



T.C.  
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ RUH SAĞLIĞI VE  
HASTALIKLARI POLİKLİNİĞİ TAKİBİNDE OLAN HASTALARIN TANISAL  
STABİLİTESİNİN RETROSPEKTİF OLARAK İNCELENMESİ

Dr. Çağdaş ÇİLİNGİR

UZMANLIK TEZİ

BURSA-2019



T.C.  
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ RUH SAĞLIĞI VE  
HASTALIKLARI POLİKLİNİĞİ TAKİBİNDE OLAN HASTALARIN TANISAL  
STABİLİTESİNİN RETROSPEKTİF OLARAK İNCELENMESİ

Dr. Çağdaş ÇİLİNGİR

UZMANLIK TEZİ

Danışman: Prof. Dr. Cengiz AKKAYA

BURSA-2019

## İÇİNDEKİLER

Türkçe Özet.....	ii
İngilizce Özet.....	iii
Giriş ve Amaç.....	1
Psikiyatride Sınıflandırma.....	3
Major Depresif Bozukluk.....	8
İkiçlü Bozukluk.....	14
Şizofreni.....	18
Şizoafektif Bozukluk.....	20
Gereç ve Yöntem.....	22
Bulgular.....	26
Tartışma ve Sonuç.....	39
Kaynaklar.....	52
Ekler.....	58
Ek 1.....	58
Ek 2.....	59
Teşekkür.....	60
Özgeçmiş.....	61

## ÖZET

Bu çalışmanın amacı; ICD-10'a göre en yaygın olarak konulan psikiyatrik tanıların, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'nde uzun vadeli stabilitesini retrospektif olarak değerlendirmek ve tanı değişimini etkileyen faktörleri belirlemektir.

Bu çalışmaya, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne en az ikinci başvurusu olan ve tanı olarak ICD-10 tanı sistemindeki çalışma için hazırlanan tanı gruplarından birini alan 1435 hasta alınmıştır. Her hastanın bilgileri retrospektif olarak taranarak, elde edilen bilgiler Sosyodemografik Veri Formu ve Dosya Takip Formuna kaydedilmiştir.

Sonuç olarak, bu çalışmada en yüksek tanı tutarlılık oranı Psikotik bozukluklar, en düşük tanı tutarlılık oranı Şizoafektif bozukluklar tanı grubunda tespit edilmiştir. Tanı değişimini etkileyen risk faktörleri araştırıldığında; sadece hastanın tanısının tanı değişim riskini etkilediği tespit edilmiştir. Şizofreni ve ilişkili bozuklukların kronik ve yıkımla giden seyri yüksek tanısal stabilite olasılığının daha fazla olacağını düşündürmektedir. Buna karşın Şizoafektif bozukluk tanısındaki kararsızlık, bu hasta grubunun tanımlanması için tanı ölçütlerinin etkisiz olduğunu göstermektedir.

**Anahtar kelimeler:** Psikiyatrik tanıları, tanı stabilitesi, tanısal tutarlılık, tanı değişikliği.

## SUMMARY

### **A Retrospective Analysis of the Diagnostic Stability of the Patients Followed by Uludağ University Medical Faculty Mental Diseases Policlinic**

The aim of this study was to evaluate the long-term stability of the most common psychiatric diagnoses according to ICD-10 in Uludağ University Medical Faculty Mental Diseases Policlinic and to determine the factors affecting the diagnostic change.

In this study, 1435 patients who received at least second application to Uludağ University Medical Faculty Mental Diseases Policlinic and diagnosed one of the diagnostic groups prepared for the study in the ICD-10 diagnostic system were included. Data of each patient were retrospectively screened and the information obtained was recorded in Sociodemographic Data Form and File Follow-up Form.

In conclusion, the highest diagnostic consistency rate in this study was found in Psychotic disorders and the lowest diagnostic consistency rate was found in the schizoaffective disorders diagnosis group. When the risk factors affecting the diagnosis change investigated; it was found that only the diagnosis of the patient affected the risk of diagnostic change. The chronic and devastating course of schizophrenia and related disorders suggest that there is a greater likelihood of higher diagnostic stability. However, the uncertainty in the diagnosis of schizoaffective disorder indicates that the diagnostic criteria for defining this patient group are ineffective.

**Keywords:** Psychiatric diagnoses, diagnostic stability, diagnostic consistency, diagnosis change.

## GİRİŞ

Ruhsal bozukluklar dünya çapında hastalık yükünün ve bununla ilgili engellerin önde gelen nedenleri arasındadır (1). Bir hastanın tanısı semptomlar, tedavi ve prognoz hakkında bazı bilgiler verir ve aynı zamanda homojen hasta grubu oluşmasını sağlayarak araştırma sınırını gösterir (2). Genel olarak, dünya çapındaki tıp tanıları Uluslararası Hastalık Sınıflandırması'na (ICD) dayanmaktadır, ancak psikiyatrik tanılarda ICD'nin yanı sıra Amerikan Psikiyatri Birliği Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (DSM) kriterleri kullanılmaktadır. DSM ve ICD'nin gelecekteki basımlarının selefleri üzerinde önemli bir gelişme olması durumunda, içerdikleri tanılama kavramlarının geçerliliğinin artırılması gerektiğine inanılmaktadır (3). Psikiyatrik tanının tanımı temel olarak biyolojik temellere değil uzman görüşüne dayanmaktadır (1).

Uzun süreli tedavi ve anlamlı bilimsel araştırmalar, bir hastalığın seyri boyunca doğru bir psikiyatrik tanı kullanılmasını gerektirir. Bununla birlikte, fiili klinik uygulamada, psikiyatrik tanıların sıklıkla, mevcut tanı yöntemlerinin güvenilirliği, ilk görüşmede sağlanan bilgilerin yetersizliği veya yanlışlığı ve hastalığın seyri boyunca klinik özelliklerde önemli değişiklikler gibi çeşitli nedenlerle değiştirilmektedir (4).

Tanının stabilitesi, hastanın ön ve takip muayenesi arasındaki tutarlılık veya farklılık anlamına gelir ve tedaviye yanıtı belirlemek ve hastalığın ilerlemesini incelemek için kullanılır (5). Tanının stabilitesi hasta değerlendirmesinin güvenilirliğini değerlendirmek için bir endekstir (6). Psikiyatrik tanıların stabilitesini etkileyen faktörler arasında klinik özelliklerdeki değişiklikler, hastalık süresi, tanı ölçütlerindeki değişiklik ve klinisyenlerin çeşitli eğitim geçmişleri yer alır (7). Klinik olarak yanlış tanı, hastalar üzerinde uygunsuz tedavilere ve iyatrojenik etkilere yol açabilir (2).

Çoğu majör psikiyatrik bozukluk, klinik özelliklerin zamanla değiştiği kronik bir seyre sahiptir. Şizofreni, doğal seyri sırasında bilişsel, duyuşsal ve davranışsal belirtilerin yanı sıra psikotik belirtileri de içerebilen yaşam boyu

bir bozukluk olarak kabul edilmektedir. Majör depresif bozukluk ve bipolar I bozukluğu tekrarlayan ataklarla karakterize edilebilir ve böylece yaşam boyu süren kronik hastalıklardır (8,9). Çalışmaların çoğunda şizoafektif bozukluk, şizofreniye göre hastalık öncesinde işlevselliğin daha yüksek olduğu, tetikleyici bir olayın saptanabildiği, döngüsel ve hızlı başlangıçlı belirtilerin görüldüğü ve iyileşme oranlarının görece daha yüksek bulunduğu bir rahatsızlık olarak tanımlanır (10).

Tanı ölçütlerinin geçerliliği ve güvenilirliği, psikiyatrik bozuklukların tanısız stabilitesine dayalı birçok araştırmada tartışılmaktadır. Kim ve ark.'nın (11) koreli hastalar üzerinde yaptıkları iki yıllık bir izlem çalışmasında, üç ana psikiyatrik tanıda (majör depresif bozukluk, bipolar I bozukluk ve şizofreni) kararsızlık bildirilmiştir; bu çalışmada en kararlı tanı bipolar I bozukluk olarak tespit edilmiştir. Bromet ve ark.'nın (12) çalışmasında ise hastalarının tanılarının şizofreniye (%32) ve daha sonra bipolar bozukluğa (%10,7) tanı kayması, ilk başvuruda yanlış tanı konduğunu göstermektedir. İran'daki bir araştırma şizofreni ve bipolar bozukluk tanısında yüksek stabilite bildirmiştir (13). 1934'ten 1944'e kadar bir üniversite psikiyatri hastanesine başvuran 200 şizofreni tanılı ve 325 duygudurum bozukluğu (100 bipolar ve 225 unipolar) tanılı hasta üzerinde yapılan bir çalışmada, şizofreni hastalarının %92,5'inin ve duygudurum bozukluğu olanların %78,3'ünün 30-40 yıllık bir süre boyunca aynı tanıyı koruduğu tespit edilmiştir (14). Hastanede yatan hastalara yönelik 7 yıllık bir takip çalışmasında ise, şizofreni tanısı olan 256 hastanın %21,9'unun ve bipolar bozukluğu tanısı olan 235 hastanın %28,9'unun, sonraki yatışlarda tanılarının değişmediği tespit edilmiştir (15).

Türkiye'de tanı stabilitesinin değerlendirildiği çok az çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmanın amacı, bir dizi klinik ortamda ICD-10'a göre en yaygın olarak konulan psikiyatrik tanıların Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'nde uzun vadeli stabilitesini değerlendirmek ve tanı değişimini etkileyen faktörleri belirlemek amaçlanmıştır.

## 1. Psikiyatride Sınıflandırma

Sınıflandırma, doğadaki olguları bir takım özelliklerine göre sınıflara (kategori) ayırarak bir düzene sokma, böylece doğadaki olguları algılamayı, öğrenmeyi ve hatırlamayı kolaylaştırma sürecidir. Hastalıkları sınıflandırma amacı da, doğadaki hastalık olgularını bir düzene sokarak daha iyi anlamaktır. “Hastalık”, doğada yer alan, anlamaya ve tedavi etmeye çalıştığımız doğal olgudur. “Tanı kategorisi” ise hekimlerin, belli bir doğal hastalığa ilişkin kavramları ve yaptıkları tanımlamalardır (16).

Psikiyatri, sınıflandırmanın rolü ve temel mantığı açısından tıbbın diğer dallarından farklı değildir. Ancak, psikiyatrik sınıflandırma sistemlerinde, sınıflandırma hastalığın mekanizmasına ve hastalığı ortaya çıkaran nedenlere değil, tablonun tanımlayıcı özelliklerine dayanır, yani belirti temellidir (16).

Doğadaki psikiyatrik hastalıkları anlarken iki farklı psikiyatrik yaklaşım söz konusu olabilir: kategorik ve boyutsal yaklaşımlar. Kategorik yaklaşıma göre “doğadaki ruhsal hastalıklar” bir takım sınıflar (kategoriler) oluşturur. Bu bir varsayımdır ve “kategori varsayımı” sınıflamanın en önemli varsayımdır. Çünkü doğal kategoriler yoksa, bir sınıflama yapmak da mümkün değildir. Boyutsal yaklaşıma göre ise, ruhsal hastalık ve ruhsal sağlık arasındaki sınır kesin olmadığı gibi, ruhsal hastalıklarda birbirinden kesin sınırlarla ayrılmamıştır; bunlar aynı çizginin farklı tonlarında bulunan birbiriyle ilişkili durumlardır (16).

Kategorik sınıflama, tanısal başlıklar arasında ya da bozukluğun varlığı ya da yokluğu arasında kesin sınırlar çizerken boyutsal model bu kesin sınırların yokluğunu savunur (17). Kategorileri her zaman birbirlerinden ayırmak mümkün olmamaktadır. Hiçbir kategorinin tanımına uymayan, fakat hasta olduğu şüphe götürmeyen, iki kategorinin kısmi özelliklerini bir arada gösteren fakat hiçbirinin ölçütlerini tam olarak karşılamayan hastalar bulunmaktadır. Bu sorun çoğu olguda tanı kategorilerinin ister istemez yapay kalabileceğini göstermektedir. Bu durum bugün kullanılan kategorik sınıflandırma sistemlerinin klinik olarak nasıl yararlı olduğuna kuşku



oluşturmakta ve hastalıkların sınıflandırılması için alternatif arayışlara yönelmeyle sonuçlanmaktadır (18).

Boyutsal yaklaşım, ruhsal bozukluklara dereceli bir değerlendirme getirmeye çalışır. Patolojiyi sürekli bir boyut olarak ele alır ve her hastayı bu sürekliliğin farklı bir noktasına yerleştirir. Bu yaklaşıma göre psikiyatrik belirtiler kesin sınırlarla birbirinden ayrılmamış ve çeşitli bozuklukların o hastaya özgü karışımları olarak ortaya çıkmaktadır. Örneğin duygudurum belirtileri (şiddetli manik sendromdan ağır depresif sendroma uzanan spektrum), psikotik belirtiler (ağırdan hafife uzanan ve duygudurumla uyumlu-uyumsuz psikotik belirtileri de içine alan şizofrenik ya da psikotik spektrum), gidiş özellikleri (tam düzeliş tek epizodla sınırlı kalıktan, tam düzelen yineleyici epizodik gidişe, ara dönemleri rezidüel belirtili kalan ya da düzelmeden kronik gidiş gösteren spektrum) herhangi bir bireyde kendine özgü karışımla ortaya çıkabilecektir (18).

Spektrum sözcük anlamıyla renkler yelpazesi anlamına gelir. Bir özelliğin çevresinde küçük bazı farklılıklarla yan yana yer alan benzer özellikleri tanımlamak için kullanılır. Bir hastalık spektrumundan söz ettiğimizde kastedilende, aslında farklı klinik antiteler olan bazı hastalıkların birbirleriyle benzerlikleri ya da yakınlıklarıdır. Böyle bir yakınlığı kanıtlamak, iki tanı grubunun birbirleriyle benzerliğini ortaya koymak, aynı aileden olduklarını kanıtlamak için geçerli yollar olarak; a) klinik tablonun benzerliği, b) iki hastalığın sıklıkla beraber gözükmesi, c) genetik benzerliklerin saptanabilmesi, d) aynı tedaviye yanıt verebilmesi ile açıklanmaya çalışılmaktadır. Spektrum terimi ilk olarak psikiyatride 1968 yılında şizofreni için kullanılmıştır (18).

Hastalık durumları, tıpkı ruhsal bakımdan “sağlıklı” ya da “hasta” olmak gibi, bir tek spektrumun farklı yerlerinde bulunurlar. Psikiyatrik hastalıkların sendromal geçerliliği çok yüksek değildir. Günlük hekimlikte ruhsal hastalıkların, farklı kategoriler olduğu kadar, geniş bir spektrumun değişik noktalarında yer alan ve birinden öbürüne geçişin yavaş olduğu bir takım antiteler olduğu izlenimi alınır. Tanı koymak için kullanılan belirtiler oldukça değişken bir dağılım gösterirler. Bir hastalığın belirtileri, genellikle o

hastalığı olan tüm hastalarda görülmez ve aynı tanıyı alan hastalar her bakımdan birbirinin aynı değildir (16).

Dünya tarihinde bir psikiyatrik bozukluğa ilişkin ilk kayda M.Ö. 3000 yıllarında Mısır'da Prens Ptah-Hotep zamanlarında rastlanmaktadır. Psikiyatrik sınıflandırma sistemlerinde daha sonraki önemli gelişme M.Ö. 5. Yüzyılda Antik Yunan'da gerçekleştirilmiştir. Hipokrat ve öğrencileri altı farklı akıl hastalığını tıbbi pratiğe sokmuşlardır. Bunlar; 1-Frenitis (Akut ateşli akıl hastalığı), 2-Mania (Akut ateşsiz akıl hastalığı), 3-Melankoli (Her çeşit kronik akıl hastalığı), 4-Epilepsi (Şimdiki anlamı ile hemen hemen aynı), 6-Scythian Hastalığı (Transvestizm ile eş anlamlı)'dır (19). Hipokrat'dan sonra 18. yüzyıla kadar psikiyatrik sınıflandırma çalışmaları pek çok büyük hekimin katkıları ile devam etmiştir. Psikiyatrik hastalıkların sınıflandırmasına belki de en önemli katkı E. Kraepelin (1836-1926) tarafından sağlanmıştır. Kraepelin psikiyatrinin temeli olan tanımlayıcı psikiyatrinin kurucusudur. Psikiyatrik hastalıklar açısından oluşturduğu tanımlamalar birçok yönden bugün de geçerlidir (19).

Psikiyatrik sınıflandırma tarihinde bireysel katkıların yanı sıra, bu katkıların ışığında dünyada ortak ve resmi sınıflandırma çalışmaları bulunmaktadır (19). Amerika Birleşik Devletleri'nde 1880 yılında yapılan nüfus sayımında ruhsal hastalığı olanların ilk defa farklı kategorilerde yer alacak şekilde alt gruplaması yapılmıştır (mani, melankoli, monomani, parezi, demans, dipsomani ve epilepsi) (17).

1891 yılında Uluslararası İstatistik Enstitüsü ölüm nedenlerinin sınıflandırılması için Jacques Bertillon (1851-1922) başkanlığında bir komisyon görevlendirmiştir. Bertillon ve ekibi tarafından hazırlanan liste 1900 yılında Uluslararası İstatistik Enstitüsü'nün toplantısında gözden geçirilerek Ölüm Nedenlerinin Uluslararası Sınıflandırması (International Classification of Causes of Death) olarak kabul edilmiştir ve bu sınıflandırma ilk uluslararası hastalık sınıflandırmasıdır. Her on yılda bir yenilene bu sınıflandırma sisteminin 6. versiyonunun oluşturulma görevi Birleşmiş Milletler Tarafından Dünya Sağlık Örgütüne verilmiştir. 1948 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından gözden geçirilen sınıflandırma sisteminin adı Uluslararası

Hastalık, Yaralanma ve Ölüm Nedenleri Sınıflandırması Elkitabı (Manual of the International Classification of Diseases, Injuries, and Causes of Death-ICD-6) olarak değiştirilmiştir ve ilk defa “Ruhsal, Psikonevrotik ve Kişilik Bozuklukları” başlığı altında ruhsal hastalıklar dahil edilmiştir (19).

