereksinime vs.ye atfediyor.
2. Hasta olduğunu kesinlikle inkar ediyor.

TOPLAM 17 MADDE HAMILTON DEPRESYON PUANI:

EK 5. HAMILTON ANKSİYETE DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ

1- Anksiyeteli Mizaç

0 1 2 3 4

- a) Endişeler
- b) Kötü bir şey olacağı beklentisi
- c) Korkulu bekleyiş
- d) İrritabilite

2- Gerilim

0 1 2 3 4

- a) Gerilim duyguları
- b) Bitkinlik
- c) İrkilme tepkileri
- d) Kolayca ağlamaya başlama
- e) Ürperme
- f) Yerinde duramama, gevşeyememe

3- Korkular**0 1 2 3 4**

- a) Karanlıktan korkma
- b) Yalnız bırakılmaktan korkma
- c) Hayvanlardan korkma
- d) Trafikten ve kalabalıktan korkma

4- Uykusuzluk**0 1 2 3 4**

- a) Uykuya dalmada güçlük
- b) Bölünmüş uyku
- c) Doyurucu olmayan uyku
- d) Uyandığında bitkinlik hissi
- e) Düşler, karabasanlar, gece korkuları

5- Entelektüel (Kognitif)**0 1 2 3 4**

- a) Konsantrasyon güçlüğü
- b) Bellek zayıflaması

6- Depresif Mizaç**0 1 2 3 4**

- a) İlgi yitimi, hobilerden zevk alamama
- b) Erken uyanma
- c) Depresyon
- d) Gün içinde dalgalanmalar

7- Somatik (Musküler)**0 1 2 3 4**

- a) Ağrılar
- b) Seyirmeler, kas gerginliği, myoklonik sıçramalar
- c) Diş gıcırdatma, titrek konuşma

8- Somatik (Duyusal)**0 1 2 3 4**

- a) Kulak çınlaması
- b) Görme bulanıklığı
- c) Sıcak ve soğuk basmaları
- d) Güçsüzlük duyguları
- e) Karıncalanma duyumu

9- Kardiyovasküler Belirtiler**0 1 2 3 4**

- a) Taşikardi
- b) Çarpıntı
- c) Göğüste ağrılar
- d) Damarların titremesi
- e) Baygınlık duygusu
- f) Ekstrasistoller

10- Gastrointestinal Belirtiler**0 1 2 3 4**

- a) Yutma güçlüğü
- b) Bağırsaklarda gaz
- c) Karında ağrı, yanma, dolgunluk duyumları
- d) Bulantı, kusma, gürültü
- e) İshal
- f) Kilo kaybı
- g) Konstipasyon

11- Genitoüriner Belirtiler**0 1 2 3 4**

- a) Sık işeme
- b) Amenore
- c) Menoraji
- d) Frijidite gelişimi
- e) Libido kaybı, empotans

12- Otonomik Belirtiler**0 1 2 3 4**

a)

Ağız kuruluğu

- b) Yüz kızarması
- c) Solgunluk
- d) Terleme eğilimi
- e) Baş dönmesi
- f) Baş ağrısı
- g) Saçların diken diken olması

13- Görüşme sırasındaki davranış**0 1 2 3 4**

- a) Yerinde duramama, huzursuzluk veya gezinme, ellerde titreme
- b) Alında kırışma, gergin yüz
- c) İç çekme veya hızlı soluma
- d) Yutkunma, geçirme
- e) Dilate pupiller, ekzoftalmi
- f) Canlı tendon sıçramaları

14- Panik atak belirtileri**0 1 2 3 4**

- a) Titreme yada sarsılma
- b) Nefes darlığı yada boğuluyor gibi olma duyuları
- c) Soluğun kesilmesi
- d) Göğüste sıkıntı hissi
- e) Derealizasyon yada depersonalizasyon
- f). Kontrolünü kaybedeceği yada çıldıracağı korkusu
- g) Ölüm korkusu, çıldırma korkusu
- h) Paresteziler (uyuşma yada karıncalanma duyuları)
- i) Üşüme, ürperme yada ateş basmaları

0.Yok

1.Hafif (düzensiz ve kısa sürelerle ortaya çıkar)

