

T.C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**SDÜ TIP FAKÜLTESİ PSİKİYATRİ KLİNİĞİNDE 2005-2009
YILLARI ARASINDA YATAN HASTALARIN
SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ, TANI DAĞILIMI VE
TEDAVİ MALİYETLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Sıla ÇALIŞKAN

**UZMANLIK TEZİ
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI**

I. DANIŞMAN

Prof. Dr. Ramazan ÖZCANKAYA

II. DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. İnci Meltem ATAY

ISPARTA-2010

ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimim süresince bilgilerinden ve klinik tecrübelerinden faydalandığım Anabilim dalı başkanımız Prof. Dr. Ramazan Özcankaya'ya

Uzmanlık eğitimimin ilk 2 yılında birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum Doç. Dr. İbrahim Eren'e

Uzmanlık tezimin hazırlanmasında yardımlarını esirgemeyen Yrd. Doç. Dr. İnci Meltem Atay'a

Dört yıllık çalışma sürecinde benimle birlikte yürüyen, psikiyatrist olma yolunda aynı çatışmaları ve hazları yaşayan asistan arkadaşlarıma ve kliniğimizin diğer çalışanlarına;

Sevgisi, desteği ve anlayışı ile hep yanımda duran sevgili eşim ve aileme;

Sonsuz teşekkürler.....

Sıla ÇALIŞKAN
ISPARTA - 2010

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	ii
İÇİNDEKİLER	iii
SİMGELER ve KISALTMALAR	vi
TABLolar DİZİNİ	vii
GRAFİKLER DİZİNİ	viii
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER.....	2
2.1. Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar	2
2.1.1. Tarihçe	2
2.1.2. Şizofreni Tanısı.....	4
2.1.3. DSM-IV TR Tanı Kriterleri.....	5
2.1.3.1. Şizofreni için DSM-IV TR Tanı Kriterleri Aşağıda Verilmiştir.....	5
2.1.3.1.1. Paranoid Tip.....	6
2.1.3.1.2. Dezorganize Tip.....	7
2.1.3.1.3. Katatonik Tip	7
2.1.3.1.4. Farklılaşmamış Tip	7
2.1.3.1.5. Rezidüel Tip.....	8
2.1.3.2. Şizoaffektif Bozukluk DSM-IV TR Tanı Kriterleri	9
2.1.3.3. Şizofreniform Bozukluk DSM-IV TR Tanı Kriterleri.....	9
2.1.3.4. Sanrısız Bozukluk DSM-IV TR Tanı Kriterleri	10
2.1.3.5. Kısa Psikotik Bozukluk DSM-IV TR Tanı Kriterleri.....	11
2.1.4. Psikotik Hastalıklarda Demografik Özellikler.....	12
2.2. Duygudurum Bozuklukları	12
2.2.1. Tarihçe	12
2.2.2. Major Depresif Bozukluk DSM IV-TR Tanı Kriterleri.....	23
2.2.2.1. Major Depresif Epizod Semptomları (DSM-IV-TR'ye göre)	24
2.2.3. Distimik Bozukluk DSM-IV TR Tanı Kriterleri	24
2.2.4. Depresif Bozukluklarda Demografik Özellikler.....	25
2.2.5. Bipolar Bozuklukta Tanı Ölçütleri ve Klinik Özellikler	27
2.2.5.1. Manik Dönem	27
2.2.5.2. Hipomanik Dönem.....	28

2.2.5.3. Major Depresif Dönem	29
2.2.5.4. Karma (Mikst) Dönem.....	30
2.2.5.5. Bipolar Bozukluk Tip-I DSM-IV TR Tanı Ölçütleri.....	31
2.2.5.6. Bipolar Bozukluk Tip-II DSM-IV TR Tanı Ölçütleri	31
2.2.5.7. Siklotimik Bozukluk DSM-IV TR Tanı Ölçütleri	32
2.2.6. Bipolar Bozuklukta Demografik Özellikler.....	34
2.3. Anksiyete Bozuklukları	35
2.3.1. Tanım	35
2.3.2. Tarihçe	35
2.3.3. Anksiyete Bozukluklarının DSM-IV TR'ye Göre Sınıflandırılması.....	37
2.3.3.1. Agorafobisiz Panik Bozukluğu DSM-IV TR Tanı Kriterleri	38
2.3.3.2. Agorafobili Panik Bozukluğu DSM-IV TR Tanı Kriterleri.....	39
2.3.3.3. Agorafobi DSM-IV TR Tanı Kriterleri	39
2.3.3.4. Yaygın Anksiyete Bozukluğu DSM-IV TR Tanı Kriterleri	40
2.3.3.5. Obsesif Kompulsif Bozukluk DSM-IV TR Tanı Kriterleri.....	41
2.3.3.6. Sosyal Fobi DSM-IV TR Tanı Kriterleri.....	42
2.3.3.7. Özgül Fobi DSM-IV TR Tanı Kriterleri.....	43
2.3.3.8. Travma Sonrası Stres Bozukluğu DSM-IV TR Tanı Kriterleri.....	44
2.3.4. Anksiyete Bozukluklarında Demografik Özellikler	46
2.4. Alkol ve Madde Kullanımına Bağlı Bozukluklar	47
2.4.1. Tanım	47
2.4.2. Tarihçe	48
2.4.3. DSM-IV TR'ye Göre Sınıflandırılması	48
2.4.3.1. Alkol Bağımlılığının DSM-IV'e Göre Tanı Ölçütleri.....	49
2.4.3.2. Madde Bağımlılığının DSM-IV'e Göre Tanı Ölçütleri.....	50
2.4.3.3. Alkol Kötüye Kullanımının DSM-IV'e Göre Tanı Ölçütleri.....	50
2.4.3.4. Madde Kötüye Kullanımının DSM-IV'e Göre Tanı Ölçütleri.....	51
2.4.4. Alkol ve Madde Kullanım Bozukluklarında Demografik Özellikler	52
2.5. Ruhsal Bozukluklarla İlgili Sıklık ve Yaygınlık Çalışmaları	53
2.5.1. Dünyada Yapılan Çalışmalar	53
2.5.2. Türkiye'de Yapılan Çalışmalar	55
2.6. Sağlıkta Maliyet.....	56

3. MATERYAL-METOD.....	58
3.1. DSM_IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Türkçe Versiyonu (SCID-CV) (Çorapçıoğlu ve ark. 1999).....	58
4. BULGULAR.....	61
5. TARTIŞMA ve SONUÇ	74
ÖZET	83
SUMMARY	84
KAYNAKLAR	85

SİMGELER ve KISALTMALAR

DSM	: Mental bozuklukları sınıflandırma sistemi
D 2	: Dopamin reseptöt alt tipi
M.Ö	: Milattan önce
M.S	: Milattan sonra
ICD	: Hastalıkların uluslar arası sınıflandırması
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
BPB	: Bipolar Bozukluk
UPD	: Unipolar Depresyon
BTA	: Başka Türü Adlandırılmayan
YAB	: Yaygın Anksiyete Bozukluğu
CAGE	: Alkol kullanım şiddetini değerlendiren ölçek
CIDI	: Uluslar arası bileşik tanı görüşmesi
BBSK	: Birinci basamak sağlık kuruluşu
SRQ	: Kendi kendini değerlendirme anketi
PRIME-MD	: Birinci basamak ruhsal bozuklukları değerlendirme formu
ECA	: Epidemiyolojik alan taraması
DIS	: Tanı koydurucu görüşme ölçeği
SCID	: Yarı yapılandırılmış klinik görüşme ölçeği
EKT	: Elektrokonzulziv tedavi
WHO	: Dünya sağlık örgütü
OECD	: Uluslar arası ekonomik işbirliği ve kalkınma teşkilatı
GSMH	: Gayri safi milli hasıla
GBD	: Hastalıkların global yükü
CPES	: İşbirlikçi Psikiyatrik Epidemiyoloji Araştırmaları
SDS	: Sheehan Engellilik Ölçeği
NCS-R	: Ulusal Komorbidite Araştırması Replikasyonu
NSAL	: Ulusal Amerikan Yaşamı Araştırması
YLD	: Özürlemlülikle geçirilen yıllar
DALY	: Sakatlığa ayarlanmış yaşam yılı