ICD-6’da demans, bazı kişilik bozuklukları ve uyum bozukluklarının yer almaması nedeniyle ABD’de yeterince ilgi görmemiştir. Bu nedenle 1951 yılında ABD Kamu Sağlığı Hizmetleri, Amerikan Psikiyatri Birliği’nin de (American Psychiatric Association-APA) içerisinde yer aldığı bir komisyon oluşturarak ICD-6’nın ruh hastalıkları bölümüne bir alternatif geliştirilmesi çalışmalarını başlatmıştır. Oluşturulan komisyonun hazırladığı psikiyatrik tanı sınıflandırması 1952 yılında DSM-I (Ruhsal Bozuklukların Tanı ve İstatistiksel El Kitabı-Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) adıyla APA tarafından yayınlanmıştır (19). DSM-I, her bir tanı kategorisinin ayrı ayrı tanımlandığı ilk sistemdir. 1968’de DSM-II yayımlanmıştır. DSM-I ve II belirtilere dayanılarak yapılan sınıflandırmalar olmalarına karşın, bu sınıflandırmalarda yer alan tablolara ait tanımlamalar kesin çizgilerden uzaktır (16). Çocukluk ve ergenlik döneminin davranış bozuklukları ilk olarak DSM-II’de tanımlanmıştır (19).

ICD-6’dan sonra ve son olarak 1978 yılında yayımlanan 9. versiyonların çok önemli bir farklılık taşımadığı görülmüştür. Psikiyatrik sınıflandırmalarda en önemli değişim 1980’de DSM-III’ün yayımlanmasıyla olmuştur (16). DSM-III dahil etme ve dışlama ölçütlerinin belirlendiği ilk psikiyatrik tanı sınıflandırmasıdır. DSM-III’de Kraepelin tarafından tanımlanan tanımlayıcı yaklaşım benimsenmiştir. DSM-III’ün getirdiği yeniliklerden biri de psikiyatrik hastalıkların beş eksenle değerlendirilmesine olanak sağlayan çok eksenli değerlendirme sistemidir (19). DSM-III ve bunu izleyen DSM-III-R, ICD-10 ve DSM-IV’ün öncekilerden farklı bir bakış açısını yansıttığı açıktır. Bu sistemler kuramlara değil, araştırma verilerine dayandırılmaktadır (16).

DSM-IV 1994 yılında yayımlanmıştır. 2000 yılında DSM-IV, APA tarafından gözden geçirilerek DSM-IV-TR adıyla kullanıma girmiştir. DSM-IV-TR psikiyatrik hastalık belirtilerinin tanımlanmasından yararlanır. Hastalıkların tanımlanması klinik özelliklerinin tanımlanması ile yapılır. Her ruhsal hastalık

için özgül tanı ölçütleri vardır. DSM-IV aynı zamanda yaş, kültür, cinsiyet, yaygınlık, sıklık, risk, gidiş, komplikasyonlar, predispozan faktörler, aile örüntüsü ve ayırıcı tanı ile ilişkili olarak da her hastalığı sistematik biçimde tanımlamıştır. Hastanın klinik görünümü ve öyküsü bir klinik tanıyı tam olarak karşılamıyorsa atipik, rezidüel veya başka türlü adlandırılmayan olarak belirtilebilir (19).

Kategorik yaklaşımda pratikte bugün sıklıkla belirti listelerinden oluşan tanılar konmaktadır ve kategorik yaklaşımda gri alanlara yer yoktur. Eşiği geçen tüm hastalar aynı kefeye konur. Oysa kesin sınırlar çizmeye çalışmak şiddetli olmayan ara olguların dışlanmasına yol açabilir. Boyutsal yaklaşımda belirtiler eşik-altı olsa bile bu bozukluklara spektrum modeli ile yaklaşıldığında kategoriler dışında kalan örnekler kendine yer bulabilmektedir (18). DSM'nin beşinci baskısı olan DSM-5, APA tarafından 2013 yılında yayınlanmıştır (20). DSM-5'te psikopatolojilerin kavramsallaştırılmasında kategorik anlayışa ek olarak boyutsal yaklaşımın da benimsendiği göze çarpmaktadır (21, 22).

Ruhsal hastalıkların sınıflamasında kategorik ve boyutsal yaklaşımların görece faydalarına dair tartışmalar 20. Yüzyıl boyunca devam etmiştir. Şimdilerde de, araştırma topluluğu kategorik-boyutsal tartışmasında tek bir görüşte birleşmiş değildir (13).

Sınıflandırmanın tarihçesi Tablo-1'de kronolojik olarak gösterilmiştir.

## **Tablo-1: Sınıflandırmanın Tarihçesi**

---

1900 Ölüm Nedenlerinin Uluslararası Sınıflandırması

1948 ICD-6

1952 DSM-I

1968 DSM-II

1978 ICD-9

1980 DSM-III

1987 DSM-III-R

1992 ICD-10

1994 DSM-IV

2000 DSM-IV-TR

2013 DSM-5

---

**DSM:** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

**ICD:** International Classification of Causes of Death

## **2. Major Depresif Bozukluk**

### **2.1. Tanım**

Olağan etkinliklerden ve daha önce kişiye zevk veren durumlardan eskisi gibi zevk alamama ve bunlara karşı ilginin kaybolması, yoğun mutsuzluk, karamsarlık, suçluluk duyguları ile görülen; düşünce, konuşma, devinim ve fizyolojik işlevlerde yavaşlama, konsantrasyon bozukluğu, enerji azlığı, uyku sorunları ve olası intihar düşünceleri ile karakterize bir sendromdur (23, 24).

### **2.2. DSM-5'e Göre Depresyon Bozuklukları**

1. Yıkıcı Duygudurumu Düzenleyememe Bozukluğu,
2. Yeğın (Majör) Depresyon Bozukluğu,
3. Süregiden Depresyon Bozukluğu (Distimi),
4. Aybaşı Öncesi (Premenstrüel) Disfori Bozukluğu,
5. Maddenin/ İlacın Yol Açtığı Depresyon Bozukluğu,
6. Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Depresyon Bozukluğu,
7. Tanımlanmış Bir Diğer Depresyon Bozukluğu,
8. Tanımlanmamış Depresyon Bozukluğu şeklinde kategorilere ayırmıştır (20).

### 2.2.1. DSM-5 Tanı Ölçütlerine Göre Yeğın (Majör) Depresyon Bozukluğu

A. Aynı iki haftalık dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden beşi (ya da daha çoğu) bulunmuştur ve önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmuştur; bu belirtilerden en az biri ya çökkün duygudurum ya da ilgisini yitirme ya da zevk almamadır.

1. Çökkün duygudurum, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur ve bu durumu ya kişinin kendisi bildirir (örn. üzüntülüdür, kendini boşlukta hisseder ya da umutsuzdur) ya da bu durum başkalarınca gözlenir (örn. ağlamaklı görünür). (Not: Çocuklarda ve ergenlerde kolay kızan bir duygudurum olabilir.)

2. Bütün ya da nerdeyse bütün etkiliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da bunlardan zevk almama durumu, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur (öznel anlatıma göre ya da gözlemlerle belirlenir).

3. Kilo vermeye çalışmıyorken (diyet yapmıyorken) çok kilo verme ya da kilo alma (Örn. bir ay içinde ağırlılığının %5'inden daha çok olan bir değişiklik) ya da neredeyse her gün, yeme isteğinde azalma ya da artma. (Not: Çocuklarda beklenen kilo alımını sağlayamama göz önünde bulundurulmalıdır.)

4. Neredeyse her gün, uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma.

5. Neredeyse her gün, psikodevinsel kışkırtma (ajitasyon) ya da yavaşlama (Başkalarınca gözlenebilir; yalnızca, öznel, dinginlik sağlayamama ya da yavaşladığı duygusu olarak taşıma değil).

6. Neredeyse her gün, bitkinlik ya da içsel gücün kalmaması (Enerji düşüklüğü).

7. Neredeyse her gün, değersizlik ya da aşırı ya da uygunsuz suçluluk duyguları (Sanrısal olabilir) (Yalnızca hasta olduğundan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil).

8. Neredeyse her gün, düşünmekte ya da odaklanmakta güçlük çekme ya da kararsızlık yaşama (Öznel anlatıma göre ya da başkalarınca gözlenir).

9. Yineleyici ölüm düşünceleri (Yalnızca ölüm korkusu değil), özel eylem tasarlamaksızın yineleyici kendini öldürme (intihar) düşünceleri ya da kendini öldürme girişimi ya da kendini öldürmek üzere özel bir eylem tasarlama.

B. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

C. Bu dönem, bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

D. Yeğın depresyon döneminin ortaya çıkışı şizoduygulanımsal bozukluk, şizofreni, şizofrenimsi bozukluk, sanrılı bozukluk ya da şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden tanımlanmış ya da tanımlanmamış diğer bozukluklarla daha iyi açıklanamaz.

E. Hiçbir zaman bir mani dönemi ya da bir hipomani dönemi geçirilmemiştir (20).

#### **2.2.1.1. DSM-5'e Göre Depresyon Bozuklukları Belirleyicileri**

Bunaltılı sıkıntı: Bunaltılı sıkıntı, yeğın depresyon döneminin ya da süre giden depresyon bozukluğunun (Distimi) çoğu günü boyunca aşağıdaki belirtilerden en az ikisinin varlığıyla tanımlanır:

1. Bunalma ya da gerginlik duyma.
2. Hiçbir biçimde dinginlik sağlayamama (Olağandışı huzursuzluk duyma).
3. Kaygılarından ötürü odaklanmakta güçlük çekme.
4. Kötü bir şey olacağından korkma.
5. Özdenetimini yitirecekmiş gibi olma.

Ağır olmayan: İki belirti

Orta: Üç belirti

Orta derecede-ağır: Dört ya da beş belirti

Ağır: Devinsel kışkırtma (motor ajitasyon) ile birlikte dört ya da beş belirti göstermelidir.

Karma özellikler gösteren:

A. Yeğın (Majör) Depresyon döneminin neredeyse her gününde, günün büyük bir kesiminde aşağıdaki mani/hipomani belirtilerinden en az üçü vardır:

1. Kabarmış taşkın duygudurum.
2. Benlik saygısında abartılı bir artış ya da büyüklük düşünceleri.
3. Her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşmaya tutma.

4. Düşünce uçuşması ya da düşüncelerin sanki birbirleriyle yarışıyor gibi birbiri ardı sıra geldiğine ilişkin öznel yaşantı.

5. İçsel güçte ya da amaca yönelik etkinlikte artma (toplumsal olarak, işte ya da okulda ya da cinsel bağlamda).

6. Kötü sonuçlar doğurabilecek etkinliklere daha çok ya da aşırı katılma (örn. aşırı para harcama, düşüncesizce cinsel girişimlerde bulunma ya da gereksiz iş yatırımları yapma).

7. Uyku gereksiniminde azalma (örn. her zamankinden daha az bir uykuyla kendini dinlenmiş olarak duyumsar; uykusuzluk çekmenin tersine).

B. Karma belirtiler başkalarınınca da gözlenebilir ve kişinin olağan davranışlarında bir değişiklik vardır.

C. Belirtileri, mani ya da hipomani için tanı ölçütlerini tam karşılayan kişilerde tanı, iki uçlu I ya da iki uçlu II bozukluğu olmalıdır.

D. Karma belirtiler, bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç ya da başka bir tedavi) fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

Melankoli özellikleri gösteren:

A. O sıradaki dönemin en ağır evresinde aşağıdakilerden en az biri vardır:

1. Bütün ya da neredeyse bütün etkinliklerden zevk almama.

2. Genelde zevk verebilecek uyaranlara karşı tepkisiz kalma (İyi bir şey olduğunda, geçici olarak bile olsa, kendini çok daha iyi hissetmez).

B. Aşağıdakilerden üçü (ya da daha çoğu):

1. Derin bir bunalım, umutsuzluk ve/ya da somurtkanlık ya da duygusal boşluk yaşama olarak adlandırılabilir bir duygudurum ile belirli, değişik nitelikte bir çökkün duygudurum.

2. Depresyon, sürekli olarak sabahları daha kötüdür.

3. Sabah erken uyanma (Her zamanki uyanma saatinden en az iki saat önce).

4. Belirgin bir psikodevinsel kışkırtma (Psikomotor ajitasyon) ya da yavaşlama.

5. Yeme isteğinde belirgin azalma ya da kilo verme.

6. Aşırı ya da uygunsuz suçluluk duyguları.



Değişik tür (atipik) özellikleri gösteren: O sıradaki ya da en son yeğın (majör) depresyon döneminin çoğu gününde aşağıdaki özellikler baskın olduğunda bu belirleyici kullanılabilir:

A. Duygudurumda tepkisellik (gerçek ya da gerçek olabilecek olaylar karşısında duygudurum açılır).

B. Aşağıdaki özelliklerden ikisi (ya da daha çoğu):

1. Belirgin bir kilo alımı ya da yeme isteğinde artma.

2. Çok uyku uyuma (hipersomni).

3. Kurşun paralizisi (kolları ve bacakları, ağırlaşmış, kurşun gibi duyumsama).

4. Belirgin bir toplumsal ya da işle ilgili işlevsellikte bozulmayla sonuçlanan, uzun süreli, başkalarından kabul görmeme duyarlılığı (duygudurum bozukluğu dönemleriyle sınırlı değildir).

C. Aynı dönemde, “melankoli özellikleri gösteren” ya da “katatoni ile giden” belirleyicileri için tanı ölçütleri karşılanmamıştır.

Psikoz özellikleri gösteren: Sanrılar ya da varsanılar vardır.

Duygudurumla uyumlu psikoz özellikleri gösteren: Bütün sanrılarının ve varsanıların içeriği, kişisel yetersizlik, suçluluk, hastalık, ölüm, nihilizm ya da cezalandırılmayı hak etme gibi depresyon konularıyla tutarlılık içindedir.

Duygudurumla uyumlu olmayan psikoz özellikleri gösteren: Sanrılarının varsanıların içeriği, kişisel yetersizlik, suçluluk, hastalık, ölüm, nihilizm ya da cezalandırılmayı hak etme gibi depresyon konularını kapsamaz ya da içerik duygudurumla uyumlu ve duygudurumla uyumlu olmayan psikoz özelliklerinin bir karışımından oluşur.

Katatoni ile giden: Dönemin büyük bir kesiminde katatoni özellikleri bulunursa ya da depresyon dönemi için bu belirleyici kullanılır.

Doğum zamanı (peripartum) başlayan: Duygudurum belirtileri, gebelik sırasında ya da doğumdan sonraki dört hafta içinde ortaya çıkarsa, o sıradaki yeğın depresyon dönemi için ya da tanı ölçütleri o sırada tam olarak karşılanmıyorsa, en son yeğın depresyon dönemi için bu belirleyici kullanılabilir.

Mevsimsel örüntü gösteren: Bu belirleyici yineleyici yeğın (majör) depresyon bozukluğuna uygulanır

A. Yeğın depresyon bozukluğunda, yeğın depresyon dönemlerinin başlaması ile yılın belirli bir zamanı arasında (örn. sonbahar ya da kış), düzenli olarak, zamansal bir ilişki oluşmuştur.

B. Yılın belirli bir zamanında tam yatışma (ya da yeğın depresyondan maniye ya da hipomaniye geçiş) olur (örn. ilkbaharda depresyon ortadan kalkar).

C. Son iki yıl içinde, yukarıda tanımlandığı gibi, zamansal olarak, mevsimsel bir ilişki gösteren en az iki depresyon dönemi oluşmuştur ve bu iki yıl içinde, mevsimsel olmayan dönemler ortaya çıkmamıştır.

D. Mevsimsel yeğın depresyon dönemleri (yukarıda tanımlandığı gibi), kişinin yaşam boyu ortaya çıkmış olan mevsimsel olmayan yeğın depresyon dönemlerinden sayıca daha çok olmuştur.

Tam olmayan yatışma gösteren: Bir önceki yeğın depresyon döneminin belirtileri vardır, ancak tanı ölçütleri tam karşılanmamaktadır ya da böyle bir dönemin bitmesinden sonra yeğın depresyon döneminin belirgin belirtilerinin olmadığı iki aydan daha kısa bir süre vardır.

Tam yatışma gösteren: Son iki ay içinde, bu bozukluğun belirgin belirti ve bulguları yoktur.

Ağırlık tanı ölçütü, belirti sayısına, bu belirtilerin ağırlığına ve işlevsel yetiyitiminin derecesine bağlıdır.

Ağır olmayan: Belirtileri, varsa bile çok azdır ve ancak tanı ölçütlerini karşılayacak sayıdadır, yoğunluğu açısından belirtiler sıkıntı verici bir düzeydedir ancak belirtilerin üstesinden gelinebilir ve bu belirtiler toplumsal ya da işle ilgili işlevsellikte çok az bir bozulmaya neden olur.

Orta derecede: Belirtilerin sayısı, yoğunluğu ve/ya da işlevsellikte bozulma “ağır olmayan”la “ağır” arasında orta bir yerdedir.