2. Orta (daha sürekli ve daha uzun süreli olarak ortaya çıkar hastanın bunlarla başa çıkması önemli çabaları gerektirir)

3. Şiddetli (sürekli, hastanın yaşamına egemen)

4. Çok şiddetli (kişiyi iş göremez duruma getirici)

Ek 6. Beck Depresyon Ölçeği

Aşağıda insanların kaygılı yada endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin bugün dahil son bir haftadır sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandaki uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

Yok	Bazen	Sık	Çok sık
0	1	2	3

1. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum
2. Geleceğimden umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor
3. Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum
4. Her şeyden sıkılıyorum
5. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum
6. Cezalandırıldığımı hissediyorum
7. Kendimden nefret ediyorum
8. Her aksilik karşısında kendimi kabahatli bulurum
9. Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm
10. Eskiden ağlayabilirdim; şimdi istesem de ağlayamıyorum
11. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor
12. Hiç kimse ile görüşüp, konuşmak istemiyorum
13. Artık hiç karar veremiyorum
14. Kendimi çok çirkin buluyorum
15. Hiçbir şey yapamıyorum
16. Her zamankinden çok daha erken uyanıyorum ve yeniden uyuyamıyorum
17. Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum
18. Artık hiç iştahım yok
19. Altı kilodan fazla kilo verdim
20. Sağlığımdan o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum
21. Cinsel konulara olan ilgimi tamamen kaybettim

Ek 7. Beck Anksiyete Ölçeği

Aşağıda insanların kaygılı yada endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin bugün dahil son bir haftadır sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandaki uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

Hiç	Hafif	Orta	Ciddi
0	1	2	3

1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma
2. Sıcak / ateş basmaları
3. Bacaklarda halsizlik, titreme
4. Gevşeyememe
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu
6. Baş dönmesi veya sersemlik
7. Kalp çarpıntısı
8. Dengeyi kaybetme korkusu
9. Dehşete kapılma
10. Sinirlilik
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu
12. Ellerde titreme
13. Titreklik
14. Kontrolü kaybetme korkusu
15. Nefes almada güçlük
16. Ölüm korkusu
17. Korkuya kapılma
18. Midede hazımsızlık yada rahatsızlık hissi
19. Baygınlık
20. Yüzün kızarması
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)

Ek 8. Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20)

Aşağıdaki ifadeleri kendi açınızdan değerlendirerek, bu ifadelere ne ölçüde katıldığınızı yada karşı çıktığınızı, karşılık gelen numarayı daire içine alarak belirtiniz. Her bir ifade için yalnızca bir yanıt veriniz.

Kesinlikle katılmıyorum	1'i daire içine alın
Pek katılmıyorum	2'yi daire içine alın
Kararsızım	3'ü daire içine alın
Kısmen katılıyorum	4'ü daire içine alın
Kesinlikle katılıyorum	5'i daire içine alın

1 2 3 4 5

1. Çoğu zaman hissettiğim duygularımın ne olduğunu tam olarak bilemem
2. Duygularımı tam olarak anlatacak sözleri bulmak benim için zordur
3. Bedenimde öyle şeyler hissediyorum ki, doktorlar bile ne olduğunu anlamıyorlar
4. Duygularımı kolayca anlatabilirim
5. Sorunları sadece tanımlamaktan çok onları analiz de ederim
6. Canım sıkkın olduğunda, üzüntülü mü, korkulu mu, yoksa kızgın mı olduğumu bilmem
7. İçimdeki hisler beni sık sık şaşkına çeviriyor
8. Olayların nedenine, niçinine kafa yormaktan çok, işleri olurluna bırakmayı tercih ederim
9. Tam olarak tanımlayamadığım duygularım var
10. İnsanın duygularıyla ilişkide olması gereklidir
11. İnsanlar hakkında neler hissettiğimi tanımlamak benim için zordur
12. İnsanlar duygularımı daha fazla anlatmamı isterler
13. İçimde neler olup bittiğini bilmiyorum
14. Çoğu zaman niye kızgın olduğumu bilmiyorum
15. İnsanlarla, ne hissettiklerinden çok onların günlük faaliyetleri hakkında konuşmayı tercih ederim
16. Psikolojik içerikli oyunlardan ziyade "hafif" eğlendirici gösterileri izlemeyi tercih ederim