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. DSM IV TR (2000); BPB sınıflandırılması.....	32
Tablo 2. Bipolar spektrum, Akiskal ve Pinto'dan değiştirilerek alınmıştır	34
Tablo 3. SCID-CV MODÜLLERİ.....	59
Tablo 4. Hastaların yatış yıllarına göre yüzde dağılımları.....	61
Tablo 5. Hastaların meslek gruplarına göre dağılımı.....	61
Tablo 6. Grupların sosyal güvenlik kurumlarına göre dağılımı.....	62
Tablo 7. Araştırma grubunun mevcut psikiyatrik hastalıklarına göre yüzde dağılımı... 62	
Tablo 8. Bipolar hastaların epizod özelliklerinin ortalama sayılarının dağılımı.....	64
Tablo 9. Hasta yatışlarının mevsimlere göre dağılımları.....	64
Tablo 10. Hastaların bazı kriterlere göre hastalık maliyeti ortalamaları ve toplam maliyet içindeki oranlarının dağılımı.....	65
Tablo 11. Tanı gruplarının bazı değişkenlere göre oran ve ortalamalarının karşılaştırılması.....	66
Tablo 12. Psikiyatrik tanıların yatış sayısı ve toplam serviste yatış sürelerine göre karşılaştırılması.....	68
Tablo 13. Unipolar ve bipolar depresyonu olan hastaların yatış sayı, süre ve toplam hastalık maliyetlerinin karşılaştırılması	69
Tablo 14. Tanı gruplarının hastalık maliyetlerine göre ortalamalarının karşılaştırılması.....	70
Tablo 15. Hastaların toplam tedavi maliyetleri ile yaş, toplam hastalık ve eğitim süreleri arasındaki ilişkinin karşılaştırılması	72
Tablo 16. Unipolar ve bipolar depresyon hastalarının, yatış tarihlerine göre mevsimsel dağılımları.....	73
Tablo 17. Mental bozukluklarla ilişkili engellilik ve maliyet	79
Tablo 18. Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması 2004.....	81

GRAFİKLER DİZİNİ

Grafik 1. Hastaların tanı gruplarına göre sayı dağılımları.....	63
Grafik 2. Bazı kategorilerde harcanan maliyetlerin toplam maliyete göre oranlarının dağılımı	65
Grafik 3. Toplam tedavi maliyetlerinin, tanı gruplarındaki hastalıklara göre dağılımlarının karşılaştırılması	71
Grafik 4. Toplam tedavi maliyeti ortalamalarının, tanı gruplarındaki hastalıklara göre dağılımlarının karşılaştırılması	72

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Çevresiyle sürekli iletişim ve etkileşim içinde olan birey, çevresinden izlenimler, uyarılar ve tepkiler almakta ve algıladıklarını kendi zihinsel yetileri ve bilgi birikimi süzgecinden geçirerek, duygusal, düşünsel ve davranışsal yaşamını çeşitli tepkiler vererek sürdürmektedir.

Bireyin ruhsal açıdan sağlıklı sayılması, kendisi ve çevresiyle dengeli bir uyum içerisinde oluşuna bağlıdır. Bir başka deyişle; ruh sağlığı bir bireyin biyolojik, psikolojik, sosyal ve kültürel uyumluluğudur.

Psikiyatrik bozukluklar çağımızın en büyük sorunlarından biri olarak görünmektedir (1). Ruhsal bozuklukların, kronik ve yaygın olmalarına rağmen fark edilmemeleri ve tedavilerinde bazı sorunlar yaşanması, ailevi, sosyal ve mesleki / maddi yönden ciddi kayıplara yol açmakta ve hastaların yaşam kalitelerinde belirgin bozulmalara neden olmaktadır (2,3).

Sık görülmeleri, tekrarlamaları ya da kronik gidişleri nedeniyle yeti yitimine yol açarlar ve bu nedenle topluma maliyetleri yüksektir. Türkiye’de psikiyatrik hastalıkların yatarak tedavi maliyetleri bilinmemektedir (4).

Ruhsal bozuklukların görülme sıklığını, ilerleyişi ve sonlanışını; kişilerin hastalıklarının farkında olmaları, işleri ve sosyal ilişkileri, eğitim düzeyleri, cinsiyetleri, kişilerin ve çevrelerinin hastalıklara bakış açıları, ekonomik durumları ve içerisinde buldukları fiziksel koşulların etkilediği belirtilmektedir (5,6).

Ülkemizde, son yıllarda ruhsal bozuklukların saptanmasına yönelik araştırmaların sayısı artmaktadır. Ancak bu bozuklukların yaygınlığına ve maliyetlerine ilişkin bilgimiz yine de kısıtlıdır. Ruhsal bozuklukların sıklığının, yaygınlığının, bu durumla ilgili risk faktörü olabilecek sosyodemografik faktörlerin ve tedavi maliyetlerinin bilinmesi hem bilimsel ve klinik açıdan önemli hem de ruh sağlığı politikalarının geliştirilmesi açısından gereklidir (7).

Çalışmamızın amacı 2005–2009 yılları arasında Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniğinde yatarak tedavi gören hastalarda ruhsal bozuklukların yaygınlığı ile bu yaygınlığı etkileyebilecek sosyodemografik değişkenleri ve tedavi maliyetlerini araştırmaktır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar

2.1.1. Tarihçe

Şizofreni ile ilgili tanımlamalar 18. yüzyılda yayınlanmaya başlamıştır. Ama çok daha eski yazılarda da şizofrenik semptomlara benzeyen hastaların tarifi bulunmaktadır. İlk tanımlanan özellikler gençlik çağında başlayan, içe kapanma ile giden, düşünce bozukluklarının eşlik ettiği bir hastalık olduğu ve endojen kökenli olabileceğidir.

İlk isimlendirme 1850 yılında ‘Demence Precoce’ (erken bunama) şeklinde A. Morel tarafından yapıldı (8). Morel ergenlikte başlayan ve yıkımla giden hastalar için bu tanımlamayı kullanmıştır (9). 1871 yılında Hacker mantıklı düşüncenin olmadığı, uygunsuz ve regresif davranışlarla giden ‘hebefreni’ tanımlamasını kullanmış ve Kahlbaum ise 1874 yılında katatonik semptomları tanımlamıştır (8).

Çağdaş şizofreni yaklaşımının oluşumunda en önemli isimlerden biri olan Emil Kraepelin ilk tanımlayıcı yaklaşımla ‘Dementia Praecox’ olarak adlandırdığı hastalığın farklı bilişsel özelliklere sahip olduğu ve erken başladığını bildirmiştir.

Kraepelin hastalığın çoğunlukla tam bir yıkımla sonlanması gerektiğini düşünüyordu ve kronik gidişi tanımlamıştı. Hastalığın ergenlik döneminde başladığını, varsanı ve sanrılara, bilişsel ve duygusal kapasitede yaygın bozulmanın eşlik ettiğini, organik kökenli olduğunu ve buna bağlı olarak psikolojik semptomların ortaya çıktığını bildiren Kraepelin; hastalığı katatonik, paranoid ve hebefrenik olmak üzere günümüz sınıflandırmalarına çok benzeyen bir şekilde üçe ayırmıştı (8,10,11).

Diğer bir önemli isim ise Eugen Bleuler olup, 1911 yılında şizofreni (zihin bölünmesi) terimini literatüre kazandırmıştır. Bleuler düşünce, duygu ve davranış arasındaki bölünmeyi tanımlamış olup Kraepelin’den farklı olarak hastalığın erken başlangıçlı olmasının şart olmadığını, otuzlu yaşlarda da başlayabileceğini bildirmiş ve erken bunama ile sonlanmasının zorunlu olmadığını tanımlamıştır (8,10,11).

Bleuler’e göre şizofrenide birincil olan çağrışımlarda bozulma olması ve diğer semptomların buna ikincil olduğudur. 4A belirtisi olarak tanımladığı çağrışımlarda

bozulma, ambivalans, otizm ve duygulanım bozuklukları temel belirtiler, varsanı ve sanrıların ise ikincil belirtiler olduğunu bildirmiştir (8,10,11).

20. yüzyılın ortalarına doğru Kurt Schneider kişinin iç yaşantısını tanımlamaya çalışan varoluşsal bir yaklaşımla “kendilik ve dış dünya arasındaki bariyerin” bozulmasıyla oluşan 11 tane birinci sıra belirtileri tanımlamıştır. Bu semptomların oldukça özgün olduğu ve tanı koymaya yeterli olabileceği düşüncesi belli bir süre psikiyatri dünyasında önemli bir yere sahip olmuştur.

Günümüze kadar önemli birçok teorisyen tarafından çok sayıda çalışmalar yapılmış ve şizofreni ile ilgili bilgilerimiz artmıştır ama daha birçok bilinmeyen yönler tartışmaya ve araştırmaya açıktır.