Ağır: Belirtilerin sayısı, tanı konması için gerekenden daha çoktur, yoğunluk açısından belirtiler çok sıkıntı verici bir düzeydedir ve belirtilerin üstesinden gelinebilir, belirtiler toplumsal ve işle ilgili işlevselliği belirgin olarak bozmaktadır (20).

### **3. İkiuçlu Bozukluk**

#### **3.1. Tanım**

Bireyin uyarılara, olaylara, anılara, düşüncelere duygusal tepki ile katılabilme yetisine duygulanım denir. Duygudurum ise bireyin bir süre değişik derecelerde rahat, neşeli, üzüntülü, tedirgin, öfkeli, taşkın ya da çökkün bir duygulanım içinde bulunmasıdır (25). İki uçlu bozukluk, belli bir düzen olmaksızın tekrarlayan depresif, manik ya da karma özellikli ataklarla giden ve ataklar arasında kişinin sağlıklı duygudurumu haline (ötimi) dönebildiği kronik seyirli duygulanım bozukluğunu tanımlar (24).

#### **3.2. DSM-5'e Göre İkiuçlu ve İlişkili Bozukluklar**

1. İkiuçlu Bozukluk Tip I,
2. İkiuçlu Bozukluk Tip II,
3. Siklotimik Bozukluk,
4. Maddenin/İlacın Yol Açtığı İkiuçlu ve İlişkili Bozukluk,
5. Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı İkiuçlu ve İlişkili Bozukluk,
6. Tanımlanmış Diğer Bir İkiuçlu ve İlişkili Bozukluk,
7. Tanımlanmamış İkiuçlu ve İlişkili Bozukluk şeklinde kategorilere ayırmıştır (20).

##### **3.2.1. İkiuçlu Bozukluk Tip I**

İki uçlu bozukluk tip I 'in ana özelliği, bir ya da daha fazla manik epizod geçirmiş olmaktır. Majör depresif epizodlar bulunmasa bile, ileride geçirecekleri varsayılmaktadır. İki uçlu bozukluk tip I 'in, DSM-5 'e göre tanı kriterleri şu şekildedir:

- A. En az bir mani dönemi için tanı ölçütleri karşılanmıştır.
- B. Mani ve major depresif dönemlerinin ortaya çıkışı şizoduygulanımsal bozukluk, şizofreni, şizofrenimsi bozukluk, sanrılı bozukluk ya da tanımlanmış bir ya da tanımlanmamış diğer bipolar ve ilişkili bozuklukla daha iyi açıklanamaz (20).

##### **3.2.1.1. Mani dönemi**

- A. Kabarmış, taşkın ya da çabuk kızan, olağandışı ve sürekli bir duygudurumun ve amaca yönelik etkinlikte ve içsel güçte, olağandışı ve

sürekli bir artışın olduğu ayrı bir dönemin, en az bir hafta (ya da hastaneye yatırılmayı gerektirmişse herhangi bir süre) süreyle, neredeyse hergün, günün büyük bir bölümünde bulunması

B. Duygudurum bozukluğunun olduğu ve içsel güçte ya da etkinlikte artma olduğu dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden üçü (ya da çoğu) (çabuk kızan bir duygudurum varsa dördü) belirgin derecede vardır ve bunlar olağan davranışlardan önemli ölçüde değişiktir:

1. Benlik saygısında abartılı bir artış ya da büyüklük düşünceleri.
2. Uyku gereksiniminde azalma (örn.yalnızca üç saatlik bir uykuyla kendini dinlenmiş olarak duyumsar)
3. Her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşmaya tutma.
4. Düşünce uçuşması ya da düşüncelerin sanki birbirleriyle yarışıyor gibi birbiri ardı sıra geldiğine ilişkin öznel yaşantı.
5. Dikkat dağınıklığı (kişinin dikkati, önemsiz ya da ilgisiz bir dış uyarana kolaylıkla dağılır) olduğu bildirilir ya da öyle olduğu gözlenir.
6. Amaca yönelik etkinlikte artma ya da ajitasyon
7. Kötü sonuçlar doğurabilecek etkinliklere aşırı katılma (örn: aşırı para harcama, gereksiz iş yatırımları yapma ya da düşüncesizce cinsel girişimlerde bulunma)

C. Duygudurum bozukluğu, toplumsal ya da işle ilgili işlevsellikte belirgin bir düşmeye neden olacak denli ya da kişinin kendisine ya da başkalarına bir kötülüğünün dokunmaması için hastaneye yatırılmasını gerektirecek denli ağırdır ya da psikoz özellikleri vardır.

D. Bu dönem, bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz (20).

### **3.2.1.2. Hipomani dönemi**

A. Kabarmış, taşkın ya da çabuk kızan, olağandışı ve sürekli bir duygudurumun ve amaca yönelik etkinlikte ve içsel güçte, olağandışı ve sürekli bir artışın olduğu ayrı bir dönemin, en az dört ardışık gün süreyle, neredeyse hergün, günün büyük bir bölümünde bulunması

B. Duygudurum bozukluğunun olduğu ve içsel güçte ya da etkinlikte artma olduğu dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden üçü (ya da çoğu) (çabuk

kızan bir duygudurum varsa dördü) belirgin derecede vardır ve bunlar olağan davranışlardan önemli ölçüde değişiktir:

1. Benlik saygısında abartılı bir artış ya da büyüklük düşünceleri.
2. Uyku gereksiniminde azalma (örn: yalnızca üç saatlik bir uykuyla kendini dinlenmiş olarak duyumsar)
3. Her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşmaya tutma.
4. Düşünce uçuşması ya da düşüncelerin sanki birbirleriyle yarışıyor gibi birbiri ardı sıra geldiğine ilişkin öznel yaşantı.
5. Dikkat dağınıklığı (kişinin dikkati, önemsiz ya da ilgisiz bir dış uyarana kolaylıkla dağılır) olduğu bildirilir ya da öyle olduğu gözlenir.
6. Amaca yönelik etkinlikte artma ya da ajitasyon
7. Kötü sonuçlar doğurabilecek etkinliklere aşırı katılma (örn: aşırı para harcama, gereksiz iş yatırımları yapma ya da düşüncesizce cinsel girişimlerde bulunma).

C. Bu dönem, kişinin belirtisiz zamanlarda olduğundan çok daha değişik, işlevsellikte belirgin bir değişikliğin görüldüğü bir dönemdir.

D. Duygudurum bozukluğu ve işlevsellikte olan değişiklik başkalarınca gözlenebilir.

E. Duygudurum bozukluğu, toplumsal ya da işle ilgili işlevsellikte belirgin bir düşmeye neden olacak denli ya da kişinin kendisine ya da başkalarına bir kötülüğünün dokunmaması için hastaneye yatırılmasını gerektirecek denli ağır değildir. Psikoz özellikleri varsa, söz konusu dönem tanım olarak mani dönemidir.

F. Bu dönem bir maddenin fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz (20).

### **3.2.1.3. Depresyon Dönemi**

A. Aynı iki haftalık dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden beşi (ya da daha çoğu) bulunmuştur ve önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmuştur; bu belirtilerden en az biri ya (1) çökkün duygudurum ya da (2) ilgisini yitirme ya da zevk alamamadır.

1. Çökkün duygudurum, neredeyse hergün, günün büyük bir bölümünde bulunur ve bu durumu ya kişinin kendisi bildirir (örn. üzüntülüdür, kendini boşlukta hisseder ya da umutsuzdur) ya da bu durum başkalarınca gözlenir.

2. Neredeyse bütün etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da bunlardan zevk alamama durumu, neredeyse hergün, günün büyük bir bölümünde bulunur.

3. Kilo vermeye çalışmıyorken çok kilo verme ya da kilo alma (örn. Bir ay içinde ağırlığının %5'inden daha çok olan bir değişiklik) ya da neredeyse her gün, yeme isteğinde azalma ya da artma

4. Neredeyse her gün, uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma.

5. Neredeyse her gün, psikomotor ajitasyon ya da yavaşlama.

6. Neredeyse her gün, bitkinlik ya da içsel gücün kalmaması.

7. Neredeyse her gün, değersizlik ya da aşırı ya da uygunsuz suçluluk duyguları

8. Neredeyse her gün, düşünmekte ya da odaklanmakta güçlük çekme ya da kararsızlık yaşama

9. Yineleyici ölüm düşünceleri, özel eylem tasarlamaksızın yineleyici kendini öldürme düşünceleri ya da kendini öldürme girişimi ya da kendini öldürmek üzere özel bir eylem tasarlama.

B. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

C. Bu durum bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanmaz (20).

### **3.2.2. İki Uçlu Bozukluk Tip II**

DSM-5' e göre, hastalığın tanı ölçütleri şu şekildedir:

A. En az bir hipomani dönemi için ve en az bir major depresyon dönemi için tanı ölçütleri karşılanmıştır.

B. Hiçbir zaman bir mani dönemi geçirilmemiştir.

C. Hipomani ve major depresyon dönemlerinin ortaya çıkışı şizoduygulanımsal bozukluk, şizofreni, şizofrenimsi bozukluk, sanrılı bozukluk ya da tanımlanmış bir ya da tanımlanmamış diğer bipolar ve ilişkili bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

D. Depresyon belirtileri ya da depresyon ve hipomani dönemleri arasında sık gidip gelmenin neden olduğu öngörülemezlik durumu, klinik açıdan belirgin

bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur (20).

### **3.2.3. Siklotimik Bozukluk**

Bu hastalığın en belirgin özelliği, en az iki yıl süreyle depresyon ve hipomani türünden belirtilerin olmasıdır. DSM-5' e göre hastalığın tanı ölçütleri şunlardır:

A. En az iki yıl süreyle (çocuklarda ve ergenlerde en az bir yıl süreyle), hipomani dönemi için tanı ölçütlerini karşılamayan, hipomani belirtilerinin olduğu birçok dönem ve major depresyon dönemi için tanı ölçütlerini karşılamayan, depresyon belirtilerinin olduğu birçok dönem olmuştur.

B. Yukarıda sözü edilen iki yıllık dönemin en az yarısında hipomani ve depresyon dönemleri olmuştur ve kişinin, bir kezde, belirtisiz kaldığı iki aydan daha uzun bir süre olmamıştır.

C. Major depresyon, mani ya da hipomani dönemi için tanı ölçütleri hiçbir zaman karşılanmamıştır.

D. A tanı ölçütündeki belirtiler şizoduygulanımsal bozukluk, şizofreni, şizofrenimsi bozukluk, sanrılı bozukluk ya da tanımlanmış bir ya da tanımlanmamış diğer bipolar ve ilişkili bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

E. Bu dönem bir maddenin, bir ilaç ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

F. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur (20).

## **4. Şizofreni**

### **4.1. Tanım**

Şizofreni toplumun %1'ini etkileyen, genç yaşta başlayan, bütün sosyal sınıflarda görülebilen, kişiler arası ilişkiler ve mesleki işlevsellikte bozulmalara sebep olan, kronik ve yıkıcı bir ruhsal hastalıktır. Düşünce, duygudurum ve davranışlarda bozukluklar mevcuttur. Bilişsel bozukluk olmasa da soyut düşüncede, bilgi işlemede bozukluk gibi bilişsel kusurlar gelişir (26). Kişiler

gerçeklerden uzaklaşarak kendine özgü, otistik bir dünyada yaşamaya başlar (27).

#### **4.2. DSM-5'e Göre Şizofreni Açılımı Kapsamında ve Psikozla Giden Diğer Bozukluklar**

1. Şizofreni,
2. Şizotürü Kişilik Bozukluğu,
3. Sanrılı Bozukluk,
4. Kısa Psikoz Bozukluğu,
5. Şizofrenimsi Bozukluk,
6. Şizoduygulanımsal Bozukluk
7. Tanımlanmış Şizofreni Açılımı Kapsamında ve Psikozla Giden Diğer Bozukluk
8. Tanımlanmamış Şizofreni Açılımı Kapsamında ve Psikozla Giden Diğer Bozukluk şeklinde kategorilere ayırmıştır (20).

##### **4.2.1 DSM-5 Tanı Ölçütlerine Göre Şizofreni**

A. Aşağıdaki belirtilerden en az ikisinin bir aylık (eğer tedavi edilmişse daha kısa süre olabilir) bir sürenin büyük kısmında bulunması ve bunlardan en az birinin 1., 2., ya da 3. madde olması gerekir.

1. Sanrı
2. Varsanı
3. Dezorganize konuşma (çağrışımlarda dağınıklık, enkoherans gibi)
4. Dezorganize davranış ya da katatoni
5. Negatif belirtiler (Duygulanımda donukluk, aloji, avolüsyon gibi)

B. Bu belirtilerin bozukluğun başlangıcından itibaren geçen sürenin önemli kesiminde iş, kişiler arası ilişkiler ya da özbakım gibi bir ya da daha fazla alandaki işlevsellik düzeyini önemli ölçüde azaltmış olması beklenir. Eğer bozukluk çocukluk çağında başlamışsa işlevsellik düzeyinin beklenen seviyeye gelmemesi şartı aranmaktadır.

C. Hastalığın kronik olması da aranan ölçütler arasındadır. A tanı ölçütünü karşılayan belirtiler en az altı aydır var olmalı ve en az bir ayında A tanı ölçütü açık olarak bulunmalıdır. Bu altı aylık süreye prodrom ve rezidüel evreler de dahil edilebilir.



D. Şizoafektif Bozukluk ve Duygudurum Bozuklukları dışlanmalıdır.

1. Aktif evre ile eş zamanlı olarak majör depresyon ya da mani bulguları ortaya çıkmamıştır.

2. Majör depresyon ya da mani bulguları aktif evreyle eş zamanlı ortaya çıktıysa bile hastalığı atak ve rezidüel dönemlerinin toplam süresinin az bir kısmını kaplamaktadır.

E. Bulgular madde kullanımı veya genel tıbbi duruma bağlı olarak ortaya çıkmamıştır.

F. Eğer otizm spektrumun bozukluğu ya da çocuklukta başlayan bir iletişim bozukluğu varsa, şizofreni kriterlerinin karşılanması ve sanrı veya varsanıların en az bir ay süreyle (tedavi edilmişse daha kısa olabilir) var olması durumunda ek olarak şizofreni tanısı konur (20).

## **5. Şizoafektif Bozukluk**

### **5.1. Tanım**

Şizoafektif bozukluk ruh sağlığı hastalıklarının en tartışmalı konularından biridir. Farklı sınıflandırma dizgelerinde farklı şekilde tanımlanmıştır ve klinisyenler arasında tanı tutarlılığı düşüktür (25). Hem şizofreni hem de afektif bozuklukların özellikleri olan bir hastalıktır. Güncel sınıflama sistemlerine göre bir hasta aşağıdaki klinik görünümünden birine sahipse şizoafektif bozukluk tanısı alabilir:

1. Duygudurum belirtileri bulunan şizofreni hastaları.
2. Şizofreni belirtileri bulunan duygudurum bozukluklu hastalar.
3. Hem şizofreni hem duygudurum bozukluğu olan hastalar.
4. Şizofreni ve duygudurum bozukluğuyla ilişkisiz üçüncü bir psikoza olan hastalar.
5. Hastalık belirtileri şizofreniyle duygudurum bozukluğu arasında bir sürem gösteren hastalar.
6. Yukarıdaki sınıflamalardan birden fazlasının birleşimine sahip hastalar (28).

### **5.2. DSM-5 Tanı Ölçütlerine Göre Şizoafektif Bozukluk**

DSM-5' e göre şizoafektif bozukluk tanı ölçütleri şu şekildedir (20):

A. Major bir duygudurum dönemiyle (major depresyon ya da mani dönemi) eş zamanlı olarak şizofreni için A tanı ölçütünün karşılandığı, kesintisiz bir hastalık sürecinin olması

Not: Major depresyon dönemi A1 tanı ölçütünü kapsamalıdır: çökkün duygudurum.

B. Hastalığın yaşam boyu süresince, major bir duygudurum döneminin (depresyon ya da mani) olmadığı 2 ya da daha çok hafta, sanrılar ya da varsanılar bulunur.

C. Major bir duygudurum döneminin tanı ölçütlerini karşılayan belirtileri, hastalığın açık ve artakalan kesiminde, toplam süresinin büyük bir çoğunluğunda bulunur.

D. Bu bozukluk bir maddenin (örn. ilaç kötüye kullanımı veya tedavi amaçlı kullanılan bir ilaç) yada genel tıbbi durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlanamaz.

Olup olmadığını belirtiniz:

- İki uçlu tür: Mani dönemi hastalık görünümünün bir kesimiye bu alttür kullanılır. Major depresyon dönemleri de ortaya çıkabilir.
- Depresif tip: Yalnızca major depresyon dönemleri hastalık görünümünün kesimleriye bu alttür kullanılır.

## GEREÇ VE YÖNTEM

### 1. Olgular

01/01/2018 – 15/04/2018 tarihleri arasında Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne en az 2. başvurusu olan, çalışma için ICD-10 tanı sisteminden gruplandırılarak oluşturulmuş; Depresif bozukluklar, Bipolar bozukluklar, Psikotik bozukluklar ve Şizoafektif bozukluklar tanılarında birini alan toplam 1435 kişi (853 kadın, 582 erkek) ile çalışma grubu oluşturulmuştur. Çalışma ile ilgili etik kurul onayı 24.04.2018 tarihinde 2018-8/9 karar numarası ile alınmıştır.

### 2. Çalışmaya Dahil Edilme Ölçütleri

Çalışma grubu, 01/01/2018 – 15/04/2018 tarihleri arasında Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne en az 2. başvurusu olan hastalar ve çalışma için ICD-10 tanı sisteminden gruplandırılarak oluşturulmuş Depresif bozukluklar, Bipolar bozukluklar, Psikotik bozukluklar ve Şizoafektif bozukluklar tanılarında en az birini almış olan hastalar arasından seçilmiştir.