17. İçimdeki duygularımı yakın arkadaşlarıma bile açıklamak bana zor gelir
18. Sessiz kaldığım anlarda bile, kendimi birisine yakın hissedebilirim
19. Kişisel sorunları çözmek için duygularımı gözden geçirmeyi faydalı bulurum
20. Filmlerdeki veya oyunlardaki gizli anlamları araştırmak bunlardan zevk almayı engelle



KAYNAKLAR

1. Coşkun A. Bir grup Behçet hastasının psikiyatrik yönden değerlendirilmesi (uzmanlık tezi). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı; 1986; s:16-17.
2. Kontogiannis V, Powell RJ. Behcet's Disease. Postgrad Med J 2000; 76: 629-637.
3. International Study Group for Behçet's Disease; Criteria for Diagnosis of Behçet's disease. Lancet 1990; 335: 1078-1080.
4. Kim WH, Cho YS, Yoo HM, Park IS, Park EC, Lim JG. Quality of life in Korean patients with inflammatory bowel diseases: ulcerative colitis, Crohn's disease and intestinal Behcet's disease. Int J Colorectal Dis 1999 Feb; 14(1): 52-57.
5. Buajeeb W, Laohapand P, Vongsavan N, et al. Anxiety in recurrent aphthous stomatitis patients. P J Dent Assoc Thai 1990 Nov-Dec; 40(6):253-258.
6. McCartan BE, Lamey PJ, Wallace AM. Salivary cortisol and anxiety in recurrent aphthous stomatitis. J Oral Pathol Med 1996 Aug; 25(7): 357-359.
7. Stelmack J. Quality of life of low-vision patients and outcomes of low-vision rehabilitation. Optom Vis Sci 2001 May; 78(5): 335-342.
8. Aslan SH, Soylu MB, Alparslan ZN, Ünal M. Behçet Hastalığında Psikososyal Etkenler Ve Ruhsal Bulgular. Türk Psikiyatri Dergisi 1996; 7(3): 215-221.
9. Tanrıverdi N, Dürü Ç, Özdal P, Ortaç S, Fırat E. Health-related Quality of Life in Behçet Patients with Ocular Involvement. Japanese Journal of Ophthalmology January-February 2003; Volume 47, Issue 1, Pages 85-92
10. Nakano Y, Hatanaka Y, Ikebuchi E, Shimizu T, Nanko S, Utsumii T. A case of Neuro-Behcet's disease with early onset of bipolar mood disorder. Seishin Shinkeigaku Zasshi 2004; 106(5): 564-573.
11. Alevizos B, Anagnostara C, Christodoulou GN. Resistant bipolar disorder precipitated by Behcet's syndrome. Bipolar Disorders June 2004; Volume 6, Issue 3, Page 260.
12. Epstein RS, Cummings NA, Sherwood EB, et al. Psychiatric aspects of Behcet's syndrome. J Psychosom Res 1970; 14: 161-172.
13. Borson S. Behcet's disease as a psychiatric disorder: a case report. Am J Psychiatry 1982; 139: 1348-1349.
14. ODuffy JD, Goodstein NP. Neurologic involvement in seven patients with Behcet's disease. Am J Med 1976; 61: 170-178.