Şizofreninin tek bir tanım altında toplanamayacağı ve heterojen bir bozukluk olduğu görüşü giderek kabul görmektedir. Şizofreni hastalarının birbirine benzeyen özellikleriyle birlikte kesitsel klinik özellikleri, tedaviye yanıt ve uzunlamasına klinik seyir açısından farklılıkları vardır. Hastaların farklı tedavi yanıtını öngören homojen grupları tanımlamakta yararlı olan ayırt ettirici özelliklere sahip olabileceği düşünülmektedir (12).

Son yirmi yıldır şizofreniye yapısal beyin bozukluklarının eşlik ettiği ve özellikle lateral ventriküllerin genişlemiş olduğu ve medial temporal ve frontal bölgelerde hacim azalması olduğu gösterilmiştir (13).

Bugün en çok kabul gören varsayım fetal beyin gelişiminin erken evrelerinde oluşan hasar sonucu beynin kortikal ve subkortikal işlevlerinde nörogelişimsel bir bozukluğun oluştuğu ve sonrasında ikincil sebeplerle ve beyin maturasyonu tamamlandıktan sonra (özellikle ergenlik döneminde) semptomatik hale geçtiğidir (13,14). Ama hastalığın her hastada farklı gidiş özelliklerine sahip olması gidiş sırasında başka faktörlerin de işe karışabileceğini düşündürmektedir. Bu ifade biyolojik, ruhsal ve toplumsal unsurları bütüncül olarak değerlendiren bir modele; zorlanma-yatkınlık (stres-diatez) modeline denk düşmektedir. Buna göre, biyolojik yatkınlığı olan bir birey zorlayıcı çevresel unsurların etkisi ile şizofreni belirtileri gösterebilir. Genellikle, yatkınlık veya zorlanma biyolojik, çevresel veya hem biyolojik hem çevresel olabilir.

Hastalığın etiyojisine yönelik genetik etmenler, dopamin varsayımı, yapısal beyin anormallikleri ve hipofrontalite gibi değişik varsayımlar önerilmiş, ancak hiçbirisi kesin olarak kanıtlanamamıştır (15).

Son yıllarda şizofreni belirtilerini açıklamaya yönelik nöronal dizgelere yönelik modeller geliştirilmektedir. Beyinde işlevlerin gerçekleşebilmesi için nöronal ağların doğru yapılanması gereklidir. Bu ağları oluşturan nöronların ise dizgeler halinde işlev gösterdiği düşünülmektedir. Özellikle son dönemlerde bilişsel belirtiler temel şizofreni belirtilerinden kabul edilerek, oldukça ilgi görmektedir. Bilişsel işlevler tek bir anatomik bölgeden değil, birçok anatomik bölgeyi içeren nöronal dizgelerin çalışması sonucu oluşur. Şizofrenide nöronal dizgelerde oluşan hasarın bilişsel belirtilere neden olduğu ileri sürülmektedir (10). Günümüzde yapılan birçok görüntüleme çalışmaları, bilişsel testlerin kullanıldığı çalışmalar, hayvan deneyleri; nöronal dizgeler, dizgelerin işlevleri, şizofrenide tanımlanmış yapısal patolojilerle bağlantıları üzerine yoğunlaşmıştır. Son yıllarda şizofrenide temel sorunun bilgi işlemeyle ve bilgi işleme sürecinde önemli olan kortiko-striato-talamikserebellar-kortikal dizgenin işlevselliğinde bozulmayla ilişkili olduğu ileri sürülmektedir (9).

Bu dizge içinde yer alan prefrontal korteks, temporo limbik yapılar, singulat korteks ve talamus işlevsel, yapısal ve bilişsel testlerin kullanıldığı çalışmaların sağladığı verilerle şizofreniyle en çok ilişkisi saptanmış olan bölgelerdir.

2.1.2. Şizofreni Tanısı

Şizofreni beyin yapısı, fizyoloji ve kimyasında önemli değişikliklere neden olarak birçok davranış ve düşünce bozukluğunun görüldüğü çok sistemli ruhsal bozukluklardan biridir. Dezorganize konuşma ve davranış, gerçeği değerlendirme bozuklukları yanında algılama, düşünme, konuşma, dil, sosyal etkileşim, motor davranış, dikkat, istem, dürtü denetimi, duygusal ifadeler ve çevreye yanıt alanlarında önemli belirtiler gösterir (16).

Tanı koydurucu bir belirtisi olmayıp laboratuvar ile de tanı konulamaz. Belirtilerin açık şekilde ortaya çıkışından önce hastaların yaklaşık 1/3'ünde prodromal belirtiler görülür. Hafif fiziksel anomaliler, sosyal, motor ve bilişsel alanda kusurlar bulunabilir. Şizofreni kliniği kendini negatif, pozitif ve bilişsel belirtilerle gösterir ve bu

belirtilerin sürekliliği ve şiddetinde artma klinik olarak yıkımı getirir, sosyal ve işlevsel kapasitede azalma tabloya eşlik eder. Klinik yıkım ile aktif psikotik dönemlerin şiddeti ve süresi arasında ilişki olup, özellikle ilk epizod en fazla yıkımın olduğu dönemdir. Genellikle ilk beş yılın sonunda bu yıkımın şiddetinde azalma olur. Hastalığın ilk yıllarında hezeyan ve halüsinasyon gibi pozitif belirtiler daha belirgin iken, sonraki yıllarda negatif belirtiler, çağrışım ve motor bozukluklar ve uygunsuz duygulanım tabloya hakim olmaktadır (10).

Günümüzde en çok kullanılan tanı ölçütleri DSM-IV ölçütleridir. Ölçütler şizofreni için en fazla özgül olan bir grup semptom üzerine odaklanmıştır. Ayırıcı tanı için de dışlama ölçütleri kullanılır.

2.1.3. DSM-IV TR Tanı Kriterleri

2.1.3.1. Şizofreni için DSM-IV TR Tanı Kriterleri Aşağıda Verilmiştir

A. Karakteristik Semptomlar: Bir aylık bir dönem boyunca (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa bir süre), bu sürenin önemli bir kesiminde aşağıdakilerden en az ikisinin bulunması:

1. Hezeyanlar
2. Halüsinasyonlar
3. Dezorganize konuşma (sıklıkla enkoherans veya konu dışı konuşmalar)
4. İleri derecede dezorganize ya da katatonik davranış
5. Negatif semptomlar, yani affektif donukluk (tekdüzelik), aloji (konuşamazlık) ya da avolisyon

Not: Hezeyanlar bizar ise ya da halüsinasyonlar kişinin davranış ya da düşünceleri üzerine sürekli yorum yapmakta olan seslerden ya da iki ya da daha fazla sesin birbirleriyle konuşmasından oluşuyorsa A tanı ölçütünden sadece bir belirtinin olması yeterlidir.

B. Toplumsal/ Mesleki İşlev Bozukluğu: İş, kişilerarası ilişkiler ya da kendine bakım gibi önemli işlevsellik alanlarından bir ya da birden fazlası, bu bozukluğun başlangıcından beri geçen sürenin önemli bir kesiminde alanlarda önemli bozulmaların

olması, bu bozukluğun başlangıcından önce erişilen düzeyin belirgin olarak altında kalmıştır (başlangıcı çocukluk ya da ergenlik dönemine uzanıyorsa, kişilerarası ilişkilerde, eğitimle ilgili ya da mesleki başarıda beklenen düzeye ulaşılamamıştır).

C. Süre: Bu bozukluğun süre giden belirtileri en az 6 ay süreyle kalıcı olur. Bu 6 aylık süre en az 1 ay süreyle (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa bir süre) A tanı ölçütünü karşılayan belirtileri kapsamalıdır; prodromal ya da rezidüel belirtilerin bulunduğu dönemleri kapsayabilir. Bu bozukluğun belirtileri prodromal ya da rezidüel dönemlerde sadece negatif belirtilerle ya da A tanı ölçütünde sıralanan iki ya da daha fazla belirtinin daha hafif biçimleriyle (örn. acayip inanışlar, olağandışı algısal yaşantılar) kendilerini gösterebilir.

D. Şizoaffektif Bozukluğun ve Duygudurum Bozukluğunun Dışlanması: Şizoaffektif Bozukluk ve Psikotik Özellikler Gösteren Duygudurum Bozukluğu dışlanmıştır, çünkü ya (1) aktif evre semptomları ile birlikte aynı zamanda Majör Depresif, Manik ya da Mikst Epizodlar ortaya çıkmamıştır ya da (2) aktif evre semptomları sırasında duygudurum epizodları ortaya çıkmışsa bile bunların toplam süresi aktif ve rezidüel dönemlerin süresine göre daha kısa olmuştur.