### 3. Çalışmadan Dışlama Ölçütleri

01/01/2018 – 15/04/2018 tarihleri arasında Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne ilk kez başvuran hastalar, çalışma için ICD-10 tanı sisteminden gruplandırılarak oluşturulmuş; Depresif bozukluklar, Bipolar bozukluklar, Psikotik bozukluklar ve Şizoafektif bozukluk tanılarında herhangi birini almamış hastalar çalışmaya dahil edilmemiştir.

#### 4. Çalışmanın Metodu

01/01/2018 – 15/04/2018 tarihleri arasında Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine en az 2. başvurusu olan, çalışma için ICD-10 tanı sisteminden gruplandırılarak oluşturulmuş; Depresif bozukluklar, Bipolar bozukluklar, Psikotik bozukluklar ve Şizoafektif bozukluklar tanıları alan hastalar çalışmaya alınmıştır. Çalışma için hazırlanan tanı gruplarının içerdiği ICD-10 kodları Tablo-2'de gösterilmiştir. Çalışmaya alınan hastaların geriye dönük olarak hasta dosyaları ve AviCenna sistemindeki bilgileri Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne ilk başvurularından itibaren incelenmiştir. Çalışma şartlarına uygun olan hastalar ile ilgili bilgileri Sosyodemografik veri ve Dosya takip formlarına işlenmiştir. Hasta ile ilgili elde edilen bilgilere ek olarak Medeczane ve Renkli Reçete bilgi sisteminden elde edilen epikriz, ilaç raporu, sağlık kurulu raporu ve benzeri evraklar da göz önünde bulundurulmuştur. İnceleme sonrası sadece çalışma için ICD-10 tanı sisteminden gruplandırılarak oluşturulmuş tanı grupları arasındaki tanı geçişi, tanı değişim olarak kabul edilmiştir. Taramalar sonucu; bir hastada tanı grupları arasında geçiş en fazla 3 kez tespit edilmiştir. Değişim sayıları göz önüne alınarak; ilk başvuru tanısı, tanı 2, tanı 3 ve son başvuru tanısı olmak üzere 4 ölçüm noktası belirlenmiştir.

Bu çalışmada her tanı grubu için 2 ölçüm stabilitesi sunulmuştur (29). Birinci ölçüt olarak prospektif tutarlılık, ilk başvurudaki tanısını son başvuruda koruyan hastaların yüzdesini ifade etmektedir. Bu değer pozitif prediktif değere karşılık gelmektedir. İkinci ölçüt, retrospektif tutarlılık, son başvurudaki tanısını , ilk başvuruda koruyan hastaların yüzdesini ifade etmektedir. Bu değer duyarlılığı temsil etmektedir.

**Tablo-2:** Çalışma için hazırlanan tanı gruplarının içerdiği ICD-10 kodları

<b>Depresif Bozukluklar</b>	<b>Bipolar Bozukluklar</b>	<b>Psikotik Bozukluklar</b>	<b>Şizoafektif Bozukluklar</b>
F32	F31	F20	F25
F32.0	F31.0	F20.0	F25.0
F32.1	F31.1	F20.1	F25.1
F32.2	F31.2	F20.2	F25.2
F32.3	F31.3	F20.3	F25.8
F32.8	F31.4	F20.4	F25.9
F32.9	F31.5	F20.5	
F33	F31.6	F20.6	
F33.0	F31.7	F20.8	
F33.1	F31.8	F20.9	
F33.2	F31.9	F28	
F33.3	F34.0	F29	
F33.4	F38		
F33.8	F39		
F33.9			
F34.1			

## **5. Uygulanan Form ve Ölçekler**

Çalışmaya alınan tüm hastaların, sosyodemografik ve dosya bilgileri, bu çalışma için oluşturulmuş olan Sosyodemografik Veri Formu (Ek-1) ve Dosya Takip Formuna (Ek-2) doldurularak alınmıştır.

### **5.1. Sosyodemografik Veri Formu (Ek-1)**

Çalışmacılar tarafından hazırlanmış olan bu formla hastaların cinsiyeti, yaşı, medeni hali, eğitim düzeyi, mesleği, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü olup olmadığı bilgileri toplanmıştır.

### **5.2. Dosya Takip Formu (Ek-2)**

Çalışmacılar tarafından hazırlanmış olan bu formla hastanın hastalığının başlangıç yaşı, çalışmaya alındığı poliklinik başvuru tarihi ve tanısı, polikliniğe ilk başvurusu ve tanısı, tanı değişim tarihleri ve değişim aralığı bilgileri toplanmıştır.

## 6. İstatistiksel Analiz

Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilk testi ile incelenmiştir. Normallik testi sonucuna göre sürekli değişkenler ortalama  $\pm$  standart sapma ya da medyan(minimum:maksimum) değerleriyle, kategorik değişkenler ise n(%) ifade edilmiştir. Tanı dağılımının zaman içerisinde değişimini incelemek amacıyla McNemar Bowker testi kullanılmıştır. Her bir tanının bir sonraki hekim görüşü ile tutarlılığı Cohen'in Kappa katsayısı ile değerlendirilmiştir. Yaş ve hastalık başlama yaşının tanı grupları arasında yapılan karşılaştırmalarında Kruskal Wallis testi kullanılmış olup, gruplar arasında yapılan ikili karşılaştırmaları içeren alt grup analizleri ise Dunn Bonferroni yaklaşımı kullanılarak incelenmiştir. Kategorik değişkenlerin gruplar arası karşılaştırmalarında Fisher'in kesin ki-kare testi, Ki-kare testi ve Fisher-Freeman-Halton testleri kullanılmıştır. Zaman içerisinde tanılarda gözlenen değişimin üzerinde etkili olduğu düşünülen risk faktörlerini belirlemek amacıyla çok değişkenli lojistik regresyon analizi yapılmıştır. Çalışmanın analizleri SPSS (IBM Corp. Released 2013. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0. Armonk, NY: IBM Corp.) programında yapılmış olup, istatistiksel analizlerde tip I hata düzeyi  $\alpha=0,05$  olarak kabul edilmiştir.

## BULGULAR

Çalışmaya katılan hastaların sosyodemografik özellikleri Tablo-3'de gösterilmiştir.

**Tablo-3:** Çalışmaya alınan hastaların sosyodemografik özellikleri

<b>n=1435</b>	
<b>Yaş</b>	44,21±13,53
<b>Hastalığın Başlangıç</b>	29,55±10,81
<b>Cinsiyet</b>	
<i>Kadın</i>	853 (%59,4)
<i>Erkek</i>	582 (%40,6)
<b>Medeni Durum</b>	
<i>Evli</i>	793 (%55,3)
<i>Bekar</i>	469 (%32,7)
<i>Boşanmış-Dul</i>	173 (%12,1)
<b>Eğitim Düzeyi</b>	
<b><u>Lise Altı</u></b>	697 (%48,6)
<i>Okuma-Yazma Bilmeyen</i>	17 (%1,2)
<i>Okur-Yazar</i>	42 (%2,9)
<i>İlkokul Mezunu</i>	444 (%30,9)
<i>Ortaokul Mezunu</i>	194 (%13,5)
<b><u>Lise Mezunu</u></b>	501 (%34,9)
<b><u>Lise Üstü</u></b>	237 (%16,5)
<i>Üniversite Mezunu</i>	229 (%16,0)
<i>Yüksek Lisans ve Üstü</i>	8 (%0,6)
<b>Meslek</b>	
<i>Ev Hanımı</i>	396 (%27,6)
<i>Memur</i>	132 (%9,2)
<i>İşçi</i>	137 (%9,5)
<i>Çiftçi</i>	30 (%2,1)
<i>Serbest Meslek</i>	131 (%9,1)
<i>Öğrenci</i>	74 (%5,2)
<i>Emekli</i>	289 (%20,1)
<i>İşsiz</i>	246 (%17,1)
<b>Ailede Hastalık Öyküsü</b>	
<i>Yok</i>	951(%66,3)
<i>Var</i>	484(%33,7)

Veriler ortalama±standart sapma ve n(%) olarak ifade edilmiştir.

Çalışmaya alınan 1435 hastanın %59,4'ü kadın (n=853), %40,6'sı (n=582) erkektir. Hastaların ortalama yaşı 44,21±13,53 yıl olarak bulunmuştur. Hastaların %55,3'ü (n=793) evlidir. Hastaların %48,6'sı (n=697) lise altı eğitim seviyesine sahiptir ve %17,1'i (n=246) işsizdir. Hastaların %33,7'sinin (n=484) ailesinde Depresif bozuklular, Bipolar bozukluklar ve Psikotik bozukluklar tanılarında en az birisi mevcuttur.

Hastaların sosyodemografik özellikleri ile hastaların son başvuru tanılarının karşılaştırılması ve tanı grupları arasında yapılan karşılaştırmalar Tablo-4'de gösterilmiştir.





**Tablo-4:** Sosyodemografik özelliklere göre tanı gruplarının karşılaştırılması ve tanı grupları arası ikili karşılaştırmalar

	Depresif Bozukluklar	Bipolar Bozukluklar	Psikotik Bozukluklar	Şizoafektif Bozukluklar	P-Değeri	Tanı Grupları Arası İkili Karşılaştırmalar					
						DB-BB P-Değeri	DB-PB P-Değeri	DB-ŞB P-Değeri	BB-PB P-Değeri	BB-ŞB P-Değeri	PB-ŞB P-Değeri
<b>Yaş</b>											
<i>Medyan(Min-Maks)</i>	47(18:80)	43(18:75)	40(18:77)	38(32:44)	<0,001 <sup>c**</sup>	0,022 <sup>d*</sup>	<0,001 <sup>d**</sup>	0,182 <sup>d</sup>	0,025 <sup>d*</sup>	0,820 <sup>d</sup>	1,000 <sup>d</sup>
<i>Ortalama±Ss</i>	46,58±14,49	43,68±12,86	40,79±11,49	37,9±4,28							
<b>Başlangıç Yaşı</b>											
<i>Medyan(Min-Maks)</i>	34(13:70)	24(13:62)	23(14:54)	20(17:28)	<0,001 <sup>c**</sup>	<0,001 <sup>d**</sup>	<0,001 <sup>d**</sup>	<0,001 <sup>d**</sup>	1,000 <sup>d</sup>	0,333 <sup>d</sup>	0,605 <sup>d</sup>
<i>Ortalama±Ss</i>	33,73±11,45	26,15±9,19	24,92±7,54	20,4±3,10							
<b>Cinsiyet</b>											
<i>Kadın</i>	529(%73,2)	160(%61,5)	160(%36,2)	4(%40,0)	<0,001 <sup>a**</sup>	<0,001 <sup>a**</sup>	<0,001 <sup>a**</sup>	0,029 <sup>b*</sup>	<0,001 <sup>a**</sup>	0,198 <sup>b</sup>	0,754 <sup>b</sup>
<i>Erkek</i>	194(%26,8)	100(%38,5)	282(%63,8)	6(%60,0)							
<b>Medeni Durum</b>											
<i>Evlü</i>	516(%71,4)	144(%55,4)	130(%29,4)	3(%30,0)	<0,001 <sup>a**</sup>	<0,001 <sup>a**</sup>	<0,001 <sup>a**</sup>	0,006 <sup>e*</sup>	<0,001 <sup>a**</sup>	0,130 <sup>e</sup>	1,000 <sup>e</sup>
<i>Bekar</i>	130(%18,0)	79(%30,4)	254(%57,5)	6(%60,0)							
<i>Boşanmış-Dul</i>	77(%10,7)	37(%14,2)	58(%13,1)	1(%10,0)							
<b>Eğitim Düzeyi</b>											
<i>Lise Altı</i>	367(%50,8)	105(%40,4)	221(%50,0)	4(%40,0)	0,004 <sup>a*</sup>	0,801 <sup>a</sup>	0,541 <sup>b</sup>	0,014 <sup>a*</sup>	1,000 <sup>b</sup>	0,751 <sup>b</sup>	0,751 <sup>b</sup>
<i>Lise Mezunu</i>	237(%32,8)	94(%36,2)	165(%37,3)	5(%50,0)	0,004 <sup>e*</sup>	0,324 <sup>a</sup>	0,113 <sup>a</sup>	0,311 <sup>b</sup>	0,755 <sup>a</sup>	0,505 <sup>b</sup>	0,513 <sup>b</sup>
<i>Lise Üstü</i>	119(%16,5)	61(%23,5)	56(%12,7)	1(%10,0)		0,012 <sup>a*</sup>	0,079 <sup>a</sup>	1,000 <sup>b</sup>	<0,001 <sup>a**</sup>	0,463 <sup>b</sup>	1,000 <sup>b</sup>
<b>Ailede Hastalık Öyküsü</b>											
<i>Yok</i>	548(%75,8)	128(%49,2)	270(%61,1)	5(%50,0)	<0,001 <sup>a**</sup>	<0,001 <sup>a**</sup>	<0,001 <sup>a**</sup>	0,072 <sup>b</sup>	0,002 <sup>a*</sup>	1,000 <sup>b</sup>	0,523 <sup>b</sup>
<i>Var</i>	175(%24,2)	132(%50,8)	172(%38,9)	5(%50,0)							

Veriler medyan(minimum:maksimum), ortalama±standart sapma ve n(%) olarak ifade edilmiştir.

**a:** Ki-kare testi

**b:** Fisher'in kesin ki-kare testi

**c:** Kruskal-wallis testi

**d:** Dunn-bonferroni testi

**e:** Freeman-Halton testi

**DB:** Depresif Bozukluklar

**BB:** Bipolar Bozukluklar

**PB:** Psikotik Bozukluklar

**ŞB:** Şizoafektif Bozukluklar

\*: p<0,05

\*\* :p<0,001

Hastaların tanı grupları, yaş dağılımına göre farklılık göstermektedir ( $p<0,001$ ). Farkın hangi tanı grubu yada gruplarından kaynaklandığını belirlemeye yönelik alt grup analizlerinde aşağıdaki bulgulara ulaşılmıştır. İkili karşılaştırmalarda Depresif bozukluklar ve Bipolar bozukluklar tanı grupları arasında yaş dağılımına göre fark vardır ( $p=0,022$ ). Depresif bozukluklar tanı grubunun medyan yaşı Bipolar bozukluklar tanı grubundan daha yüksektir. İkili karşılaştırmalarda Depresif bozukluklar ve Psikotik bozukluklar tanı grupları arasında fark vardır ( $p<0,001$ ). Depresif bozukluklar tanı grubunun medyan yaşı Psikotik bozukluklar tanı grubundan daha yüksektir. İkili karşılaştırmalarda Bipolar bozukluklar ve Psikotik bozukluklar tanı grupları arasında fark vardır ( $p=0,025$ ). Bipolar bozukluklar tanı grubunun medyan yaşı Psikotik bozukluklar tanı grubundan daha yüksektir.

Hastaların tanı grupları hastalık başlangıç yaşı dağılımına göre farklılık göstermektedir ( $p<0,001$ ). Farkın hangi tanı grubu yada gruplarından kaynaklandığını belirlemeye yönelik alt grup analizlerinde aşağıdaki bulgulara ulaşılmıştır. İkili karşılaştırmalarda Depresif bozukluklar ve Bipolar bozukluklar tanı grupları arasında fark vardır ( $p<0,001$ ). Depresif bozukluklar tanı grubunun hastalık başlangıç medyan yaşı Bipolar bozukluklar tanı grubundan daha yüksektir. İkili karşılaştırmalarda Depresif bozukluklar ve Psikotik bozukluklar tanı grupları arasında fark vardır ( $p<0,001$ ). Depresif bozukluklar tanı grubunun hastalık başlangıç medyan yaşı Psikotik bozukluklar tanı grubundan daha yüksektir. İkili karşılaştırmalarda Depresif bozukluklar ve Şizoafektif bozukluklar tanı grupları arasında fark vardır ( $p<0,001$ ). Depresif bozukluklar tanı grubunun hastalık başlangıç medyan yaşı Şizoafektif bozukluklar tanı grubundan daha yüksektir.

Hastaların tanı grupları arasında cinsiyetlerin dağılımına göre farklılık vardır ( $p<0,001$ ). Farkın hangi tanı grubu yada gruplarından kaynaklandığını belirlemeye yönelik alt grup analizlerinde aşağıdaki bulgulara ulaşılmıştır. İkili karşılaştırmalarda Depresif bozukluklar ve Bipolar bozukluklar tanı grupları arasında fark vardır ( $p<0,001$ ). Depresif bozukluklar tanı grubunun kadın oranı Bipolar bozukluklar tanı grubundan daha yüksektir. İkili karşılaştırmalarda Depresif bozukluklar ve Psikotik bozukluklar tanı grupları

arasında fark vardır ( $p<0,001$ ). Depresif bozukluklar tanı grubunun kadın oranı Psikotik bozukluklar tanı grubundan daha yüksektir. İkili karşılaştırmalarda Depresif bozukluklar ve Şizoafektif bozukluklar tanı grupları arasında fark vardır ( $p=0,029$ ). Depresif bozukluklar tanı grubunun kadın oranı Şizoafektif bozukluklar tanı grubundan daha yüksektir. İkili karşılaştırmalarda Bipolar bozukluklar ve Psikotik bozukluklar tanı grupları arasında fark vardır ( $p<0,001$ ). Bipolar bozukluklar tanı grubunun kadın oranı Psikotik bozukluklar tanı grubundan daha yüksektir.