15. Yamazaki A, Iizuka R, Kato I et al. Six cases of 'Neuro-Behcet's syndrome'. Clin Neurol 1965; 5: 634-643.
16. Uhl V, Reus V, Fromm J. Psychiatric symptoms in Behcet's syndrome. Psychosomatics 1985; 26: 547-549.
17. Tanör ÖÖ, Kurt BB, Gürvit IH, Demir GA, Serdaroğlu P. Neuropsychological follow-up of 12 patients with neuro-Behçet disease. J Neurol 1999; 246: 113–119.
18. Behçet Hastalığı Sayısı. Aktüel Tıp Dergisi Nisan 1997; cilt 2, sayı 2.
19. Wechsler B. Behcet's Disease. Orphanet Encyclopedia September 2001.
20. Sim M. Behçet's syndrome as a psychiatric disorder. Am J Psychiatry 1983; 140: 816.
21. Karlıdağ R, Evereklioğlu C, Ünal S, ve ark. Behçet Hastalarında Stresli Yaşam Olayları ve Başa Çıkma Yöntemleri ile Hastalık Belirtileri Arasındaki İlişkinin Araştırılması. Türk Psikiyatri Dergisi 2001; 12(3): 203-209.
22. Çalikoğlu E, Önder M, Coşar B, Candansayar S. Science; Depression, Anxiety Levels and General Psychological Profile in Behçet's Disease. Dermatology 2001; 203: 3.
23. Mumcu G, Inanc N, Ergun T, ve ark. Quality of Life is Affected by Disease Activity in Behcet's Disease. Oral Dis 2006 May; 12(3): 356.
24. Wells KB, Golding JM, Burnam MA. Chronic Medical condition in a sample of the general population with anxiety, affective, and substance use disorders. Am J Psychiatry 1989; 146: 1440-1446.
25. Mutlu G. Uludağ Üniversitesi öğrencilerinde dermatolojik psikosomatik hastalıkların görülme sıklığı ve bu vakaların kişilik özellikleri (Yüksek lisans tezi). Bursa : Uludağ Üniversitesi; 1995; 88-89.
26. Koptagel-İlal G, Tuncer O, Enbiyaoglu G, Bayramoglu Z. A psychosomatic investigation of Behcet's disease. Psychother Psychosom 1983; 40(1-4): 263.
27. Dereboy İF. Aleksitimi: Bir gözden geçirme. Türk Psikiyatri Dergisi 1990; 3: 157-167.
28. Sifneos PE. The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients. Psychother Psychosom 1973; 22: 255-262.
29. Kooiman CG. The status of alexithymia as a risk factor in medically unexplained physical symptoms. Compr Psychiatry 1998; 39: 152-159.
30. Taylor GJ. Recent developments in alexithymia theory and research. Can J Psychiatry 2001; 45: 134-142.

31. Poot F. Psychological consequences fo chronic hair diseases. Rev Med Brux 2004; 25: A 286-288.
32. Yemez B. Psikosomatik, somatoform ve diğer psikiyatrik bozukluklarda aleksitimi skorlarının birbiriyle ve kontrol grubu ile karşılaştırılması. XXVII. Ulusal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı. Antalya: 1991; s179.
33. Sayar K, Acar B, Yazıcı K. İntihar girişiminde bulunan kişilerde aleksitimi. Nöropsikiyatri Arşivi 1999; 36: 6-11.
34. 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.
35. Taylor GJ, Bagby RM, Parker JD. The alexithymia construct. A potential paradigm for psychosomatic medicine. Psychosomatics 1991; 32: 153-164.
36. Salminen JK, Saarijarvi S, Aariela 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.
37. Honkalampi K, Saarinen P, Hintikka J, Vuokko V, Viinamaki H. Factors associated with alexithymia in patients from depression. Psychother Psychosom 1999; 68: 270-275.
38. 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.
39. 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.
40. Bach M, de Zwaan M, Ackard D, et al. Alexithymia: relationship to personality disorders. Compr Psychiatry 1994; 35: 239-243.
41. Sayar K, Ebrinç S, Ak İ. Alexithymia in patients with antisocial personality disorder in a military hospital setting. Isr J Psychiatry Relat Sci 2001; 38: 81-87.
42. Özen Ş, Özçetin A, Özkan M, ve ark. Bedenselleştiren hastalarda eksen-2 bozuklukları, kişilik özellikleri ve aleksitimi. Türkiye'de Psikiyatri 1999; 114-122.
43. Wise TN, Mann LS, Hill B. Alexithymia and depressed mood in the psychiatric patient. Psychother Psychosom 1990; 54: 26-31.
44. Wise TN, Mann LS, Randel P. The stability of alexithymia in depressed patient. Psychopathology 1995; 28: 173-176.