E. Madde Kullanımının / Genel Tıbbi Durumun Dışlanması: Bu bozukluk bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) doğrudan fizyolojik etkilerine ya da genel tıbbi bir duruma bağlı olarak ortaya çıkmamıştır.

F. Bir Yaygın Gelişimsel Bozuklukla olan İlişkisi: Otistik Bozukluk ya da diğer bir Yaygın Gelişimsel Bozukluk öyküsü varsa, ancak en az bir ay süreyle (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa bir süre) belirgin hezeyan ya da halüsinasyonlar da varsa şizofreni ek tanısı konabilir.

Şizofreni alt tiplerinin DSM-IV'e göre tanı ölçütleri aşağıda tanımlanmıştır.

2.1.3.1.1. Paranoid Tip

Aşağıdaki tanı ölçütlerinin karşılandığı şizofreni tipi:

A. Bir ya da birden fazla hezeyan ya da sıklıkla işitme halüsinasyonlarının olması

B. Şunlardan hiçbirinin bulunmaması: Dezorganize konuşma, dezorganize ya da katatonik davranış, donuk ya da uygunsuz affekt.

2.1.3.1.2. Dezorganize Tip

Aşağıdaki tanı ölçütlerinin karşılandığı şizofreni tipi :

A. Aşağıdakilerin hepsi belirgindir.

1. Dezorganize konuşma
2. Dezorganize davranış
3. Donuk ya da uygunsuz affekt

B. Katatonik tip için tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.

2.1.3.1.3. Katatonik Tip

Aşağıdakilerden en az ikisinin klinik görünümüne egemen olduğu şizofreni tipi:

1. Katalepsi (balmumu esnekliği de içinde olmak üzere) ya da stupor ile belirlendiği üzere motor hareketsizlik
2. Aşırı motor aktivite (açıkça amaçsız ve dış uyaranlardan etkilenmeyen)
3. Aşırı negativizm (hareket ettirmeye yönelik tüm yönermelere açıkça amaçsız bir direnç gösterme ya da hareket ettirmeye yönelik girişimlere karşı rijid (katı) postürü sürdürme ya da mutizm
4. Postür alma (istemli olarak uygunsuz ya da bizar postürler alma), basmakalıp hareketler, belirgin mannerizmler ya da belirgin grimasın olması ile belirlendiği üzere istemli davranışlarda acayıplıkların olması
5. Ekolali ya da ekopraksi

2.1.3.1.4. Farklaşmamış Tip

A Tanı Ölçütünün karşılandığı semptomların olduğu şizofreni tipi, ancak bu tanı ölçütleri Paranoid, Dezorganize ya da Katatonik Tip tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.

2.1.3.1.5. Rezidüel Tip

Aşağıdaki tanı ölçütlerinin karşılandığı şizofreni tipi :

A. Belirgin hezeyanlar, halüsinasyonlar, dezorganize konuşma ve ileri derecede dezorganize ya da katatonik davranışın olmaması.

B. Negatif semptomların ya da A Tanı Ölçütünde sıralanan iki ya da daha fazla semptomun daha hafif biçiminin (örn. acayip inanışlar, olağandışı algısal yaşantılar) varlığı ile belirlendiği üzere bu bozukluğun sürdüğüne ilişkin kanıtlar vardır (17).

Şizofrenide farklı patofizyolojik mekanizmaların bir arada bulunabileceğinden yola çıkılarak daha homojen alt grupların tanımlanmasının bir gereği olarak bazı ayrımlar yapılmıştır. Crow, şizofreniyi pozitif ve negatif belirtilere dayanarak iki ayrı etiyolojik alt tipe ayırmıştır. Tip I sendrom, akut başlangıç, pozitif belirtiler, normal entellektüel işlevsellik, antipsikotiklere iyi yanıt, normal beyin yapısı, D2 reseptörlerinde olası artış, hiperdopaminerjik aktivite esas olmak üzere biyokimyasal düzensizlikler, “negatif belirtilerin bulunmayışı” gibi özellikler taşımaktadır. Tip II sendrom ise duygulanım küntlüğü, düşünce ve konuşma fakirliği, enerji azlığı gibi negatif belirtilerle kronik bir gidiş, antipsikotiklere kötü yanıt, entellektüel işlevlerde bozulma, beyinde yapısal değişiklikler ile karakterizedir (18).

Andreasen pozitif ve negatif belirtilerin şizofrenide aynı “continium”un zıt uçları olduğunu varsaymış, pozitif belirtilerin yüksek kortikal işlevlerden kaynaklandığını, negatif belirtilerin ise beyin yıkımını yansıttığını ve pozitif negatif ayrımının özellikle bizar davranış temelinde birleştiğini ileri sürmüştür.

Andreasen ve ark. şizofreni hastalarını pozitif, negatif ve karma gruplara ayırmak üzere ölçütler tanımlamışlardır (18).

Şizofrenide psikopatoloji alanları yaklaşımı ve yıkım (defisit) sendrom kavramını tanımlayan Carpenter ve ark. şizofrenide 5 farklı psikopatolojik alanın (varsanılar ve sanrılar, yıkım belirtileri, dissosiyatif affektif süreç, bilişsel bozukluk, nörolojik bozukluk) bağımsız olarak araştırılması gerektiğini ileri sürmüşlerdir.

Ayrıca negatif belirtileri birincil ve ikincil, kalıcı-geçici olarak ayırmışlar ve birincil negatif belirtilerin saptanabilmesi için nöroleptik etkisi, disforik mizaç, çevresel

uyaranların azlığı gibi etkenlerin dışlanarak, tanımlanan negatif belirtilerin birincil ve ısrarlı olduğunda yıkım teriminin kullanılmasını önermişlerdir (18).

2.1.3.2. Şizoaffektif Bozukluk DSM-IV TR Tanı Kriterleri

A. Hastalığın kesintisiz süreyle gidişi sırasında, kişide bir majör depresif epizod, manik epizod ya da karma (mikst) epizodun, şizofreninin A ölçütlerini karşılayan belirtilerle aynı anda ve bir arada bulunması gerekmektedir.

Not: Majör depresif epizod ölçüt A (depresif duygudurum) ölçütünü karşılamalıdır.

B. Hastalığın aynı periyodu sırasında belirgin duygudurum belirtileri görülmesizin en az iki hafta boyunca hezeyanlar ve halüsinasyonlar olmuştur.

C. Hastalığın aktif ve rezidüel periyodlarının toplam süresinin önemli bir bölümünde, bir duygudurum epizodunu karşılayacak belirtiler bulunmaktadır.

D. Bozukluk bir maddenin (örneğin; bir maddenin kötüye kullanımı ya da ilaç tedavisi gibi) doğrudan fizyolojik etkilerine ya da genel bir tıbbi duruma bağlı olarak gelişmemiştir.

Özellikli Durumlar:

Bipolar Tip: Bozukluk bir manik ya da karma (mikst) epizodu (ya da manik ya da karma epizod ve majör depresif epizodları) içermektedir.

Depresif Tip: Bu bozukluk sadece majör depresif alt tipe ayrılmıştır.

2.1.3.3. Şizofreniform Bozukluk DSM-IV TR Tanı Kriterleri

A. Şizofrenin A, D ve E ölçütlerini karşılamalıdır.

B. Bozukluğun bir epizodu (prodromal, aktif ve rezidüel dönemleri kapsayarak) 1 aydan fazla, 6 aydan az sürmelidir.

Özellikli Durumlar:

- İyi prognoz özellikleri olmayan
- İyi prognoz özellikleri gösteren: Aşağıdakilerden 2 ya da daha fazlası ile belirlenir:

I. Belirgin psikotik belirtiler, alışıldık davranış ve işlevsellikte farkedilebilir ilk değişikliği takip eden dört hafta içinde görülmektedir.

II. Psikotik epizod sırasında konfüzyon ya da şaşkınlık izlenmektedir.

III. Kişinin premorbid dönemdeki sosyal ve mesleki işlevselliği iyi düzeydedir.

IV. Sığ ya da bulanık duygulanım (affekt) izlenmemektedir.

2.1.3.4. Sanrısız Bozukluk DSM-IV TR Tanı Kriterleri

A. En az 1 ay süren, şaşılması (bizar) olmayan hezeyanlar. (yani gerçek yaşamda görülebilecek türden; izleniyor, zehirleniyor, hastalık bulaşıyor ya da bir hastalığı olma gibi).

B. Şizofreni için A Tanı Ölçütü hiçbir zaman karşılanmamıştır. Not: Sanrısız Bozuklukta sanrının içeriği ile ilişkili ise taktil (dokunma) ve olfaktor (koku) halüsinasyonlar bulunabilir.