Hastaların tanı grupları arasında medeni durumlarının dağılımına göre farklılık vardır ( $p<0,001$ ). Farkın hangi tanı grubu yada gruplarından kaynaklandığını belirlemeye yönelik alt grup analizlerinde aşağıdaki bulgulara ulaşılmıştır. İkili karşılaştırmalarda Depresif bozukluklar ve Bipolar bozukluklar tanı grupları arasında fark vardır ( $p<0,001$ ). Bipolar bozukluklar tanı grubunun bekar oranı Depresif bozukluklar tanı grubundan daha yüksektir. İkili karşılaştırmalarda Depresif bozukluklar ve Psikotik bozukluklar tanı grupları arasında fark vardır ( $p<0,001$ ). Psikotik bozukluklar tanı grubunun bekar oranı Depresif bozukluklar tanı grubundan daha yüksektir. İkili karşılaştırmalarda Depresif bozukluklar ve Şizoafektif bozukluklar tanı grupları arasında fark vardır ( $p=0,006$ ). Şizoafektif bozukluklar tanı grubunun bekar oranı Depresif bozukluklar tanı grubundan daha yüksektir. İkili karşılaştırmalarda Bipolar bozukluklar ve Psikotik bozukluklar tanı grupları arasında fark vardır ( $p<0,001$ ). Psikotik bozukluklar tanı grubunun bekar oranı Bipolar bozukluklar tanı grubundan daha yüksektir.

Hastaların tanı grupları arasında eğitim düzeylerinin dağılımına göre farklılık vardır ( $p=0,004$ ). Farkın hangi tanı grubu yada gruplarından kaynaklandığını belirlemeye yönelik alt grup analizlerinde aşağıdaki bulgulara ulaşılmıştır. İkili karşılaştırmalarda lise altı eğitim düzeyi açısından Depresif bozukluklar ve Bipolar bozukluklar tanı grupları arasında fark vardır ( $p=0,004$ ). Depresif bozukluklar tanı grubunun lise altı eğitim düzeyi oranı Bipolar bozukluklar tanı grubundan daha yüksektir. İkili karşılaştırmalarda lise altı eğitim düzeyi açısından Bipolar bozukluklar ve Psikotik bozukluklar tanı grupları arasında fark vardır ( $p=0,014$ ). Psikotik bozukluklar tanı grubunun

lise altı eğitim düzeyi oranı Bipolar bozukluklar tanı grubundan daha yüksektir. İkili karşılaştırmalarda lise üstü eğitim düzeyi açısından Depresif bozukluklar ve Bipolar bozukluklar tanı grupları arasında fark vardır ( $p=0,012$ ). Depresif bozukluklar tanı grubunun lise üstü eğitim düzeyi oranı Bipolar Bozukluklar tanı grubundan daha düşüktür. İkili karşılaştırmalarda lise üstü eğitim düzeyi açısından Bipolar bozukluklar ve Psikotik bozukluklar tanı grupları arasında fark vardır ( $p<0,001$ ). Psikotik bozukluklar grubunun lise üstü eğitim düzeyi oranı Bipolar bozukluklar grubundan daha düşüktür.

Hastaların tanı grupları arasında ailedeki hastalık öyküsü dağılımına göre farklılık vardır ( $p<0,001$ ). Farkın hangi tanı grubu yada gruplarından kaynaklandığını belirlemeye yönelik alt grup analizlerinde aşağıdaki bulgulara ulaşılmıştır. İkili karşılaştırmalarda Depresif bozukluklar ve Bipolar bozukluklar tanı grupları arasında fark vardır ( $p<0,001$ ). Bipolar bozukluklar tanı grubunun ailede hastalık öyküsü varlığı oranı Depresif bozukluklar tanı grubundan daha yüksektir. İkili karşılaştırmalarda Depresif bozukluklar ve Psikotik bozukluklar tanı grupları arasında fark vardır ( $p<0,001$ ). Psikotik bozukluklar tanı grubunun ailede hastalık öyküsü varlığı oranı Depresif bozukluklar tanı grubundan daha yüksektir. İkili karşılaştırmalarda Bipolar bozukluklar ve Psikotik bozukluklar tanı grupları arasında fark vardır ( $p=0,002$ ). Bipolar bozukluklar tanı grubunun ailede hastalık öyküsü varlığı oranı Psikotik bozukluklar tanı grubundan daha yüksektir.

Hastaların ilk başvurudan son başvuruya doğru olan tanı dağılımlarında fark vardır ( $p<0,001$ ). İlk başvuru ile son başvuru arasında tanı dağılımı Tablo-5 de gösterilmiştir.

**Tablo-5:** İlk başvuru ile son başvuru tanıları arasındaki tanı gruplarının dağılımı

İlk Başvuru Tanıları	Son Başvuru Tanıları				Toplam n
	<i>Depresif Bozukluklar</i> n (%)	<i>Bipolar Bozukluklar</i> n (%)	<i>Psikotik Bozukluklar</i> n (%)	<i>Şizoafektif Bozukluklar</i> n (%)	
<i>Depresif Bozukluklar</i>	702 (%84,7)	66 (%8,0)	60 (%7,2)	1 (%0,1)	839
<i>Bipolar Bozukluklar</i>	12 (%4,9)	184 (%75,4)	43 (%17,6)	5 (%2,0)	244
<i>Psikotik Bozukluklar</i>	9 (%2,6)	8 (%2,3)	331 (%94,6)	2 (%0,6)	350
<i>Şizoafektif Bozukluklar</i>	0 (%0,0)	2 (%16,7)	8 (%66,7)	2 (%16,7)	12
<i>Toplam n</i>	723	260	442	10	1435

Veriler n(%) olarak ifade edilmiştir.

Tanı gruplarının ilk başvurudan Tanı 2, Tanı 3 ve son başvuruya doğru prospektif tutarlılıkları Tablo-6'da gösterilmiştir.

**Tablo-6:** Tanı gruplarının prospektif tutarlılıkları

	Uyum% <sup>a</sup>	κ	P- değeri
<b>İlk başvuru-Tanı 2</b>			
<i>Depresif Bozukluklar</i>	84,0	0,78	p<0,001
<i>Bipolar Bozukluklar</i>	73,0	0,65	p<0,001
<i>Psikotik Bozukluklar</i>	93,1	0,76	p<0,001
<i>Şizoafektif Bozukluklar</i>	16,7	0,14	p<0,001
<b>İlk başvuru-Tanı 3</b>			
<i>Depresif Bozukluklar</i>	84,8	0,80	p<0,001
<i>Bipolar Bozukluklar</i>	75,4	0,67	p<0,001
<i>Psikotik Bozukluklar</i>	94,6	0,78	p<0,001
<i>Şizoafektif Bozukluklar</i>	16,7	0,17	p<0,001
<b>İlk başvuru-Son başvuru</b>			
<i>Depresif Bozukluklar</i>	84,7	0,79	p<0,001
<i>Bipolar Bozukluklar</i>	75,4	0,67	p<0,001
<i>Psikotik Bozukluklar</i>	94,6	0,77	p<0,001
<i>Şizoafektif Bozukluklar</i>	16,7	0,18	p<0,001

a:Prospektif tutarlılık

κ:Cohen'in kappa katsayısı

Hastaların son başvurudan ilk başvuruya doğru olan tanı dağılımlarında fark vardır (p<0,001). Son başvuru ile ilk başvuru arasında tanı dağılımı Tablo-7'de gösterilmiştir.

**Tablo-7:** Son başvuru tanısı ile ilk başvuru tanısı arasındaki tanı gruplarının dağılım

Son Başvuru Tanıları	İlk Başvuru Tanıları				Toplam n
	Depresif Bozukluklar n (%)	Bipolar Bozukluklar n (%)	Psikotik Bozukluklar n (%)	Şizoafektif Bozukluklar n (%)	
Depresif Bozukluklar	702 (%97,1)	12 (%1,7)	9 (%1,2)	0 (%0,0)	723
Bipolar Bozukluklar	66 (%25,4)	184 (%70,8)	8 (%3,1)	2 (%0,8)	260
Psikotik Bozukluklar	60 (%13,6)	43 (%9,7)	331 (%74,9)	8 (%1,8)	442
Şizoafektif Bozukluklar	1 (%10,0)	5 (%50,0)	2 (%20,0)	2 (%20,0)	10
Toplam n	829	244	350	12	1435

Veriler n(%) olarak ifade edilmiştir.

Tanı gruplarının son başvuru tanısı ile ilk başvuru tanısı arasındaki retrospektif tutarlılıkları Tablo-8 gösterilmiştir.

**Tablo-8:** Tanı gruplarının retrospektif tutarlılıkları

	Uyum% <sup>a</sup>	κ	P-değeri
<b>Depresif Bozukluklar</b>	97,1	0,79	p<0,001
<b>Bipolar Bozukluklar</b>	70,8	0,67	p<0,001
<b>Psikotik Bozukluklar</b>	74,9	0,77	p<0,001
<b>Şizoafektif Bozukluk</b>	20,0	0,18	p<0,001

a:Retrospektif tutarlılık

κ:Cohen'in kappa katsayısı

Depresif bozukluklar tanı grubunda prospektif tutarlılık açısından çok iyi düzeyde uyum gözlemlenmiştir (30). İlk başvuruyla Tanı 2 arasında prospektif tutarlılık %84,0 , ilk başvuruyla Tanı 3 arasında prospektif tutarlılık %84,8 ve ilk başvuru ile son başvuru arasında prospektif tutarlılık %84,7

olarak tespit edilmiştir ( $p<0,001$ ). Depresif bozukluklar tanı grubunda retrospektif tutarlılık açısından çok iyi düzeyde uyum gözlemlenmiştir (30). İlk başvuru ile son başvuru arasında retrospektif tutarlılık %97,1 olarak tespit edilmiştir ( $p<0,001$ ).

Bipolar bozukluklar tanı grubunda prospektif tutarlılık açısından iyi düzeyde uyum gözlemlenmiştir (30). İlk başvuruya Tanı 2 arasında prospektif tutarlılık %73,0 , ilk başvuruya Tanı 3 arasında prospektif tutarlılık %75,4 ve ilk başvuru ile son başvuru arasında prospektif tutarlılık %75,4 olarak tespit edilmiştir ( $p<0,001$ ). Bipolar bozukluklar tanı grubunda retrospektif tutarlılık açısından iyi düzeyde uyum gözlemlenmiştir (30). İlk başvuru ile son başvuru arasında retrospektif tutarlılık %70,8 olarak tespit edilmiştir ( $p<0,001$ ).

Psikotik bozukluklar tanı grubunda prospektif tutarlılık açısından çok iyi düzeyde uyum gözlemlenmiştir (30). İlk başvuruya Tanı 2 arasında prospektif tutarlılık %93,1 , ilk başvuruya Tanı 3 arasında prospektif tutarlılık %94,6 ve ilk başvuru ile son başvuru arasında prospektif tutarlılık %94,6 olarak tespit edilmiştir ( $p<0,001$ ). Psikotik bozukluklar tanı grubunda retrospektif tutarlılık açısından iyi düzeyde uyum gözlemlenmiştir (30). İlk başvuru ile son başvuru arasında retrospektif tutarlılık %74,9 olarak tespit edilmiştir ( $p<0,001$ ).

Şizoafektif bozukluklar tanı grubunda prospektif tutarlılık açısından önemsiz düzeyde uyum gözlemlenmiştir (30). İlk başvuruya Tanı 2 arasında prospektif tutarlılık %16,7 , ilk başvuruya Tanı 3 arasında prospektif tutarlılık %16,7 ve ilk başvuru ile son başvuru arasında prospektif tutarlılık %16,7 olarak tespit edilmiştir ( $p<0,001$ ). Şizoafektif bozukluklar tanı grubunda retrospektif tutarlılık açısından önemsiz düzeyde uyum gözlemlenmiştir (30). İlk başvuru ile son başvuru arasında retrospektif tutarlılık %20,0 olarak tespit edilmiştir ( $p<0,001$ ).

Tanı değişimi olup olmamasıyla son başvuru tanılarının dağılımı arasında farklılık vardır ( $p<0,001$ ). Farkın hangi tanı grubu yada gruplarından kaynaklandığını belirlemeye yönelik alt grup analizlerinde aşağıdaki bulgulara ulaşılmıştır. İkili karşılaştırmalarda Depresif bozukluklar ve Bipolar



bozukluklar tanı grupları arasında tanı değişimi açısından fark vardır ( $p<0,001$ ). Son tanılarına göre Depresif bozukluklar tanı grubu ile Bipolar bozukluklar tanı grubunda tanı değiştirenlerin oranı sırasıyla %3,9 ve %31,5 olarak tespit edilmiştir. İkili karşılaştırmalarda Depresif bozukluklar ve Psikotik bozukluklar tanı grupları arasında tanı değişimi açısından fark vardır ( $p<0,001$ ). Son tanılarına göre Depresif bozukluklar tanı grubu ile Psikotik bozukluklar tanı grubunda tanı değiştirenlerin oranı sırasıyla %3,9 ve %26,2 olarak tespit edilmiştir. İkili karşılaştırmalarda Depresif bozukluklar ve Şizoafektif bozukluklar tanı grupları arasında tanı değişimi açısından fark vardır ( $p<0,001$ ). Son tanılarına göre Depresif bozukluklar tanı grubu ile Şizoafektif bozukluklar tanı grubunda tanı değiştirenlerin oranı sırasıyla %3,9 ve %80,0 olarak tespit edilmiştir. İkili karşılaştırmalarda Bipolar bozukluklar ve Psikotik bozukluklar tanı grupları arasında tanı değişimi açısından farklılık yoktur ( $p=0,132$ ). Son tanılarına göre Bipolar bozukluklar tanı grubu ile Psikotik bozukluklar tanı grubunda tanı değiştirenlerin oranı sırasıyla %31,5 ve %26,2 olarak tespit edilmiştir. İkili karşılaştırmalarda Bipolar bozukluklar ve Şizoafektif bozukluklar tanı grupları arasında tanı değişimi açısından fark vardır ( $p=0,003$ ). Son tanılarına göre Bipolar bozukluklar tanı grubu ile Şizoafektif bozukluklar tanı grubunda tanı değiştirenlerin oranı sırasıyla %31,5 ve %80,0 olarak tespit edilmiştir. İkili karşılaştırmalarda Psikotik bozukluklar ve Şizoafektif bozukluklar tanı grupları arasında tanı değişimi açısından fark vardır ( $p=0,001$ ). Son tanılarına göre Psikotik bozukluklar tanı grubu ile Şizoafektif bozukluklar tanı grubunda tanı değiştirenlerin oranı sırasıyla %26,2 ve %80,0 olarak tespit edilmiştir.

Tanı değişimi olup olmamasıyla hastalık başlangıç yaşı dağılımına göre farklılık göstermektedir ( $p<0,001$ ). Tanı değişimi olan grubun hastalık başlangıç yaşı ortalaması  $26,85\pm 9,79$  ve tanı değişimi olmayan grubun yaş ortalaması  $30,08\pm 10,93$  olarak tespit edilmiştir.

Tanı değişimi olup olmamasıyla medeni durum dağılımı arasında farklılık vardır ( $p=0,001$ ). Farkın hangi medeni durum türünden kaynaklandığını belirlemeye yönelik alt grup analizlerinde aşağıdaki bulgulara ulaşılmıştır. İkili karşılaştırmalarda evli ve bekar olma arasında tanı değişimi

açısından fark vardır ( $p=0,002$ ). Medeni duruma göre evli olanlar ile bekar olanlarda tanı değiştirenlerin oranı sırasıyla %13,0 ve %19,6 olarak tespit edilmiştir. İkili karşılaştırmalarda evli ve boşanmış-dul olma arasında tanı değişimi açısından fark vardır ( $p=0,001$ ). Medeni duruma göre evli olanlar ile boşanmış-dul olanlarda tanı değiştirenlerin oranı sırasıyla %13,0 ve %22,5 olarak tespit edilmiştir. İkili karşılaştırmalarda bekar olma ve boşanmış-dul olma arasında tanı değişimi açısından fark yoktur ( $p=0,414$ ). Medeni duruma göre bekar olanlar ile boşanmış-dul olanlarda tanı değiştirenlerin oranı sırasıyla %19,6 ve %22,5 olarak tespit edilmiştir.

Tanı değişimi olup olmamasıyla eğitim düzeyi dağılımı arasında fark yoktur ( $p=0,809$ ).

Tanı değişimi olup olmamasıyla meslek dağılımı arasında fark yoktur ( $p=0,060$ ).

Tanı değişimini etkileyen risk faktörlerini araştırmak için yapılan lojistik regresyon analizi sonuçları Tablo-9'da gösterilmiştir.

**Tablo-9:** Tanı değişimini etkileyen risk faktörleri

Risk Faktörü	Wald	OR(%95GA)	P-Değeri
<b>Başlangıç Yaşı</b>	0,83	---	0,363
<b>Medeni Durum</b>			
<i>Evli(RK)</i>	---	---	---
<i>Bekar</i>	0,46	---	0,497
<i>Boşanmış-Dul</i>	2,07	---	0,150
<b>Eğitim</b>			
<i>Lise Altı(RK)</i>	---	---	---
<i>Lise</i>	0,09	---	0,763
<i>Lise Üstü</i>	0,04	---	0,838
<b>Cinsiyet</b>			
<i>Kadın(RK)</i>	---	---	---
<i>Erkek</i>	0,04	---	0,837
<b>Aile Öyküsü</b>			
<i>Yok(RK)</i>	---	---	---
<i>Var</i>	1,98	---	0,160
<b>Tanı</b>			
<i>Depresif Bozukluklar(RK)</i>	---	---	---
<i>Bipolar Bozukluklar</i>	97,41	11,59(7,13:18,86)	<0,001
<i>Psikotik Bozukluklar</i>	83,51	9,63(5,93:15,66)	<0,001
<i>Şizoafektif Bozukluk</i>	32,67	118,56(22,41:575,34)	<0,001

Lojistik regresyon modeli için anlamlılık:  $p < 0,001$

**OR:**Odds Ratio,

**GA:** Güven Aralığı

**RK:** Referans Kategori

Tanı değişimini etkileyen risk faktörlerinin incelenmesine göre; başlangıç yaşı, medeni durum, cinsiyet ve ailede psikiyatrik hastalık öyküsü tanı değişimi üzerinde risk faktörü olarak tespit edilmemiştir( $p < 0,001$ ). Son başvuru tanısının Depresif bozukluklar tanı grubu olmasına göre Bipolar bozukluklar tanı grubu (OR:11,59[7,13:18,86]; $p < 0,001$ ), Psikotik bozukluklar tanı grubu (OR: 9,63[5,93:15,66]; $p < 0,001$ ) veya Şizoafektif bozukluklar tanı grubu (OR:118,56 [22,41:575,34]; $p < 0,001$ ) olarak belirlenmesinin tanı değişimi görülme riski ile ilişkisi tespit edilmiştir.