45. Evren EC, Eken B, Çakmak D. Alkol bağımlılarında aleksitimi ve depresyon, anksiyete ve kişilik bozuklukları ile ilişkisi. Bağımlılık Dergisi 2003; 4: 47-52.
46. Sayar K, Solmaz M, Trablus S ve ark. İrritabl kolon sendromunda aleksitimi. Türk Psikiyatri Dergisi 2000; 11:190-197.
47. Güleç H, Sayar K, Topbaş M ve ark. Fibromiyalji sendromu olan kadınlarda aleksitimi ve öfke. Türk Psikiyatri Dergisi 2004; 15: 191-198.
48. Ruiz-Doblado S, Carrizosa A, Garcia-Hernandez MJ. Alopecia areata: psychiatric comorbidity and adjustment to illness. Int J Dermatol 2003; 42: 434-437.
49. Çevik A. Psikiyatrik Yönden Behçet Hastalığı. MN Klinik Bilimler 1/5 Mayıs 1995; 130-131.
50. Hamilton M. A rating scale for depression. J Neurology Neurosurgery Psychiatry 1960; 23: 56-62.
51. Akdemir A, Örsel S, Dağ İ, Türkçapar H, İşcan N, Özbay H. Hamilton depresyon derecelendirme ölçeğinin geçerliliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi 1996; 4: 251-259.
52. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. Br J Med Psychol 1959; 32: 50-55.
53. Yazıcı MK, Demir B, Tanrıverdi N, Karaağaoğlu E, Yolaç P. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, değerlendiriciler arası güvenilirlik ve geçerlik çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi 1998; 8: 114-117.
54. Williams BW. A Structured Interview Guide For Hamilton Depression Rating Scale. Arch Gen Psychiatry 1978; 45: 742-747.
55. Beck AT, Wead CH, Mendelson M. An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry 1961; 4: 561-571.
56. Hisli N. Beck Depresyon Ölçeği'nin bir Türk örnekleminde geçerlilik ve güvenilirliği. Psikoloji Dergisi 1988; 6: 118-122.
57. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. J Consult Clin Psychol 1988; 56: 893-897.
58. Ulusoy M, Şahin NH, Erkmen H. Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric properties. J Cogn Psychother 1998; 12: 163-172.
59. Taylor GJ, Ryan D, Bagby RM. Toward the development of a new self-report alexithymia scale. Psychoter Psychosom 1985; 44: 191-199.

60. 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.
61. Sayar K, Güleç H, Ak I. Yirmi soruluk Toronto Aleksitimi Ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirliği. 37. Ulusal Psikiyatri Kongresi Kitabı Ekim 2001; İstanbul: s.130.
62. Oran S. 31 Behçet hastalığı olgusunda psikosomatik yönden yapılan tetkiklerin değerlendirilmesi (Uzmanlık tezi). İstanbul: Şişli Etfal Hastanesi Cilt ve zührevi Hastalıklar Kliniği;1978; s34-36.
63. Cengiz K, Özkan A. Recent advances in Behçet's disease. Lehner T, Barnes C (eds). Royal Society of Medicine Services Limited: Royal Society of Medicine Services International Congress and Symposium Series No: 103; 1986.
64. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, et al. Lifetime and 12 month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry* 1994; 51: 8-19.
65. Regier DA, Burke JD. Quantitative and experimental methods in psichiary / Epidemiology. Kaplan HI, Sadock BJ (eds). *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Williams & Wilkins, Philadelphia; 2000. s500-522.
66. Dursun R, Uğuz F, Tol H, Kaya N, Çilli A, Mevlitoğlu İ. Behçet Hastalarında Psikiyatrik Bozuklukların Yaygınlığı. Türkiye Psikiyatri Derneği IX. Bahar Sempozyumu özet kitabı: Poster Bildirisi; 13-17 Nisan 2005.
67. Cotterill JA & Cunliffe WJ. Suicide in dermatological patients. *Br J Dermatol* 1997; 137: 246 -250.
68. Gupta MA, Schork NJ, Gupta AK, et al. Suicidal thought in psoriasis. *Int J Dermatol* 1993; 32: 188-190.
69. Gupta & Gupta. Depression and suicidal ideation in dermatology patients with acne, alopecia areata, atopic dermatitis and psoriasis. *British Journal of Dermatology* Volume 139; Issue 5 Page.
70. Zimmerman M, Lish JD, Lush DT, et al. Suicide thoughts among urban medical outpatients. *J Gen Int Med* 1995; 10: 573-576.
71. Cooper-Patrick L, Crum RM, Ford D. Identifying Suicide thoughts in general medical patients. *JAMA* 1994; 272: 1757-1762.
72. Olfson M, Weissman MM, Leon AC, et al. Suicide thoughts in primary care. *J Gen Int Med* 1996; 11: 447-453.