C. Hezeyan(lar)ın etkisi ve bunun uzantıları dışarıda bırakılacak olursa işlevsellik belirgin olarak bozulmamıştır ve davranış açıkça acayip ya da bizar değildir.

D. Hezeyanlarla birlikte duygudurum epizodları da ortaya çıkmışsa bunların toplam süresi hezeyanlı dönemlerin süresine göre daha kısa olmuştur.

E. Bu bozukluk bir maddenin (örn: kötüye kullanılabilen bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

Tipini belirtiniz:

Erotomanik Tip: Genellikle daha yüksek bir konumu olan başka bir kişinin kendisine aşık olduğuna ilişkin hezeyanlar

Grandiyöz Tip: Çok değerli, bilgili, güçlü, özel biri olduğuna, kutsal bir güç ya da ünlü bir kişi ile özel bir ilişkisi olduğuna ilişkin hezeyanlar

Kıskançlık Tipi: Cinsel eşinin sadakatsizlik gösterdiğine ilişkin hezeyanlar

Persekütuar Tip: Kendisine bir şekilde kötü niyetli davranıldığına ilişkin hezeyanlar

Somatik tip: Fizik kusurunun ya da genel tıbbi bir durumunun olduğuna ilişkin hezeyanlar

Mikst Tip: Yukarıdaki tiplerden birden fazlası için karakteristik olan hezeyanlar vardır ancak bunlardan hiçbiri daha belirgin değildir.

Belirlenmemiş Tip

2.1.3.5. Kısa Psikotik Bozukluk DSM-IV TR Tanı Kriterleri

A. Aşağıdaki semptomlardan birinin (ya da daha fazlasının) bulunması

1. Hezeyanlar
2. Halüsinasyonlar
3. Darmadağın (dezorganize) konuşma (örn: çağrışımlarda dağınıklık)
4. İleri derecede dezorganize ya da katatonik davranış

Not: Kültürel açıdan kabul gören bir tepki gösterme biçimi ise bunu bir semptom olarak değerlendirmeyiniz.

B. Bu bozukluğun bir epizodunun süresi en az 1 gündür, ancak 1 aydan kısadır ve en sonunda premorbid işlevsellik düzeyine tam bir dönüş olur.

C. Bu bozukluk psikotik özellikler gösteren duygudurum bozukluğu, şizoaffektif bozukluk ya da şizofreni olarak açıklanamaz ve bir maddenin (örn: kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

Varsa Belirtiniz

Belirgin Stres Etken(ler)i Olan (kısa reaktif psikoz): O kişinin kültüründe, benzer koşullarda, hemen herkes için tek başına ya da topluca belirgin stres kaynağı olabilecek olaylara açıkça bir tepki olarak ve bu olaylardan hemen sonra ortaya çıkan semptomlar varsa

Belirgin Stres Etken(ler)i Olmayan: Psikotik semptomlar o kişinin kültüründe benzer koşullarda hemen herkes için tek başına ya da topluca belirgin stres kaynağı olabilecek olaylara açıkça bir tepki olarak ya da bu olaylardan hemen sonra ortaya çıkmamışsa

Postpartum Başlangıcı: Başlangıcı postpartum 4 hafta içinde olmuşsa

2.1.4. Psikotik Hastalıklarda Demografik Özellikler

Şizofreni, dünyanın birçok yerinde en sık görülen ruhsal hastalıklardandır. Şizofreni insidansı (sıklık) ile ilgili yapılan çalışmalarda sonuçlar binde 0.4-0.7 arasında değişmektedir (19). Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre de insidans, Avrupa ve Asya'da binde 0,085'tir (8).

Yaşam boyu prevalans (yaygınlık) oranları ise toplumdan topluma değişmektedir. ABD'de yaşam boyu prevalans oranının % 1-1,5 arasında olduğu bildirilmiştir (20).

Şizofreninin kadın ve erkeklerde görülme oranı aynıdır. Ancak her iki cins arasında başlangıç yaşları farklıdır. Erkekler için başlangıç yaşı 15-25, kadınlar için 25-35 yaşlarıdır. 10 yaşından önce ve 50 yaşından sonra görülme sıklığı çok azalmaktadır. (20,21).

2.2. Duygudurum Bozuklukları

2.2.1. Tarihçe

İLK ÇAĞ

Hipokrat (M.Ö. 460-377): İnsanın duygudurumu ile beden sıvıları arasında bağlantı kurmuş, hafif kanlı mizaç, ağır kanlı mizaç, kara sevdalı mizaç ve sinirli mizaç olarak birbirinden farklı mizaçlar (duygudurum) tanımlamıştır.

Hipokrat, ruh ve sinir hastalıklarını yapısal bozukluklarına ve belirtilerine göre altı grup içinde toplamıştır.

- Birdenbire başlayan ateşli ruhsal hastalıklar (Phrenitis)
- Birdenbire başlayan ateşsiz ruhsal hastalıklar (Mania)
- Melankoli (Melancholia)
- Sara (Epilepsia)
- Histeri (Hysteria)

- Karşıt giysicilik (Scythiana)

Hipokrat “karasafrı” anlamına gelen melankoli terimiyle karasevdaı kişilik yapılarında, mizaçlarda, karaciğer ve safra yollarındaki bozukluklardan kaynaklanan durgunluk, ilgisizlik, isteksizlik, uykusuzluk, kaygı, yetersizlik ve intihar düşünceleriyle ortaya çıkan bir hastalık tablosu tanımlamıştır.

Platon (Eflatun) (M.Ö. 424-347): Ruhsal hastalıkların doğa ve doğaüstü güçlerden kaynaklandığını ileri sürmüştür. Melankolinin nedeni olarak doğaüstü güçleri, tanrıları göstermiş, Apollo, Dionisos ve Eros gibi tanrıların öfkesinin yol açtığı dört ayrı tip melankoli tablosu tanımlamıştır.

Aristoteles (M.Ö. 384-322): “Ruh Üzerine” adlı kitabında, beden ve ruh ayırımının tartışmasını bir yana bırakmış, ruhla ilgili olayları incelemiştir. Aristoteles, bedensel, hayvansal ve mantıksal olarak ruh durumunu üçe ayırmıştır. Ruhsal yaşantıyı, bu üç durumun sürekli devinimine bağlamıştır. İnsanın yaşadığı ortama uyumu, denge ve düzeni devinimle sağladığını ileri sürmüştür. Anında doyum sağlama isteğiyle, doyumunu engelleme, erteleme, geciktirme isteğinin karşılaşması çatışma yaratır. Çatışma bitkisel, hayvansal, mantıksal ruh durumunun dengesini bozar. İnsanın hayvansal ruh durumunun etkisi altında kalması melankoliye yol açar”.

Celsus (M.S. 100'lü yıllar): “Hekimlik” adını verdiği kitabında, baştan ayağa bütün bedensel hastalıkları tanımlamış, melankoliye ve maniye baş hastalıkları arasında yer vererek, ilk kez bu hastalıkla beyin ve merkezi sinir sistemi arasında yapısal bir yaklaşma sağlamıştır.

Galenos (M.S. 131-201): Aristoteles'in “Ruh Üzerine” adlı kitabında anlattığı mantıksal insan ruhu yanında, bitkisel ve hayvansal ruhların işlevinden söz eden, bunları yaşamla bağlayan felsefe görüşlerini geliştirerek günümüze kadar sürüp gelen kuramların ortaya atılmasına yol açmıştır.

Ayrıca, ilk çağda eski Yunan'da kişilik yapılarının ve ruh ve sinir hastalıklarının açıklanmasına, adlandırılmasına ve sınıflandırılmasına bilimsel görüş getiren Hipokrat'ın etkisi altında kalmış, onun kişilik yapısı ve hastalıklarla ilgili görüşlerini geliştirmiştir.

Hipokrat gibi, Galenos da insanın mizacını, bedende en çok bulunan ve kişiliği etkileyen sıvılara göre; hafif kanlı, ağır kanlı, karasevdaı ve sinirli olarak dört gruba

ayırmiş daha sonra hayvanlar ve insanlar üzerinde yaptığı anatomi araştırmalarının da etkisi altında, kişilik yapısıyla hastalıklar arasında bağlantı kurmuştur. Başka bir deyişle, ruhsal hastalıklara yatkın kişilik yapıları olduğu g6r6ř6n6 ileriye s6rm6ştir. Bu g6r6ř6n ışığı altında Galenos ruhsal hastalıkları d6rt grup altında toplamıştır:

- Beden sıvılarının bozulmasına bağlı olanlar: Bu tip ruh hastalıklarının başında değişik belirtilerle ortaya çıkan melankoli yer alır.
- Ruhsal durumun bozulmasına bağlı olanlar: Anioia, mania ve paraphyrosyne.
- Beyin yapısının bozulmasına bağlı olanlar: Akıl hastalıkları, histeri ve kalp yakınmaları.
- Klinik g6r6n6m6 bozuk olanlar: sara, derin uyku, dona-kalma, inme.