## TARTIŞMA VE SONUÇ

Bizim çalışmamızda; Depresif bozukluklar tanı grubunun yaş ortalaması  $46,58 \pm 14,49$ , Bipolar bozukluklar tanı grubunun yaş ortalaması  $43,68 \pm 12,86$ , Psikotik bozukluklar tanı grubunun yaş ortalaması  $40,79 \pm 11,49$  ve Şizoafektif bozukluklar tanı grubunun yaş ortalaması  $37,9 \pm 4,28$  olarak bulunmuştur. Bu sonuca bakarak; Depresif bozukluklar tanı grubunun yaş ortalamasının diğer tanı gruplarına göre yüksek olması dikkat çekmektedir.

Çalışmamızda Depresif bozukluklar tanı grubunun hastalık başlangıç yaşı ortalaması  $33,73 \pm 11,45$ , Bipolar bozukluklar tanı grubunun hastalık başlangıç yaşı ortalaması  $26,15 \pm 9,19$ , Psikotik bozukluklar tanı grubunun hastalık başlangıç yaşı ortalaması  $24,92 \pm 7,54$  ve Şizoafektif bozukluklar tanı grubunun hastalık başlangıç yaşı ortalaması  $20,40 \pm 3,10$  olarak tespit edilmiştir. Bu sonuca bakarak; Depresif bozukluklar tanı grubunun hastalık başlangıç yaşı ortalamasının diğer tanı gruplarına göre yüksek olması dikkat çekmektedir.

Çalışmamızda Depresif bozukluklar, Bipolar bozukluklar, Psikotik bozukluklar ve Şizoafektif bozukluklar tanı gruplarını kadın hasta yüzdesi sırasıyla %73,2- 61,5- 36,2- 40,0 olarak tespit edilmiştir. Bu sonuçlara bakarak diğer tanı gruplarına göre; Depresif bozukluklar tanı grubunda kadınların yüzdesinin, Psikotik bozukluklar ve Şizoafektif bozukluk tanı gruplarında erkeklerin yüzdesinin yüksek olması dikkat çekmektedir.

Çalışmamızda Depresif bozukluklar, Bipolar bozukluklar, Psikotik bozukluklar ve Şizoafektif bozukluklar tanı gruplarındaki evlilerin yüzdesi sırasıyla %71,4- 55,4- 29,4- 30,0 olarak tespit edilmiştir. Depresif bozukluklar, Bipolar bozukluklar, Psikotik bozukluklar ve Şizoafektif bozukluklar tanı gruplarındaki bekarların yüzdesi sırasıyla %18,0- 30,4- 57,5- 60,0 olarak tespit edilmiştir. Bu sonuçlara bakarak; Depresif bozukluklar tanı grubunda evlilerin yüzdesinin, Psikotik bozukluklar ve Şizoafektif bozukluklar tanı gruplarında bekarların yüzdesinin diğer tanı gruplarından yüksek olması dikkat çekmektedir.

Çalışmamızda Depresif bozukluklar, Bipolar bozukluklar, Psikotik bozukluklar ve Şizoafektif bozukluklar tanı gruplarındaki lise üstü eğitim seviyesine sahip hastaların yüzdesi sırasıyla %16,5- 23,5- 12,7- 10,0 olarak tespit edilmiştir. Bu sonuçlara bakarak; Bipolar bozukluklar tanı grubunun lise üstü eğitim seviyesine sahip hastaların yüzdesi, diğer tanı gruplarına göre yüksek olması dikkat çekmektedir.

Çalışmamızda Depresif bozukluklar, Bipolar bozukluklar, Psikotik bozukluklar ve Şizoafektif bozukluklar tanı gruplarındaki ailede psikiyatrik öykü olması yüzdesi sırasıyla %24,2- 50,8- 38,9- 50,0 olarak tespit edilmiştir. Bu sonuçlara bakarak diğer tanı gruplarına göre; Bipolar bozukluklar tanı grubunun ailede psikiyatrik öykü olması yüzdesinin yüksek olması ve Depresif bozukluklar tanı grubunun ailede psikiyatrik öykü olması yüzdesinin düşük olması dikkat çekmektedir.

Çalışmamızda Depresif bozukluklar, Bipolar bozukluklar, Psikotik bozukluklar ve Şizoafektif bozukluklar tanı gruplarının prospektif tutarlılık yüzdesi sırasıyla %84,7- 75,4- 94,6- 16,7 olarak tespit edilmiştir. Bu sonuçlara bakarak diğer tanı gruplarına göre; Psikotik bozukluklar tanı grubunun prospektif tutarlılığının yüzdesinin daha yüksek, Şizoafektif bozukluklar tanı grubunun prospektif tutarlılığının yüzdesinin daha düşük olduğu göze çarpmaktadır.

Çalışmamızda Depresif bozukluklar, Bipolar bozukluklar, Psikotik bozukluklar ve Şizoafektif bozukluklar tanı gruplarının retrospektif tutarlılık yüzdesi sırasıyla %97,1- 70,8- 74,9- 20,0 olarak tespit edilmiştir. Bu sonuçlara bakarak diğer tanı gruplarına göre; Depresif bozukluklar tanı grubunun retrospektif tutarlılığının yüzdesinin daha yüksek, Şizoafektif bozukluklar tanı grubunun retrospektif tutarlılığının yüzdesinin daha düşük olduğu göze çarpmaktadır.

Çalışmamızda tanı değişimi olan grup ile tanı değişimi olmayan grubun hastalık başlangıç yaşı ortalaması sırasıyla  $26,85 \pm 9,79$  ve  $30,08 \pm 10,93$  olarak tespit edilmiştir. Çalışmamızda tanı değişimi olup olmamasıyla hastalığın başlangıç yaşı ortalaması arasında negatif bir ilişki

saptanmıştır. Buna göre hastalığın başlangıç yaşı artıkça tanı değişimi olasılığı düşmektedir.

Çalışmamızda tanı değişimi olan grup ile tanı değişimi olmayan gruptaki erkek hasta yüzdeleri %50,4 ve %38,6 olarak tespit edilmiştir. Bu sonuçlara bakarak tanı değişimi olan grubun erkek yüzdesinin diğer grubu göre yüksek olması dikkat çekmektedir.

Çalışmamızda tanı değişimi olan grup ile tanı değişimi olmayan gruptaki evli hasta yüzdeleri %44,0 ve %57,5 olarak tespit edilmiştir. Tanı değişimi olan grup ile tanı değişimi olmayan gruptaki bekar hasta yüzdeleri %39,3 ve %31,4 olarak tespit edilmiştir. Bu sonuçlara bakarak tanı değişimi olan grubun bekar yüzdesinin diğer grubu göre yüksek olması dikkat çekmektedir.

Çalışmamızda tanı değişimini etkileyen risk faktörlerinin incelenmesine göre başlangıç yaşı, medeni durum, cinsiyet ve ailede psikiyatrik hastalık öyküsü tanı değişimi üzerinde risk faktörü olarak etkili değildir. Buna karşın son başvuru tanısının Depresif bozukluklar tanı grubu olmasına göre Bipolar bozukluklar tanı grubu olarak belirlenmesi tanı değişimi görülme riskini 11,59 kat (OR:11,59[7,13:18,86];p<0,001) artırmaktadır. Son başvuru tanısının Depresif bozukluklar tanı grubu olmasına göre Psikotik bozukluklar tanı grubu olarak belirlenmesi tanı değişimi görülme riskini 9,63 kat (OR: 9,63[5,93:15,66];p<0,001) artırmaktadır. Son başvuru tanısının Depresif bozukluklar tanı grubu olmasına göre Şizoafektif bozukluklar tanı grubu olarak belirlenmesi tanı değişimi görülme riskini 118,56 kat (OR:118,56 [22,41:575,34];p<0,001) artırmaktadır.

Schwartz ve ark.'nın (29) Amerika'da yaygın psikiyatrik hastalıkların tanı stabilitesini değerlendirdikleri 547 hastayı içeren çalışmalarında katılımcıların yaş ortalamaları karşılaştırdığında büyükten küçüğe Major Depresif bozukluk, Bipolar Afektif bozukluk ve şizofreni şeklinde tespit edilmiştir. Kore'de retrospektif olarak tanı tutarlılığının değerlendirildiği bir çalışmada hastaların yaş ortalaması sırasıyla büyükten küçüğe; Major Depresif bozukluk (53,10±15,20) , Bipolar I bozukluk (43,30±12,50) ve Şizofreni (38,10±10,70) olarak tespit edilmiştir (11). Major depresyon, Bipolar

ve Şizofreni hastaları içiren bir çalışmada bizim çalışmamızla uyumluluk göstermektedir (31). İsrail'de yapılmış bir çalışmada Major Depresif bozukluk, Bipolar bozukluk ve Şizofreni hastalarının yaş ortalamaları bizim çalışmamızla benzeşmektedir (32). Tanı gruplarının yaş ortalaması açısından çalışmamız literatür ile genel anlamda uyumluluk göstermektedir (33-37).

Kore'de retrospektif olarak tanı tutarlılığının değerlendirildiği yapılan bir çalışmada hastaların hastalık başlangıç yaşı ortalamaları büyükten küçüğe; Major Depresif bozukluk, Bipolar I ve Şizofreni olarak tespit edilmiştir (11). Hollis ve ark.'nın (38) İngiltere'de psikotik semptomların eşlik ettiği 110 hasta üzerinde yapıları tutarlılık çalışmasında şizofreni tanı grubunda hastalık başlangıç yaşı diğer tanı gruplarına göre anlamlı derecede düşük tespit edilmiştir. Literatürde bizimle benzer sonuçlara ulaşmış başka çalışmalar da mevcuttur (32, 35, 37, 39).

Kim ve ark.'nın (11) Kore'de yaptıkları çalışmada Major Depresif bozukluk, Bipolar I bozukluk ve Şizofreni hastalarında kadın yüzdesi sırasıyla %77,4- 55,8- 48,3 şeklinde tespit edilmiştir. Schwartz ve ark.'nın (29) Amerika'da yaygın psikiyatrik hastaların tanı stabilitesinin değerlendirildiği çalışmada tanı gruplarının kadın oranları bizim çalışmamızla uyumluluk göstermektedir. Hollis ve ark.'nın İngiltere'de psikotik semptomların eşlik ettiği hastalar üzerinde yaptıkları tutarlılık çalışmasında şizofreni tanı grubunda kadın oranı diğer tanı gruplarındaki kadın oranına göre anlamlı derecede düşük tespit edilmiştir (38). Literatürde çalışmamızla benzerlik gösteren başka çalışmalar da vardır (38, 40-43).

Schwartz ve ark.'nın (29) Amerika'da yaygın psikiyatrik hastaların tanı stabilitesinin değerlendirildikleri çalışmalarında katılımcıların medeni durumları karşılaştırdığında Major Depresif bozukluk hastalarında evlilerin oranı, şizofreni hastalarında bekarların oranı yüksek tespit edilmiştir. Özmen ve ark.'nın (41) psikiyatri polikliniğine başvuran hastalar üzerinde yaptıkları sosyodemografik tarama çalışmasında evlilerin oranı depresif bozukluk tanılılarda %76, psikotik bozukluklar tanılılarda %37 olarak tespit edilmiştir. Literatürde çalışmamızla benzerlik gösteren başka çalışmalar da vardır (9, 11, 37, 44).

Ruggero ve ark.'nın (43) yatan hastalar üzerinde tanı stabilitesinin değerlendirildikleri 10 yıllık izlem çalışmasında bipolar bozukluk tanı grubunun lise üstü eğitim seviyesi, major depresif bozukluk ve şizofreni tanı grubundan oransal olarak daha yüksek tespit edilmiştir. Tanı stabilitesinin değerlendirildiği diğer bir çalışmada tanı gruplarıyla eğitim seviyeleri arasında anlamlı bir fark tespit edilememiştir (37). Schwartz ve ark.'nın (29) tanı tutarlılığı ile ilgili çalışmasında tanı grupları arasında eğitim durumu açısından fark tespit edilememiştir. Tanı tutarlılığını araştıran çalışmalar arasında tanı gruplarıyla eğitim seviyelerinin karşılaştırılmasıyla ilgili bulgular yetersizdir, bilimsel bir değerlendirme yapılabilmesi için bu konuda daha çok araştırmaya ihtiyaç vardır.

Ruggero ve ark.'nın (43) tanı stabilitesini değerlendirdikleri 10 yıllık ileriye doğru izlem çalışmasında Bipolar bozukluk tanılı hastaların ailelerindeki psikiyatrik öykü olması oranı diğer tanı gruplarına göre oldukça yüksek tespit edilmiştir. Genel olarak diğer çalışmalarda bizim çalışma ile uyumlu olarak depresif bozukluk grubunun ailede psikiyatrik hastalık öyküsü oranı diğer tanı gruplarına göre anlamlı derecede düşük tespit edilmiştir (9, 11, 29, 37).

Tanı tutarlılığının 19 yıllık retrospektif olarak incelendiği bir çalışmada Depresif bozukluk tanı grubunun prospektif tutarlılığı %85,5 olarak tespit edilmiştir (45). Kessing'in (46) Danimarka popülasyonunda Major depresif bozukluk tanılı hastalar üzerinde yaptığı tutarlılık çalışmasında prospektif tutarlılık %81 olarak tespit edilmiştir. Kim ve ark.'nın (11) Kore popülasyonunda yaygın psikiyatrik hastalıkların tanı tutarlılığının değerlendirildikleri bir çalışmada Major Depresif bozukluk tanılı grubun 1. yıl sonundaki prospektif tutarlılığı %84,8 olarak bulunmuşken 2. yıl sonunda bu oran %79,0'a gerilemiş. İrlanda'da psikotik semptomların eşlik ettiği hastalar üzerinde yapılan bir çalışma da Major depresif bozukluk prospektif tutarlılığı %72,7 olarak tespit edilmiştir (6). Schwartz ve ark.'nın (29) yaygın psikiyatrik hastaların tanı stabilitesinin değerlendirildiği bir çalışmada Major depresif bozukluk tanı grubunun prospektif tutarlılığı %73,8 olarak bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda Depresif bozukluklar tanı grubunun



prospektif tutarlılığın nispeten yüksek olmasının sebebi ; tanı grubunun içinde distimik bozukluk, yineleyici depresif bozukluk gibi süreğenliği yüksek olan tanıları içeriyor olması yada kullanılan tanı sisteminin farklı olmasından kaynaklanıyor olabilir (47, 48).

Bromet ve ark.'nın (12) 10 yıllık ileriye doğru izlem çalışmasında, Major depresif bozukluğun retrospektif tutarlılığı %92,3 olarak tespit edilmiştir. Kore'de yaygın psikiyatrik hastalıkların tutarlılığını incelendiği bir çalışmada Major depresif bozukluğun retrospektif tutarlılığı %90,8 olarak tespit edilmiştir (11). Tanı tutarlılığının geriye doğru incelendiği İki farklı çalışmada major depresif bozukluğun retrospektif tutarlılığı %100 olarak tespit edilmiştir (5,6). Çalışmamız, Depresif bozukluklar tanı grubunun yüksek retrospektif tutarlılığı açısından yukarıdaki çalışmalarla uyumluluk göstermektedir.

Depresif bozukluklar tanı grubunun retrospektif tutarlılığının görece prospektif tutarlılığından yüksek olması literatürdeki bir çok çalışmada gösterilmiştir (1, 6, 11, 12, 29, 49). Çalışmamızda, yukarıdaki çalışmalarla benzer olarak; Depresif Bozukluklar tanı grubunun retrospektif tanı tutarlılığı prospektif tanı tutarlılığına göre oransal olarak daha yüksek tespit edilmiştir. Bu sonuç ilk başvuruda bir çok hastaya Depresif bozukluklar tanısı konduğu ancak daha sonra tanılarının değiştiği gerçeğini yansıtmaktadır.

Amerika popülasyonunda 10 yıllık ileriye doğru izlem çalışmasında bipolar bozukluk tanısının prospektif tutarlılığı %77,8 olarak tespit edilmişti (12). Whitty ve ark.'nın (6) İrlanda popülasyonunda psikotik semptomların eşlik ettiği hastalar üzerinde yaptıkları bir çalışma da bipolar bozukluğun prospektif tanı tutarlılığı %80 olarak tespit edilmiştir. Yaygın psikiyatrik hastalıkların tanı tutarlılıklarının değerlendirildiği bir çalışmada bipolar bozukluğun prospektif tanı tutarlılığı %77,8 olarak tespit edilmiştir (1). Çalışmamız bu açıdan literatürdeki diğer çalışmalarla genel anlamda benzerlik göstermektedir (14, 29, 49-52).