73. Joukamaa M, Lepola U. Alexithymic features in patients with panic disorder. *Nord J Psychiatry* 1994; 48: 33-36.
74. Groot JM, Rodin G, Olmsted MP. Alexithymia, depression, and treatment outcome in bulimia nervosa. *Compr Psychiatry* 1995; 36: 53-60.
75. Wise TN, Jani NN, Kass E, et al. Alexithymia: relationship to severity of medical illness and depression. *Psychoter Psychosom* 1988; 50: 668-671.
76. Sexton MC, Sunday SR, Hurt S, et al. The relationship between alexithymia, depression and axis II psychopathology in eating disorder patients. *Int J Eat Disord* 1998; 23: 277-286.
77. Rief W, Heuser J, Fichter MM. What does the Toronto Alexithymia Scale TAS-R measure? *J Clin Psychol* 1996; 52: 423-429.
78. Parker JDA, Bagby RM, Taylor GJ. Alexithymia and depression: distinct or overlapping constructs? *Compr Psychiatry* 1991; 32: 387-394.
79. Haviland MG, Shaw DG, Cummings MA, MacMurray JP. Alexithymia: subscales and relationship to depression. *Psychoter Psychosom* 1988; 50: 164-170.
80. Hendryx MS, Haviland MG, Shaw DG. Dimensions of alexithymia and their relationship to anxiety and depression. *J Pers Assess* 1991; 56: 227-237.
81. Aarela E, Saarijärvi S, Salminen JK, Toikka T. Alexithymic features do not predict compliance with psychotherapy in consultation-liaison patients. *Gen Hosp Psychiatry* 1997; 19: 229-233.
82. Arıkan Z, Candansayar S, Coşar B ve ark. Alkol bağımlılığında kesilme belirtilerinin tedavisinden sonra aleksitimik özellikler, depresyon ve somatizasyon arasındaki ilişki. XXIX. Ulusal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı. Bursa; 1993: s120.
83. Haviland MG, Hendryx MS, Shaw DG, Henry JP. Alexithymia in women and men hospitalized for psychoactive substance dependence. *Compr Psychiatry* 1994; 35: 124-128.
84. Topçuoğlu V, Kuşçu MK, Gımsal A ve ark. Mastalji hastalarında aleksitimi, depresyon ve anksiyete düzeyleri: kontrollü bir çalışma. *Yeni Symposium* 2003; 41 (4): 178-181.
85. Parker JDA, Taylor GJ, Bagby RM. The alexithymia construct: relationship with sociodemographic variables and intelligence. *Compr Psychiatry* 1989; 30: 434-441.

86. Pasini A, Chiaie RD, Seripa S, et al. 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.
87. Kauhanen J, Kaplan GA, Julkunen J, et al. Social factors in alexithymia. *Compr Psychiatry* 1993; 34: 330-335.
88. Yaluğ İ, Aydoğan G, Savrun M. Konversiyon bozukluğu ve psöriasis'te depresyon ve eğitim düzeyinin primer ve sekonder aleksitimi üzerine etkisinin araştırılması. *Düşünen Adam* 2003; 16(2): 80-86.
89. Gage BC, Egan KJ. The effect of alexithymia on morbidity in hypertensives. *Psychoter Psychosom* 1984; 41: 136-144.
90. Fernandez A, Sriram TG, Rajkumar S, et al. Alexithymic characteristics in rheumatoid arthritis: a controlled study. *Psychoter Psychosom* 1989; 51: 45-50.
91. Şahin AR. Peptik ülser ve aleksitimi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1991; 2: 189-196.
92. Coşar S, Coşar B, Candansayar S. Mastalji yakınması ile radyolojik incelemeye alınan hastalarda hostilite, aleksitimi ve depresyon düzeyleri. *Yeni Symposium Dergisi* 2001; 39: 181-184.
93. Brosschot JF, Aarsse HR. Restricted emotional processing and somatic attribution in fibromyalgia. *Int J Psychiatry Med* 2001; 31: 127-146.
94. Sayar K, Güleç H, Topbaş M. Alexithymia and anger in patients with fibromyalgia. *Clin Rheumatol* 2004 Oct; 23(5): 441-448.
95. Ziolkowski M, Gruss T, Rybakowski JK. Does alexithymia in male alcoholics constitute a negative factor for maintaining abstinence? *Psychoter Psychosom* 1995; 63: 169-173.
96. Pektaş MÖ, Kalyoncu A, Demirbek B, Beyazyürek M. Alkol bağımlılarında aleksitimi. XXVII. Ulusal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı. Antalya; 1991: s179.
97. Richards HL, Fortune DG, Griffiths CE, Main CJ. Alexithymia in patients with psoriasis: clinical correlates and psychometric properties of the Toronto Alexithymia Scale-20. *J Psychosom Res* 2005 Jan; 58 (1): 89-96.
98. Picardi A, Pasquini P, Cattaruzza MS, et al. Psychomatic factors in first onset alopecia areata. *Psychosomatics* 2003; 44: 374-381.
99. Panconesi E, Hautmann G. Psychophysiology of stres in dermatology. *Psychodermatology* 1996; 14: 399-421.
100. Cordan Yazıcı A, Başterzi A, Tot Acar Ş ve ark. Alopesi areata ve aleksitimi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2006; 17(2): 101-106.