ORTA ÇAĞ

Posidonius (M.S. 400'l6 yıllar): Romalı hekim Posidonius, birdenbire başlayan ateşli beyin hastalıkları dışında on alt grupta topladığı akıl hastalıkları arasında melankoli ve maniye de yer vermiştir. M.S. 600'l6 yıllarda: Bizans İmparatorluğu'nun ilk d6nemlerinde yaşayan Alexander, melankoli ve maniye d6rt alt grup altında toplayarak, kanın başta ve b6t6n bedende toplanmasından kaynaklanan iki ayrı tip melankoli yanında, kara ve sarı safra toplanmasından kaynaklanan melankoli tiplerini ayırmıştır.

Aegina (M.S. 625-700): Melankoli ve maninin de yer aldığı, doğal nedenlere bağlı ruhsal hastalıklar yanında "şeytanın insanın ruhunu ele geçirmesine" bağlı melankoli tipleri tanımlamıştır. Ortaçağda, ruhsal bozuklukların ve hastalıkların tanımında ve sınıflandırılmasında islam d6nyası ağırlık kazanmıştır.

Razi (M.S. 864-925): Aristoteles'in d6ř6ncelerini izlemiş ve geliştirmiştir. İnsanın yaşantısını birbirinden bağımsız olarak çalışan ama birbirini etkileyen, bitkisel, hayvansal ve mantıksal adını alan 6t6 ruh durumunun oluşturduğunu ileri s6rm6ştir. Bu ruh durumlarının eksikliğinin ya da fazlalığının ruhsal bozukluklara ve hastalıklara yol açtığını belirtmiştir. Melankoliyi bu 6t6 ruh durumunun bozukluğuyla açıklamaya çalışmıştır.

İbni Sina (M.S. 980-1037): "Kanun" (Canon) kitabında ruh bozukluklarını ve hastalıklarını on beş grup içinde toplamış, bunlar arasında şu hastalıklara yer vermiştir:

- Beyin dokusuna ve beyin zarlarına sarı safranın etkisi sonucu ortaya çıkan ateşli akıl hastalıkları,
- Beyinde, orta ve yan karıncıkların dokusunda değişme sonucu ortaya çıkan algı, bellek ve düşünce bozuklukları,
- Kanın, kara ya da sarı safranın neden olduğu bilinç bulanıklıkları, kara safranın neden olduğu melankoli.

İbni Sina sınıflandırmasında aşırı tutkulara, eşcinselliğe, karabasana, kuduza, maniye ve şubat aylarında “kendisini kurt gibi görme” belirtisiyle ortaya çıkan hastalığa da (lycanthropy) yer vermiştir.

Thomas Aquinas (M.S. 1225-1274):

Ruhsal bozuklukların ve hastalıkların oluşmasında Aristoteles'in ortaya attığı ve Razi'nin geliştirdiği bitkisel, hayvansal, mantıksal ruh durumu kavramlarının üzerinde durmuştur. Ruh bozuklukları ve hastalıklarının nedenini doğa ve doğaüstü güçlere bağlamıştır. Zihinsel gelişmede yavaşlama, epilepsi, ateşli akıl hastalıkları, letarji, mani, melankoli ve bilinç bulanıklığının doğal nedenlerle ortaya çıktığını, doğaüstü güçlerin ve şeytanın etkisi altında algı ve düşünce bozukluklarının oluştuğunu ileri sürmüştür.

YENİ ÇAĞ

1450 yılından sonra başlayan Rönesans'la birlikte insan evrenin odak noktası durumuna gelmiştir. Bilimde, tıpta ve sanatta dinin ve doğaüstü güçlerin etkileri azalmış, insan daha doğru ve gerçekçi biçimde incelenmiştir. Ruhsal bozukluk ve hastalıkların sınıflanması ve tanımında eski İslam, Roma ve Yunan hekimlerinin görüşleri güncellik kazanmış, bunlar arasında özellikle Galenos'un görüşü etkili olmuştur.

Fernel (M.S. 1497-1558): Fransa'da ruhsal bozuklukları ve hastalıkları beynin zarlarını, yapısını ve karıncıklarını bozan nedenlere bağlı olarak üç büyük gruba ayırmıştır. Birinci grupta baş ağrılarına; ikinci grupta ateşli akıl hastalıkları, bilinç bulanıklığı ve maniye; üçüncü grupta baş dönmesi, epilepsi, felç, karabasan, kasılma, melankoli ve titremeye yer vermiştir. Ayrıca zihinsel becerilerin, yeteneklerin, yetilerin azalmasına ve çökmesine bağlı olarak, bellek kaybı, zihinsel bulutlanma, donukluk, durgunluk, katalepsi, letarji ve koma durumlarını tanımlamıştır.

Bu dönemde Almanya'da Johannes Schneck, İngiltere'de Timothy Bright eski Arap, Roma ve Yunan görüşünü Rönesans'ın düşünce yapısı içinde değerlendirmişlerdir. Timothy Bright, 1856 yılında İngiltere'de “Melankoli” adlı kitabı yayınlamış, bu kitapta melankoliyi doğal ve doğal olmayan biçiminde iki alt gruba ayırmıştır. Doğal melankoliye kara safranın yol açtığını, doğal olmayan melankolinin oluşmasında ve kara safra, kan ve lenf bozukluklarının rol oynadığını belirtmiştir. Yazar ayrıca melankolinin belirti ve bulgularını saptamış; dalgınlık, durgunluk, elem, keder, karamsarlık, sıkıntı ve tedirginlik gibi duyulanım bozukluklarının ön planda olduğuna dikkat çekmiştir.

Paracelsus (M.S. 1493-1541): Rönesans çağında, Galenos'un geleneksel anlayışından uzaklaşmış, hekimliğe kimyayı sokmuş, buna karşın, ruhsal hastalıkların doğaüstü güçlerle ve ruhlarla ilgili olduğunu ileri sürmüştür. Paracelsus, “İnsan Düşüncesini ve Mantığını Çökerten Hastalıklar” adlı kitabında ruhsal bozukluk ve hastalıkların tanımını yapmış, bunları sınıflandırmış, epilepsi, zeka gerilikleri, akut mani gibi kalıtımla ilgili hastalıklar yanında, melankoli ve zehirlenmelere bağlı doğal kaynaklı hastalıkları ve doğaüstü güçlerin rol oynadığı değişik melankoli tiplerini tanımlamıştır.

Paolo Zacchias (M.S. 1584-1659): Ruhsal bozukluk ve hastalıkların sınıflanmasına ve tanımına bilimsel yaklaşım getirmiştir. Adli tıp alanında araştırma yapan Zacchias hastalıkları zihinsel çökkünlük ve yetersizlik, ateşsiz akıl hastalıkları ve ateşli akıl hastalıkları olarak üç büyük grup içinde toplamıştır. Birinci grupta zeka gerilikleri ve bellek bozukluklarına; ikinci grupta mani, melankoli ve epilepsiye; üçüncü grupta da derin uyku, epilepsi, felç ve koma gibi durumlara yer vermiştir.

Robert Burton (M.S. 1557-1640): 1621 yılında İngiltere'de “Melankolinin Anatomisi” adlı kitabında hastalıkların sınıflanmasını ve tanımını yazmıştır. Önce baş ve beden hastalıklarını birbirinden ayırmış, baş hastalıklarını başın dış ve iç hastalıkları olarak iki alt grup içinde toplamıştır. Ruhsal bozukluklara ve hastalıklara, başın iç hastalıkları arasında beyin yapısıyla bağlantılı olarak yer vermiştir. Burton, kitabında melankolinin değişik tiplerini tanımlamış, beyinden kaynaklanan melankoliyle, bedenden kaynaklanan melankoli ve hastalık hastalığına ilişkin belirtileri, bulguları ve ayırıcı tanıyı belirtmiştir.

Thomas Willis (M.S. 1622-1675): İngiltere'de beyin anatomisi üzerinde çalışarak ruhsal bozuklukların ve hastalıkların sınıflandırılmasına yapısal görüşü getirmiştir. Böylece, beyin ve ruh hastalıklarının ortak nedenlerden kaynaklandığı görüşünü ortaya atmıştır.