Psikiyatrik hastalıkların kısa dönemli tutarlılığın araştırıldığı bir çalışmada bipolar bozukluğun retrospektif tutarlılığı %69,6 tespit edilmiştir (5). Bipolar bozukluğun tutarlılığının ICD-10 a göre araştırıldığı bir çalışmada

retrospektif tutarlılık %68,8 tespit edilmiştir (51). Bromet ve ark.'nın (12) yaptığı bir çalışmada bipolar bozukluğu retrospektif tutarlılığı %68,1 olarak tespit edilmiştir. Hollis ve ark. (38) tarafından İngiltere'de yatan hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada bipolar bozukluk tanısının retrospektif tutarlılığı %70.4 olarak tespit edilmiştir. Tanı tutarlılığının retrospektif olarak değerlendirildiği bir çalışmada bipolar bozukluğun tanı stabilitesi %70,6 olarak tespit edilmiştir (1). Alavi ve ark.'nın (49) İran popülasyonunda yaygın psikiyatrik hastalıkların tanı tutarlılığının araştırdıkları bir çalışmada bipolar bozukluğun retrospektif tutarlılığı %69,4 olarak tespit edilmiştir. Çalışmamız, Bipolar bozukluklar tanı grubunun yüksek retrospektif tutarlılığı açısından yukarıdaki çalışmalarla uyumluluk göstermektedir.

Bipolar bozukluklar tanı grubunun retrospektif tutarlılığının görece prospektif tutarlılığından daha düşük olması literatürdeki bir çok çalışmada gösterilmiştir (1, 5, 11, 12, 29, 36-38, 49, 53). Çalışmamızda Bipolar bozukluk tanı grubunun retrospektif tutarlılığı , prospektif tutarlığına göre daha düşük oranda tespit edilmiştir. Bu durumda bipolar bozukluğun kabul tanısının genellikle oldukça doğru olmasına rağmen, son değerlendirmede bipolar bozukluğu olan hastalara, ilk başvuru sırasında yanlış tanı konulma ihtimalinin yüksek olduğunu göstermektedir.

Avustralya popülasyonunda yapılan tanı tutarlılığı ile ilgili bir çalışmada şizofreninin prospektif tutarlılığı %97,3 olarak tespit edilmiştir (52). Şizofreninin tanı tutarlılığı ile ilgili bir çalışmada şizofreninin prospektif tutarlılık %92,5 olarak tespit edilmiştir (14). Danimarka'da psikotik bozukluklar tanı hastalar üzerinde yapılmış bir çalışmada şizofreninin prospektif tutarlılığı %91 olarak tespit edilmiştir (54). Psikotik semptomların eşlik ettiği hastalar üzerinde yapılan tanı stabilitesi çalışmasında şizofreninin prospektif tutarlılığı %96,0 olarak tespit edilmiştir (6). Çalışmamızdaki Psikotik bozukluk tanısının prospektif tutarlılığı genel anlamda literatür ile uyumludur (2, 6, 12-14, 29, 36, 38, 55, 56).

Tanı tutarlılığının araştırıldığı literatürdeki çoğu çalışmada; Psikotik bozukluklar tanı grubunda en yüksek prospektif tutarlık tespit edilmiştir (2, 6, 12, 14, 29, 36, 37, 52, 54, 57). Çalışmamızda Psikotik bozukluklar tanı grubu

diğer tanı grupları arasındaki en yüksek prospektif tutarlılığa sahiptir. Çalışmamız bu açıdan literatürle uyumluluk göstermektedir Şizofreni ve ilişkili bozuklukların kronik ve yıkımla giden seyri, yüksek tanısal stabilite olasılığının daha fazla olacağını düşündürmektedir.

Kim ve ark.'nın (11) Kore popülasyonunda yaygın psikiyatrik tanıların tutarlılığı üzerine yaptıkları bir çalışmada şizofreni tanısının retrospektif tutarlılığı %75 olarak tespit edilmiştir. Schwartz ve ark.'nın (29) Amerika popülasyonunda yaptıkları çalışmada şizofreni tanısının retrospektif tutarlılığı %73,1 olarak tespit edilmiştir (29). Veen ve ark.'nın psikotik semptomların eşlik ettiği hastalar üzerinde yaptıkları bir araştırmada şizofreninin retrospektif tutarlılığı %73,6 olarak tespit edilmiştir (54). Tanı tutarlılığının değerlendirildiği başka bir çalışmada şizofreninin retrospektif tutarlılığı %78,8 olarak tespit edilmiştir (12) Çalışmamız, Psikotik bozukluklar tanı grubunun retrospektif tutarlılık oranları açısından yukarıdaki çalışmalarla uyumluluk göstermektedir.

Psikotik bozukluklar tanı grubunun retrospektif tutarlılığının görece prospektif tutarlılığından daha düşük olması literatürdeki bir çok çalışmada gösterilmiştir (1, 6, 11, 12, 29, 37, 48, 49, 54). Çalışmamızda Psikotik bozukluk tanı grubunun retrospektif tutarlılığı , prospektif tutarlığına göre daha düşük oranda tespit edildi. Bu durumda Psikotik bozukluklar kabul tanısının genellikle oldukça doğru olmasına rağmen, son değerlendirmede Psikotik bozukluklar tanısı olan hastalara, ilk başvuru sırasında yanlış tanı konulma ihtimalinin yüksek olduğunu göstermektedir.

Yatarak tedavi gören hastalar üzerinde yapılmış bir çalışmada şizoafektif bozukluk tanı hastaların prospektif tutarlılığı %36,4 olarak belirlenmiştir (29). Türkiye 'de yatan hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada şizoafektif bozukluk tanılı hastaların prospektif tutarlıkları %45,5 olarak belirlenmiştir (37). Hollis ve ark.'nın (38) yatan hastalar üzerinde yaptıkları tutarlılık çalışmasında şizoafektif bozukluk tanılı hastaların prospektif tutarlılığı %33,3 olarak tespit edilmiştir. Poliklinik takipli hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada şizoafektif bozukluk tanılı hastaların prospektif tutarlılığı %22,0 olarak tespit edilmiştir (50). Kessing'in (51) Danimarka'da poliklinik şartlarında yaptığı bir çalışmada şizoafektif bozukluk tanılı hastaların

prospektif tutarlılıkları %12,9 olarak tespit edilmiştir (51). Alavi ve ark.'nın (49) poliklinik şartlarında retrospektif olarak yaptıkları bir çalışmada şizoafektif bozukluk tanılı hastaların prospektif tutarlılığı %28,5 olarak tespit edilmiştir (49). Çalışmamızda Şizoafektif bozukluk tanılı grubunun prospektif tutarlılığının nispeten düşük olmasının sebebi örneklemin içindeki Şizoafektif bozukluklar tanılı hastaların az olması ya da çalışmamızın poliklinik şartlarında yapılmış olmasından kaynaklanıyor olabilir (1).

Tanı tutarlılığının araştırıldığı literatürdeki çoğu çalışmada; Şizoafektif bozukluklar tanılı grubunda en düşük prospektif tutarlık tespit edilmiştir (15, 29, 38, 49-51, 55, 58-61). Çalışmamızda Şizoafektif bozukluklar tanılı grubu diğer tanı grupları arasındaki en düşük prospektif tutarlılığa sahiptir. Şizoafektif bozukluk tanısındaki kararsızlık, bu hasta grubunun tanımlanması için tanı ölçütlerinin etkisiz olduğunu göstermektedir. Şizoafektif bozukluk polimorfik modellere sahiptir ve hastalık seyri sırasında şizoafektif bozukluk, saf duygudurum bozukluğu ve saf şizofreni arasında değişen sendromlar vardır (62). Kesitsel semptomlara odaklanmak ve hastanın geçmişine dikkat edilmemesi, şizoafektif bozukluğun daha komplike olmasına neden olmaktadır (2).

Alavi ve ark.'nın İran popülasyonunda polikliniğe başvuran hastalarla yaptıkları çalışmada şizoafektif bozukluk tanılı hastaların retrospektif tutarlılığı %16,6 olarak tespit edilmiştir (49). Schwartz ve ark.'nın (29) yatarak tedavi gören hastalarla yaptıkları bir çalışmada şizoafektif bozukluk tanılı hastaların retrospektif tutarlılığı %44,4 olarak belirlenmiştir. Hollis ve ark.'nın (38) İngiltere popülasyonunda yatarak tedavi gören hastalarla yaptıkları bir çalışmada şizoafektif bozukluk tanılı hastaların retrospektif tutarlılığı %40 olarak belirlenmiştir. Bizim çalışmamızda şizoafektif bozukluğun retrospektif tutarlılığını nispeten düşük olmasının sebebi örneklemin içindeki Şizoafektif bozukluklar tanılı hastaların az olması ya da çalışmamızın poliklinik şartlarında yapılmış olmasından kaynaklanıyor olabilir (1).

Danimarka popülasyonunda yatan hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada hastalığın erken yaşta başlamasıyla tanı değişimi ihtimalinin arttığı tespit edilmiştir (51). Stanton ve ark.'nın Yeni Zelanda'da polikliniğe ilk

başvuran hastalar üzerinde yaptıkları bir çalışmada tanı değiştiren grupta hastalık başlangıç yaşı daha düşük tespit edilmiştir (50). Bulow ve ark.'nın 15 yıllık takip edilen hastaların üzerinde yaptıkları bir çalışmada hastalık başlangıcının erken olmasıyla tanı tutarsızlığı arasında ilişki tespit edilmiştir (64). Chang ve ark.'nın Psikotik hastaların üzerinde yapmış oldukları bir çalışmada hastalık ne kadar erken başlarsa tanısının tutarlılığının o kadar azaldığı tespit edilmiştir (2). Major depresif bozukluk tanılı hastalarda tutarlılığı araştıran bir çalışmada tanı değiştiren grubun hastalık başlangıç yaşı ortalamasının anlamlı derecede daha düşük olduğu tespit edilmiştir (9). İtalya popülasyonunda psikotik belirtilerin eşlik ettiği hastalar üzerinde yapılan tanı tutarlılığı çalışmasında, tanı değiştiren grubun hastalık başlangıç ortalaması anlamlı derecede düşük tespit edilmiştir (40). Çalışmamız, tanı değişimi olup olmamasıyla hastalık başlangıç yaşı arasındaki ilişki açısından yukarıdaki çalışmalarla uyumluluk göstermektedir.

Amerika popülasyonunda prospektif olarak yapılan, bipolar hastaların 10 yıl izlendiği bir çalışmada erkek cinsiyette oransal olarak daha çok tanı değişimi tespit edilmiştir (63). Schwartz ve ark.'nın (29) şizofreni hastaları ile yaptıkları ileriye yönelik izlem çalışmasında, tanıda değişim olan grupta erkeklerin oranı yüksek tespit edilmiştir. Psikotik semptomların eşlik ettiği hastaları içeren retrospektif izlem çalışmasında tanı değişimi olan grupta anlamlı şekilde erkek cinsiyetin oranı yüksek tespit edilmiştir (40). Uzun dönem stabilitenin araştırıldığı başka bir çalışmada da bizim çalışmamızla uyumluluk göstermekteydi (45). Çalışmamız, tanı değişimi olup olmamasıyla hastaların cinsiyeti arasındaki ilişki açısından yukarıdaki çalışmalarla uyumluluk göstermektedir.

Minor ve ark.'nın major depresif bozukluk tanılı hastalar üzerinde yaptıkları tutarlılık çalışmasında, tanı değiştirmeyen grupta evli olanların oranı diğer gruba göre yüksek tespit edilmiştir (9). Jakobsen ve ark.'nın psikotik belirti gösteren hastaların tanı tutarlılığını araştırdıkları bir çalışmada tanı değiştiren grupta bekarların oranı göze çarpmaktadır (65). Amerika'da yapılan bipolar hastaların 10 yıl izlendiği bir çalışmada hiç evlenmemiş olan grupta oransal olarak daha çok tanı değişimi tespit edilmiştir (63).

Çalışmamız, tanı değişimi olup olmamasıyla hastaların medeni durumları arasındaki ilişki açısından yukarıdaki çalışmalarla uyumluluk göstermektedir.

Bizim bulgularımızla benzer olarak; retrospektif özellikli yapılan bir çalışmada tanı gruplarının, tanı değişim riskiyle ilişkili olduğu tespit edilmiştir (45). Erken başlangıçlı şizofreni hastaları üzerinde yapılan izlem çalışmasında tanı değişimi ile ilişkili hiç bir risk faktörü tespit edilememiştir (66). Ruggero ve ark.'nın bipolar hastalar üzerinde yaptıkları 10 yıllık izlem çalışmasında, tanı değişim riskiyle çocukluk çağı psikopatolojileri ve kötü hastalık seyri ilişkili bulunmuştur (63). Bulow ve ark.'nın yaptıkları; yaygın psikiyatrik hastalıkların tutarlılığı ile ilgili 15 yıllık izlem çalışmasında tanı değişimi ilişkili en önemli faktörler olarak hastalığın başlangıç yaşı ve hastalık süresi olarak belirtilmiştir (64). Yaygın psikiyatrik hastalıkların stabilitesini araştıran 1 yıllık bir çalışmada tanı değişimi açısından ilk başvuru yaşı en önemli risk faktörü olarak bulunmuştur (50). Kim ve ark.'nın Kore popülasyonundaki Majör depresif bozukluk, Bipolar I bozukluk ve şizofreni hastaları üzerinde yaptıkları tanı tutarlılığı ile ilgili bir çalışmada; cinsiyet, yaş, başlangıç yaşı, hastalık süresi, tanı alt tipleri, semptom şiddeti, aile öyküsü gibi faktörlerle tanı değişimi riskini etkilemediği tespit edilmiştir (11). Bizim çalışmamızdaki risk faktörleri ile diğer çalışmalardaki risk faktörleri arasındaki farklılıkların sebebi; çalışmaların örneklem büyüklüklerinin farklı olması, örneklemdeki tanı gruplarının farklı olması , çalışmaların prospektif veya retrospektif olması, kullanılan tanı sistemlerinin farklı olması, çalışmadaki takip sürelerinin farklı olması ve değerlendirilme ortamlarının farklı olması gibi nedenlerden kaynaklanabilir (1, 47, 48, 67).

Zaman içindeki tanı değişiklikleri, bir hastalığın evrimini, yeni bilginin ortaya çıkmasını veya ölçümün güvenilirliğini yansıtabilir (29). Başka bir çalışmada klinisyenler arasında tanısız uyumsuzluğa neden olan güvenilirlik kaynaklarını kategorilere ayırmıştır (varyans kaynakları): konu varyansı, durumlar varyansı (örneğin bipolar bozukluğun farklı bölümleri), bilgi varyansı (örneğin ayarlar ve bilgi verenler arasındaki farklar) , gözlem varyansı (örneğin klinisyenler arasındaki farklar) ve kriter varyansı (67). Çalışmamızın, bu güvenilirlik kaynaklarının etkisini yansıtabilecek

sınırlılıkları vardır. Çalışmamızın ana kısıtlılığı hastaları retrospektif olarak takip etmiş olmamız ve Şizoafektif bozukluk tanı grubundaki hasta sayısının düşük olmasıdır. Çalışmamızın başka bir kısıtlılığı kullanılan tanıların klinik görüşme yerine kayıt sisteminden alınmasıdır. Diğer bir kısıtlılığı ise, psikiyatristlerin değerlendirmeleri sırasında hastaların önceki kayıtlarına erişebilmeleridir. Özellikle önceki müdahaleler ve tedaviler başarılı olursa, hastaların aynı tanıyı almaları yönünde bir eğilim vardır. Diğer bir kısıtlılık ise, psikiyatristlerin, reçetenin uygulanabilirliği için, sigorta geri ödeme sistemine göre, gerçek klinik tanıları başka tanımlar ile değiştirebilmeleridir.

Çalışmanın ana gücü nispeten büyük örnektir. Diğer güç hastaların uzun vadeli tarihsel takip edilmiş olmalarıdır. Çeşitli çalışmalarda psikiyatrik tanıların stabilitesi değerlendirilmiştir. Bu çalışmaların çoğu, özellikle şizofreni, bipolar bozukluk ve major depresif bozukluk olmak üzere tek bir tanı kategorisi ile sınırlı kalmıştır, ancak çalışmamızda psikiyatride en yaygın tanıların stabilitesini değerlendirdik (4, 6, 15, 29, 46, 48, 51, 52, 54, 55, 59, 68-72). Çalışmamızın sonuçları, psikiyatrik uygulamada tanı sınıflandırmalarının gerçek kullanımını daha doğru yansıtabilir ve mevcut psikiyatrik sınıflandırma sistemlerinin klinik faydasını tahmin etmede daha yararlı olabilir.

Çalışmamızda Depresif bozukluklar, Bipolar bozukluklar, Psikotik bozukluklar ve Şizoafektif bozukluklar tanı gruplarının tanısal tutarlılığı ve değişebilirliği, uzun süre boyunca takip edilen büyük bir hasta grubunun verilerine dayanarak sunulmaktadır. Bizim çalışmamıza göre en tutarlı tanı psikotik bozukluklar, en az tutarlı tanı ise şizoafektif bozukluklar tanı grubudur. Şizoafektif bozukluğun tanısal stabilitesinin Depresif bozukluklar, Psikotik bozukluklar ve Bipolar bozukluklar tanı gruplarından düşük olması; Şizoafektif bozukluklar tanı grubunun tanımlanmasındaki güçlüklerle uyumludur. Bu sonuç , bugünkü tanı ölçütlerinde yer alan Şizoafektif bozukluğun, en azından belirli bir alt grubunun, aslında bir geçiş tanısı olabileceğini düşündürmektedir. Alternatif olarak ICD-10 sınıflandırma sistemindeki Şizoafektif bozukluklar ölçütlerinin geçerliğinin sorgulanması

gerektiği de ileri sürülebilir.Bizim çalışmamızın, bu alanda gelecekteki muhtemel çalışmalara yardımcı olacağını düşünmekteyiz.