101. Salminen JK, Saarijarvi S, Aariela E, et al. Prevalence of alexithymia and it's association with sociodemographic variables in the general population of Finland – The consistency of alexithymia. *J Psychosomatic Res* 1999 Jan; 46(1): 75-82.
102. Loas G, Fremaux D, Otmani O, Verrier A. Prevalence of alexithymia in a general population. Study in 183 "normal" subjects and in 263 students. *Ann Med Psychol* 1995 May; 153(5): 355-357.
103. Guilbaud O, Corcos M, Hjalmarsson L, et al. Is there a psychoneuroimmunological pathway between alexithymia and immunity? Immune and physiological correlates of alexithymia. *Biomed Pharmacother* 2003; 57: 292-295.
104. Aydemir Ö, Esen Danacı A, Taşkın O, Özmen E, İçelli İ. Aleksitimik hastalarda depresyon ölçümü: Kendini bildirim ölçeğine karşılık görüşmecinin değerlendirdiği ölçek. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2000; 11(2): 127-130.

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerimden yararlandığım Prof. Dr. Bilgen Taneli, Prof. Dr. Suna Taneli, Prof. Dr. Selçuk Kırılı, Yrd. Doç. Dr. Aslı Sarandöl, Yrd. Doç. Dr. Yusuf Sivrioğlu, Uzm. Dr. Cengiz Akkaya ve Uzm. Dr. Saygın Eker 'e;
Rotasyonlarım boyunca eğitimimde emek harcayan Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi, Nöroloji ve Dahiliye Anabilim Dallarındaki öğretim üyelerine ve araştırma görevlisi arkadaşlarıma;
Tez çalışmamda ilgimizi Behçet Hastalığı'na çeken ve desteklerini esirgemeyen Prof. Dr. Hayriye Sarıcaoğlu'na ve Dermatoloji Kliniği'nde çalışan asistan arkadaşlarıma;
Tezimin verilerini değerlendiren Araştırma Görevlisi Güven Özkaya'ya;
Uzmanlık eğitimim sırasında bilgi ve deneyimlerimizi paylaştığımız Psikiyatri Anabilim Dalındaki araştırma görevlisi ve psikolog arkadaşlarıma;
Kliniğimizin hemşire ve personeline

Çok teşekkür ederim.

Tüm eğitim hayatım boyunca en iyi eğitimi almam için her türlü imkanı sağlayan anne ve babama, psikiyatri eğitimimde desteğini esirgemeyen ve hep yanımda olan eşime minnettarlığımı sunarım.

ÖZGEÇMİŞ

1968 yılında Artvin’de doğdum. İlk, orta ve lise öğrenimime, babamın memuriyeti nedeniyle bulunduğumuz Artvin, Gümüşhane ve Rize’de devam ettim. 1984 yılında İstanbul Bahçelievler Kocasınan Lisesi’nden mezun oldum. 1994 yılında Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi’nden mezun oldum. Uzmanlık eğitimine başlayana kadar geçen yedi yıl içerisinde, Kastamonu ve Bursa’da pratisyen hekimlik yaptım ve askerlik görevimi Diyarbakır’da tamamladım.

15 Ocak 2002 tarihinde Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı’nda uzmanlık eğitimime başladım. Evli ve bir kız çocuğu babasıyım.