Boissier de Sauvage (M.S. 1706-1767): Fransa'da bütün hastalıkları on grupta toplamıştır. Sekizinci grupta ruhsal bozukluklara ve hastalıklara yer vermiştir. Bunlar arasında birinci sırada beyin, ikinci sırada dürtü ve coşku, üçüncü sırada zihinsel işlev bozukluklarına yer vermiş, bunama, mani ve melankoliyi anlatmıştır.

Carl Linne (M.S. 1707-1778): 1763 yılında İsviçre'de yayınladığı “Bütün Hastalıklar” adlı kitabında Bassier'in görüşlerini geliştirmiştir. Yazar, ruhsal bozukluk ve hastalıkları duygulanım ve coşkularla, duyu organlarıyla ve zihinsel işlevlerle ilgili olarak üç grupta toplamıştır.

YAKIN ÇAĞ

Philippe Pinel (M.S. 1745-1826): Fransa'da kendinden önce ortaya atılan bütün adlandırmaları ve sınıflandırmaları inceleyerek, ruh hastalıklarını belirti ve bulgularına göre dört temel grupta topladı. Bu gruplar mani, melankoli, bunama ve zeka geriliği olup, Pinel'in düşüncesine göre bu hastalıklar yapısal bozukluklar sonucu ortaya çıkmaktaydı. Bayle, 1822 yılında, frenginin yol açtığı beyin hastalıkları ve bu arada ruhsal bozukluklarla birlikte giden, frenginin neden olduğu genel paraliziye tanımlamıştır. Böylece, ruhsal hastalıkların beynin yapısal hastalıklarından kaynaklandığı görüşünü savunanlar güçlendi. Organik görüşler etkili oldu. Yapısal bozukluk bulunmayan hastalıklarda işlevsel nedenler üzerinde durularak beyin kimyası gündeme geldi.

Theodor Meynert (M.S. 1833-1892): Beyin anatomisini inceleyerek, yapısal bozukluk bulunmayan ruhsal hastalıklarda beyin kabuğu ile beyin sapı arasındaki bağlantıların işlevinde bozukluk olduğunu ileri sürmüştür. 1884 yılında, Meynert, “Psikiyatri Temel Kitabı” adlı kitabını yayınlayarak, kendine özgü sınıflandırmayı vermiştir.

Bu sınıflandırmada beyin zarlarının ve dokusunun yapısal ve işlevsel bozuklukları ele alınmış, ayrıca beyin kabuğunun altındaki bölgelerden kaynaklanan hastalıklar olduğu da belirtilmiştir. Kore, mani, melankoli, beyin kabuğunun; bilinç

bulanıklığı ve hezeyanlı hastalıklar ise beyin kabuğunun altındaki bölgelerin uyarılmasına bağlı işlevsel hastalıklar olarak kabul edilmiştir.

Carl Wernicke (M.S. 1848-1905): Almanya'da, beyin yapısına ve işlevine ilişkin araştırmalar sonunda beynin sinir sisteminin birleştirici, bütünleştirici organı olduğunu öne sürmüştür. Ruhsal yaşantıyı da bu birleşme, bütünleşme üzerinde ortaya çıkan bütün olası bağlantıların toplamı olarak ele almıştır. Wernicke'ye göre: Bilinçli durumu sağlayan bu bağlantılar azalır ya da koparsa ruhsal bozukluklar ortaya çıkar.

Wilhem Griesinger (M.S. 1817-1868): Almanya'da “ruhsal hastalıkların beyin hastalığı” olduğu görüşünü ortaya atmıştır. Griesinger'e göre beynin yapısı ve işlevi henüz tam olarak bilinmediğinden, ruhsal hastalıkların oluşumunu bilmek ve buna göre sınıflandırmak olanaksızdır. Griesinger kendinden önceki araştırmacıların da görüşlerini değerlendirerek, “insanity” (delilik) adını verdiği bir tek ruh hastalığı olduğunu ileri sürmüştür. Buna göre, bütün belirtiler, bulgular ve yakınmalar temelde bulunan tek hastalığın değişik görünümleridir. Bu hastalık iki evre gösterir. Birinci evrede tedavi edilebilir. İkinci evrede tedavisi olanaksızdır. Mani, melankoli ve monomani birinci evre, bunama ve kronik mani ikinci evrede yer alır. Tanımlayıcı görüş açısından Griesinger üç tepki tipi saptamıştır: Depresyon, ruhsal coşku ve taşkınlık ve ruhsal güçsüzlük. Griesinger'in düşünceleri çok büyük etki yapmış ve iz bırakmıştır. Sınıflandırması şöyledir:

A. Ruhsal zihinsel çöküntü (depresyon) durumu

1. Hipokondri
2. Melankoli (çok sınırlı duygularla)
3. Durgun melankoli
4. Saldırgan, yok edici eğilimle birlikte olan melankoli
 - a. İntihar eğilimiyle birlikte melankoli
 - b. Cinayet eğilimiyle birlikte melankoli
5. Zihinsel takıntıların artmasına, taşkınlığa bağlı melankoli

B. Ruhsal taşkınlık durumu

1. Mani

2. Monomani

C. Ruhsal, zihinsel zayıflık durumu

1. Kronik mani
2. Bunama
3. İnme bunaması
4. İdyosi kretenizm (Tiroid salgısının az olmasına bağlı zeka geriliği)

Esquirol (M.S. 1772-1846): 1820 yılında, Fransa'da ruhsal bozuklukları ve hastalıkları Pinel'e benzer biçimde sınıflandırmış, ancak monomani ve lipemani (lypémanie) adında iki yeni hastalık tablosu daha tanımlamıştır. Araştırmacıya göre, monomani terimi aşırı tutkuları, lipemani ise düşünce bozukluklarıyla birlikte bulunan depresyonları tanımlamak için kullanılmıştır. Georget, aynı yıllarda Fransa'da bunlara durgunluk (stupidité) adını verdiği ruhsal hastalık tablosu daha eklemiştir.

Baillarger ve Falret, 1851 yılında, Fransa'da birbirinden ayrı olarak, hemen hemen aynı zamanda, mani ve melankoli klinik tablolarını gösteren birdenbire başlayan hastalıkları aynı hastalığın iki değişik görünümü olarak kabul etmişlerdir. Nöbet nöbet gelen bu hastalığa, Baillarger “folie à double forme”, Falret “folie circulaire” adını vermiştir. Aynı hastalığın birbirinden farklı klinik tablolarını böyle adlandıran iki hekim bu hastalığın değişik biçimlerini tanımlamaya yönelmişler, hastalığın kadınlarda daha sık olduğuna ve kalıtımla ilgisi bulunduğuna dikkati çekmişlerdir.

Duygulanımla ilgili (affektif), hastalıkların kapsamlı tanımlaması ve sınıflandırılması önce Kahlbaum, sonra Kraepelin tarafından gerçekleştirilmiştir.

Kahlbaum (1828-1899): Almanya'da “distimi”, “siklotimi” terimlerini tanımlamış ve bu terimlerin kapsamı içine giren duygulanım bozukluklarını sınıflamıştır.

Emil Kraepelin (M.S. 1856-1926): Kendinden önce ve yaşadığı çağda yetişmiş, özellikle Alman ve Fransız hekimlerinin, ruh ve sinir hastalıkları hekimlerinin araştırmalarını, çalışmalarını gözden geçirmiş, değerlendirmiş; dikkatle gözlediği, izlediği hastalardan topladığı verilerle psikiyatride, özellikle adlandırma ve sınıflandırma alanında etkisi günümüzde de süren sonuçlara varmıştır.

Kraepelin, bu amaca ulaşmak için yaptığı çalışmaları ilk kez, 1883 yılında 400 sayfalık özet kitap olarak yayınlamıştır. Bu özet kitap daha sonra her basımında büyüyen, değişen, gelişen, dokuzuncu baskısı yapılan 24-25 sayfalık dört ciltlik Psikiyatri Temel Kitabı durumuna gelmiştir.

Kitabın ilk baskısında Kraepelin, bütün ruh ve sinir hastalıkları ile mani-melankoli psikoza (manicdepressive psychosis) arasında bir ayırım ve tanımlama yapmış; ruh ve sinir hastalıklarının organik nedenleri üzerinde durmuş; hastalığın belirtilerini ve gidişini bu nedenlerin belirlediğini ileri sürmüş, sınıflandırmanın organik nedenlere göre yapılmasının gerekli olduğunu vurgulamıştır.