## KAYNAKLAR

1. Baca-Garcia E, Perez-Rodriguez MM, Basurte-Villamor I, et al. Diagnostic stability of psychiatric disorders in clinical practice. *Br J Psychiatry* 2007; 190: 210-6.
2. Chang WC, Chan SM, Chung WS. Diagnostic stability of functional psychosis: a systematic review. *Hong Kong J Psychiatry* 2009; 19: 30-41.
3. Kendell R, Jablensky A. Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 4-12.
4. Fennig S, Kovasznay B, Rich C, Ram R, Pato C, Miller A. Six-month stability of psychiatric diagnoses in firstadmission patients with psychosis. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 1200-8.
5. Atwoli L, Ndambuki D, Owiti P, Manguro G, Omulimi N. Short-term diagnostic stability among re admitted psychiatric in-patients in Eldoret, Kenya. *Global Journal of Health Science* 2012; 15: 114-8.
6. Whitty P, Clarke M, McTigue O, et al. Diagnostic stability four years after a first episode of psychosis. *Psychiatric Services* 2005; 56: 1084-8.
7. Kendell RE. The stability of psychiatric diagnosis. *Br J Psychiatry* 1974; 124: 352-6.
8. Robins E, Guze SB. Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: its application to schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1970; 126: 983-7.
9. Minor KL, Champion JE, Gotlib IH. Stability of DSM-IV criterion symptoms for major depressive disorder. *Journal of psychiatric research* 2005; 39(4): 415-20.
10. Tsuang MT, Simpson JC. Schizoaffective disorder: concept and reality. *Schizophrenia Bulletin* 1984; 10(1): 14-25.
11. Kim W, Woo YS, Chae JH, Bahk WM. Diagnostic stability of DSM IV TR diagnosis; an examination of major depressive disorder, bipolar I disorder& schizophrenia in Korean patients. *Clin Psychopharmacol Neurosci* 2011; 9: 117-21.
12. Bromet EJ, Kotov R, Fochtmam LJ, et al. Diagnostic shifts during the decade following first-admission for psychosis. *Am J Psychiatry* 2011; 168: 1186-94.
13. Amini H, Alaghband RJ, Omid A, et al. Diagnostic stability in patients with first episode psychosis. *Australasian Psychiatry* 2005; 13: 388-92.

14. Tsuang MT, Woolson RF, Winokur G, Crowe RR. Stability of psychiatric diagnosis. Schizophrenia and affective disorders followed up over a 30- to 40-year period. Arch Gen Psychiatry 1981; 38: 535-9.
15. Chen YR, Swann AC, Burt DB. Stability of diagnosis in schizophrenia. Am J Psychiatry 1996; 153(5): 682-6.
16. Özgüven HD. Sınıflandırma Sistemleri. Aysev SA, Taner YI (Eds). Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kitabı; 2007. 139-49.
17. Sadock BJ, Sadock VA (Eds). Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry Volume:II; Eighth Edition, Lippincott Williams & Wilkins. Güneş Kitabevi. İstanbul: 2007.
18. Özdemir O. Psikiyatride Boyutsal Yaklaşım, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry; 2012. 315-34.
19. Ulaş H, Psikiyatride Sınıflandırma. Yemez B, Tunca Z (Eds).Yetişkin Psikiyatri Kitabı. Rotatıp Kitabevi; 2013. 23-30.
20. Amerikan Psikiyatri Birliği: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan, Köroğlu E(eds). Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013.
21. Kraemer HC. DSM categories and dimensions in clinical and research contexts. Int J Methods Psychiatr Res 2007; 16: 8-15.
22. Regier DA. Dimensional approaches to psychiatric classification: refining the agenda for DSM-V: an introduction. Int J Methods Psychiatr Res 2007; 16: 1-5.
23. Öztürk MO, Uluşahin A. Duygudurum Bozuklukları. Gözden Geçirilmiş ve Yenilenmiş 13.Baskı, Nobel Tıp Kitapevleri, Ankara, 2015. 261-326.
24. Işık E. Depresyon ve Bipolar Bozukluklar. Görsel Sanatlar Matbaacılık, Ankara, 2003.
25. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 11. Basım, Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri, 2008.
26. Kaplan Sadock Klinik Psikiyatri El Kitabı. 4. baskı İstanbul:Güneş kitabevi, 2009.
27. Öztürk O. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Ankara:Nobel Tıp Kitapevi,2011.
28. Fennig S, Fochtmann LJ, Carlson GA. Schizoaffective disorder. In: Sadock BJ, Sadock VA (eds). Comprehensive Textbook of Psychiatry (8th ed). Philadelphia, Lippincot Williams and Wilkins, 2005. 1533-6.
29. Schwartz JE, Fennig S, Tanenberg-Karant M, Carlson G, Craig T, Galambos N. Congruence of diagnoses 2 years after a first-admission diagnosis of psychosis. Arch Gen Psychiatry 2000; 57: 593-600.

30. Kılıç S. Kappa Testi. *Journal of Mood Disorders* 2015; 5(3): 142-4
31. Chen X, Long F, Cai B, et al. A novel relationship for schizophrenia, bipolar and major depressive disorder Part 5: a hint from chromosome 5 high density association scree. *American journal of translational research* 2017; 9: 2473-91.
32. Agid O, Shapira B, Zislin J, et al. Environment and vulnerability to major psychiatric illness: a case control study of early parental loss in major depression, bipolar disorder and schizophrenia. *Molecular psychiatry*, 1999; 4(2): 163-72.
33. Binbay T, Ulaş H, Elbi H, Alptekin K. Türkiye’de Psikoz Epidemiyolojisi: Yaygınlık Tahminleri ve Başvuru Oranları Üzerine Sistemak Bir Gözden Geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2011; 22(1): 40-52.
34. Abrams DJ, Rojas DC, Arciniegas DB. Is schizoaffective disorder a distinct categorical diagnosis? A critical review of the literature. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2008; 4: 1089-109.
35. Zammit S, Allebeck P, David AS, et al. A longitudinal study of premorbid IQ score and risk of developing schizophrenia, bipolar disorder, severe depression, and other nonaffective psychoses. *Arch Gen Psychiatry* 2004; 61(4): 354-60.
36. Hung YN, Yang SY, Kuo CJ, et al. Diagnostic consistency and interchangeability of schizophrenic disorders and bipolar disorders: A 7-year follow-up study. *Psychiatry and clinical neurosciences* 2018; 72(3): 180-8.
37. Kuruoğlu A, Önder F, Arikan Z, Işık E. Kronik şizofreni, şizoaffektif bozukluk, ve bipolar affektif bozuklukta tanısız durağanlık. In: *Yeni Symposium: psikiyatri, nöroloji ve davranış bilimleri dergisi*. Cerrahpasa Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniği Vakfı 2001; 39: 8-12.
38. Hollis C. Adult outcomes of child- and adolescent-onset schizophrenia: diagnostic stability and predictive validity. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 1652-9.
39. Virit O, Kokacıya MH, Bulbul F, Cıtak S, Savas HA. Investigation of sociodemographic and clinical characteristics of patients with schizoaffective disorder. *Anatolian Journal of psychiatry* 2009; 10(3): 204-11.
40. Salvatore P, Baldessarini RJ, Tohen M, Maggini C. The McLean-Harvard First Episode Project: two-year stability of DSM-IV diagnoses in 500 first-episode psychotic disorder patients. *The Journal of clinical psychiatry* 2009; 70(4): 458.
41. Ozmen E, Demet MM, Kultur S, et al. Eğitim veren bir devlet hastanesi psikiyatri polikliniğine başvuran hastaların tanı gruplarına göre sosyodemografik özellikleri. *Kriz Dergisi* 1994; 2(1): 235-40.

42. Ertan T. Psikiyatrik bozuklukların epidemiyolojisi. Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyumu 2008; 25-30.
43. Ruggero CJ, Kotov R, Gabrielle A, et al. Consistency of the diagnosis of major depression with psychosis across 10 years. *The Journal of clinical psychiatry* 2011; 72(9): 1207-13.
44. Uckardes, EA. Psychiatric Diagnosis and Sociodemographic Characteristics of Patients Admitted to Psychiatry Clinic in a Rural Area. *Dusunen Adam: Journal of Psychiatry & Neurological Sciences* 2015; 28(1): 8-16.
45. Tavalaei S, Assari S, Tavalaei V, Nooripour R. Diagnostic Stability of Psychiatric Disorders in Baqiyatallah Hospital from 1997 to 2015. *Hospital Practices and Research* 2016; 1(3): 87-90.
46. Kessing LV. Diagnostic stability in depressive disorder as according to ICD-10 in clinical practice. *Psychopathology* 2005;38(1): 32-7.
47. Moller HJ, Jager M, Riedel M, et al. The Munich 15-year follow-up study on first-hospitalized patients with schizophrenic or affective disorders: assessing courses, types and time stability of diagnostic classification. *European psychiatry* 2011; 26(4): 231-43.
48. Amin S, Singh SP, Brewin J, Jones PB, Medley I, Harrison G. Diagnostic stability of first-episode psychosis. Comparison of ICD-10 and DSM-III-R systems. *Br J Psychiatry* 1999; 175: 537-43.
49. Alavi F, Nakhaee N, Sabahi A. Diagnostic Stability of Psychiatric Disorders in Re-Admitted Psychiatric Patients in Kerman, Iran. *Global journal of health science* 2014; 6(5): 294-300.
50. Stanton MW, Joyce PR. Stability of psychiatric diagnoses in New Zealand psychiatric hospitals. *Aust N Z J Psychiatry* 1993; 27: 2-8.
51. Kessing LV. Diagnostic stability in bipolar disorder in clinical practise as according to ICD-10. *Journal of affective disorders* 2005; 85(3): 293-9.
52. Schimmelmann BG, Conus P, Edwards J, McGorry PD, Lambert M. Diagnostic stability 18 months after treatment initiation for first episode psychosis. *J Clin Psychiatry* 2005; 66: 1239-46.
53. Angst J, Sellaro R. Historical perspectives and natural history of bipolar disorder. *Biol Psychiatry* 2000; 48: 445-57.
54. Veen ND, Selten JP, Schols D, et al. Diagnostic stability in a Dutch psychosis incidence cohort. *The British Journal of Psychiatry* 2004; 185(6): 460-4.
55. Amara IB. Consistency in the diagnosis of the functional psychoses. *Can Psychiatr Assoc J* 1978; 23: 329-36.

56. Zhang T, Good MJ, Good BJ, et al. Age and remission of personality pathology in the psychotic disorders compared to mood and/or anxiety disorders. *The International Journal of Psychiatry in Medicine* 2012; 44(3): 241-55.
57. Kabir M, Iliyasu Z, Abubakar IS, Aliyu MH. Perception and beliefs about mental illness among adults in Karfi village, northern Nigeria. *BMC Int Health Hum Rights* 2004; 4: 3-7.
58. Maj M, Pirozzi R, Formicola AM, Bartoli L, Bucci P. Reliability and validity of the DSM-IV diagnostic category of schizoaffective disorder: preliminary data. *Journal of affective disorders* 2000; 57: 95-8.
59. Lenz G, Simhandl C, Thau K, Berner P, Gabriel E. Temporal stability of diagnostic criteria for functional psychoses. Results from the Vienna follow-up study. *Psychopathology* 1991; 24(5): 328-35.
60. Cheniaux E, Telles LL, Lessa JL, et al. Does schizoaffective disorder really exist? A systematic review of the studies that compared schizoaffective disorder with schizophrenia or mood disorders. *J Affect Disord* 2008; 106: 209-17.
61. Benabarre A, Vieta E, Colom F, Martinez-Aran A, Reinares M, Gasto C. Bipolar disorder, schizoaffective disorder and schizophrenia: epidemiologic, clinical and prognostic differences. *Eur Psychiatry* 2001; 16: 167-72.
62. Kendler KS, McGuire M, Gruenberg AM, Walsh D. Examining the validity of DSM-III-R schizoaffective disorder and putative subtypes in the Roscommon family study. *Am J Psychiatry* 1995; 152(5): 755-64.
63. Ruggero CJ, Carlson GA, Kotov R, Bromet EJ. Ten-year diagnostic consistency of bipolar disorder in a first-admission sample. *Bipolar disorders* 2010; 12(1): 21-31.
64. Bulow P, Svensson T. Stability of diagnoses in a cohort of long-term mentally ill patients in Sweden. *Scandinavian Journal of Disability Research* 2005; 7(1): 23-40.
65. Jakobsen KD, Hansen T, Werge T. Diagnostic stability among chronic patients with functional psychoses: an epidemiological and clinical study. *BMC psychiatry* 2007; 7(1): 41-8.
66. Amminger GP, Henry LP, Harrigan SM, et al. Outcome in early-onset schizophrenia revisited: findings from the Early Psychosis Prevention and Intervention Centre long-term follow-up study. *Schizophrenia research* 2011; 131(1-3): 112-9.
67. Spitzer RL, Endicott J, Robins E. Research diagnostic criteria: rationale and reliability. *Archives of general psychiatry* 1978; 35(6): 773-82.

68. Baca-Garcia E, Perez-Rodriguez MM, Basurte-Villamor I, Lopez-Castroman J, Fernandez del Moral AL, Jimenez-Arriero MA. Diagnostic stability and evolution of bipolar disorder in clinical practice. *Acta Psychiatr Scand* 2007; 115: 473-80.
69. Bromet EJ, Dunn LO, Connell MM, Dew MA, Schulberg HC. Longterm reliability of diagnosing lifetime major depression in a community sample. *Arch Gen Psychiatry* 1986; 43: 435-40.
70. Bromet EJ, Naz B, Fochtmann LJ, Carlson GA, Tanenberg-Karant M. Long-term diagnostic stability and outcome in recent first-episode cohort studies of schizophrenia. *Schizophr Bull* 2005; 31: 639-49.
71. Chen YR, Swann AC, Johnson BA. Stability of diagnosis in bipolar disorder. *J Nerv Ment Dis* 1998; 186: 17-23.
72. Coryell W, Winokur G, Shea T, Maser JD, Endicott J, Akiskal HS. The long-term stability of depressive subtypes. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 199-204.

## EKLER

### Ek-1. Sosyodemografik Veri Formu

#### SOSYODEMOGRAFIK VERİ FORMU

Hastanın Adı-Soyadı:

Protokol Numarası:

Bedensel Cinsiyet:	K <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>
Yaş:	
Medeni Durum:	Evli <input type="checkbox"/> Bekar <input type="checkbox"/> Boşanmış-Dul <input type="checkbox"/>
Eğitim Düzeyi:	Okuma-yazma bilmeyen <input type="checkbox"/> Okur-yazar <input type="checkbox"/> ilkokul <input type="checkbox"/> Ortaokul <input type="checkbox"/> Lise <input type="checkbox"/> Üniversite <input type="checkbox"/> Yüksek Lisans ve Üstü <input type="checkbox"/>
Meslek:	Ev Hanımı <input type="checkbox"/> Memur <input type="checkbox"/> İşçi <input type="checkbox"/> Çiftçi <input type="checkbox"/> Serbest <input type="checkbox"/> Öğrenci <input type="checkbox"/> Emekli <input type="checkbox"/> İşsiz <input type="checkbox"/>
Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsü:	Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/>
Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsü var ise	Depresif bozukluklar <input type="checkbox"/> Bipolar bozukluklar <input type="checkbox"/> Psikotik bozukluklar <input type="checkbox"/>

## Ek-2. Dosya Takip Formu

### DOSYA TAKİP FORMU

Hasta Adı-Soyadı:

Protokol Numarası:

Hastalığın Başlangıç Yaşı:

A) 01/01/2018-15/04/2018 tarihleri arası

Hastanın Polikliniğe Başvuru Tarihi	Tamısı

B)

	Tamısı	Hastanın Başvuru Tarihi	Değişim Aralığı
Hastanın İlk Başvurusu			
1. Tam Değişikliği			
2. Tam Değişikliği			
3. Tam Değişikliği			
4. Tam Değişikliği			
5. Tam Değişikliği			
6. Tam Değişikliği			
7. Tam Değişikliği			
8. Tam Değişikliği			
9. Tam Değişikliği			
Son Başvurusu			



## TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan Prof. Dr. Selçuk Kırılı, Prof. Dr. Aslı Sarandöl, Doç. Dr. E. Yusuf Sivrioğlu, Prof. Dr. Cengiz Akkaya ve Prof. Dr. Saygın Eker'e, rotasyonlarım süresince eğitimime katkısı bulunan öğretim üyelerine ve hekim arkadaşlarıma, tezimin verilerini titizlikle değerlendiren Biyoistatistik Anabilim Dalı öğretim üyesi Doç. Dr. Gökhan Ocakoğlu'na, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'ndaki tüm hekim arkadaşlarıma, hemşire ve personelimize, beni yetiştiren ve daima destek olan aileme teşekkür ederim.

## ÖZGEÇMİŞ

1990 yılında Zonguldak'ta doğdum. İlköğrenimimi Devrek Gazi İlköğretim Okulu'nda tamamladım. Lise eğitimimi Zonguldak Fen Lisesi'nde tamamladım. 2008 yılında Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde öğrenime başladım ve 2014 yılında mezun olarak tıp doktoru diplomasını aldım. Temmuz 2015 tarihinde Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda uzmanlık eğitimime başladım. Uzmanlık eğitimim süresince Bilişsel Davranışçı Terapi eğitimi almaya başladım. Orta düzeyde İngilizce ve Almanca bilmekteyim.