Bu kitapta, Kraepelin'in hastalıkların sınıflandırılması için kullandığı ölçütler, kendisiyle çağdaş olan ya da kendisinden önce gelen Hecker, Kahlbaum ve Morel gibi Alman; Falret, Magnan, Moreau gibi Fransız ruh ve sinir hastalıkları hekimlerinin sınıflandırmada ve tanımlamada kullandıkları ölçütlerin bileşiminden oluşmuştur. 1895'de Kraepelin daha önce kullanılan kavramları bütünleyerek mani ve melankoliyi yeniden tanımlamıştır. Mani ve melankoli belirtileriyle ortaya çıkan klinik tabloların aynı hastalığın iki ayrı tablosu olduğunu öne sürmüştür. Bu hastalığa manimelankoli psikoza (manik depresif hastalık) adını vermiştir. Hastalığı cins, yaş, kalıtımla ilgi, mizaç, belirtiler, bulgular, klinik tablo, gidiş ve tedavisi bakımından öteki akıl hastalıklarından, özellikle erken bunamadan ayıran ölçütleri getirmiştir.

Hastalığın ruhsal, toplumsal etkenlerden bağımsız ve bağlantısız olarak bedensel, biyolojik, fizyolojik bir etkeni olduğu varsayımını ileri sürmüştür. 1893 yılında Moebius'un ortaya attığı, akıl hastalıklarını nedenleri bakımından eksojen (dış kaynaklı), endojen (iç kaynaklı) olarak ayırma yaklaşımının etkisinde kalan Kraepelin, iç kaynaklı olarak kabul ettiği melankoliye karşılık, dış kaynaklı olarak kabul ettiği ruhsal kaynaklı (psikojen) nevrozları ve bunlara bağlı depresyonları da tanımlamıştır. Kraepelin'le başlayan bu yaklaşım biçiminin etkisi günümüzde de sürmektedir.

ÇAĞDAŞ GÖRÜŞLER

Eugen Bleuler (M.S. 1857-1937): Manik depresif hastalıkların sınırını genişletmiş, bu grup içinde duygudurum değişikliklerine de yer vermiştir.

Sigmund Freud (M.S. 1865-1939): 1917 yılında “Yas ve Melankoli” adlı yapıtında depresyonların psikodinamiği üzerinde durmuş ve depresyonlarda “sevilen

objenin kaybının” önemini belirtmiştir. Freud, bir yandan depresyonlarda ruhsal yaşantının önemini belirtirken, öte yandan depresyonların oluşmasında kimyasal-fizyolojik bir nedenin de rol oynayabileceğini vurgulamıştır.

Adolf Meyer (M.S. 1866-1950): Ruhsal bozukluk ve hastalıkların tanımına ve sınıflandırmasına çok boyutlu, dinamik bir yaklaşım getirmiştir. 1929 yılında Gillespie ruhsal bozukluk ve hastalıkları endojen ve endojen olmayan diye ikiye ayırmıştır. Kraepelin'le başlayan, akıl hastalıklarını nedenlerine göre tanımlayıp sınıflandırma görüşü, daha sonraki sınıflandırmalarda etkisini sürdürmüştür.

1930'da Almanya'da bir komisyon tarafından hazırlanan ve 1933'te Alman Psikiyatri Derneği tarafından kabul edilen Wurzberger sınıflandırması bunlardan biridir. Tanımlama ve sınıflandırmada Kraepelin ve Wurzberger'in yaklaşımı uzun yıllar ABD'de Almanya'da Fransa'da ve öteki Batı ülkelerinde kullanılan sınıflandırmaları etkilemiştir.

1930'lu yıllardan 1960'lı yılların sonuna dek ülkemizde kullanılan Uzman-Aksel sınıflandırması, hastalıkları nedenlerine, oluşum biçimlerine ve klinik tablolarına göre gruplamıştır. “Manimelankoli psikoza” Siklofreni başlığı altında sınıflarken; mani, melankoli ve karışık şekil olarak üç alt başlık altında toplamış, farklı klinik tablolar bulunduğu belirtilmiştir.

Yirminci yüzyılın ikinci yarısından sonra tanımlayıcı psikiyatrinin etkisi azalmıştır. Özellikle ABD'de ruhsal bozukluklar ve hastalıklar birer tepki (reaction) olarak tanımlanıp sınıflanmıştır.

1952 yılında ilk olarak yayınlanan DSM-I Tanı ve İstatistik El Kitabı'nın (Diagnostic and Statistical Manual) ruhsal bozukluk ve hastalıklara yaklaşımı böyle olmuştur. Bu dönemde ABD'deki tanı ve sınıflandırmayla Avrupa'dakiler arasında önemli ayrılıklar ortaya çıkmıştır. Özellikle şizofreni ve mani depresyon reaksiyonu tanı ve sınıflandırmalarında farklı yaklaşım ve yorumlar görülmüştür.

ABD'de şizofrenik reaksiyon tanısı için ölçütler geniş, mani depresyon reaksiyonu tanısı için dar tutulmuş. Avrupa'da bunun tersi yapılmıştır.

1968 yılında yayınlanan DSM-II'de Kraepelin'in yaklaşımı etkili olmuştur. Reaksiyon yaklaşımı bırakılmış, bunun yerine araştırmalara dayanan tanı ölçütleri getirilmiştir.

1980 yılında yayınlanan DSM-III ve 1987'de yayınlanan DSM-III-R bu yaklaşımı sürdürmüş ve tanı ölçütlerine dayanan sınıflandırmaya ağırlık verilmiştir.

1968 yılında Dünya Sağlık Örgütü Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırması (International Classification of Diseases), ICD-8'i 1979'da ICD-9 ve 1987'de ICD-10 taslağını yayınladı. Bu yayınlarda ruhsal bozukluk ve hastalıkları tanımlayan ve sınıflandıran bölümlere yer verilmiştir.

Günümüze kadar yayınlanmış olan DSM'ler ruhsal bozukluklara ve hastalıklara sadece tanı ve sınıflandırma açısından yaklaşmamakta, insanı bedensel, ruhsal ve toplumsal bir bütün olarak ele alıp, gelişim ve çevreye uyum bakımından da yorum getirmektedir. Bunu sağlamak için hastaya beş boyut üzerinde yer alan ölçütlerle (multiaxial system) tanısı konur.

Birinci boyutta ruhsal bozuklukların tanısı; ikinci boyutta gelişme gerilikleri ve kişilik yapısı; üçüncü boyutta bedensel bulgular, hastalıklar; dördüncü boyutta stres; beşinci boyutta hastanın son bir yıl içinde topluma uyumu değerlendirilir.

Günümüzde, ülkemizde de yaygın biçimde kullanılan DSM – IV-TR (2000) 'Duygudurum Bozukluğu' başlığı altında şu tanımları getirmiştir (22,23).

1. Depresif Bozukluklar

- Major Depresif Bozukluk
- Distimik Bozukluk
- Başka Türü Adlandırılmayan Depresif Bozukluk

2. Bipolar Bozukluklar

- Bipolar I Bozukluk
- Bipolar II Bozukluk
- Siklotimik Bozukluk
- Başka Türü Adlandırılmayan Bipolar Bozukluk

3. Diğer Duygudurum Bozuklukları

- Genel tıbbi duruma bağlı duygudurum bozukluğu
- Madde kullanımının yol açtığı duygudurum bozukluğu
- Başka türlü adlandırılmayan duygudurum bozukluğu

2.2.2. Major Depresif Bozukluk DSM IV-TR Tanı Kriterleri

A. İki haftalık bir dönem sırasında, daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte aşağıdaki belirtilerin beşinin veya daha fazlasının bulunması; belirtilerden en az birinin (1) depresif duygudurum ya da (2) ilgi kaybı ya da zevk alamama olması gerekir.

1. Ya hastanın kendi bildirmesi, ya da başkalarının gözlemesi ile belirli, hemen her gün, gün boyu süren depresif duygudurum
2. Hemen her gün yaklaşık gün boyu süren, tüm etkinliklere karşı belirgin ilgi azalması ya da zevk almama
3. Perhizde olmadığı halde önemli ölçüde kilo kaybetme ya da kilo alma ya da iştahta hemen her gün artma ya da azalma olması
4. Hemen her gün uykusuzluk ya da aşırı uyuma
5. Hemen her gün psikomotor retardasyon veya ajitasyon olması
6. Hemen her gün yorgunluk ya da enerji kaybı
7. Hemen her gün değersizlik ya da aşırı uygun olmayan suçluluk duyguları
8. Hemen her gün düşünme ya da yoğunlaşma yetisinde azalma ya da kararsızlık olması
9. Yineleyici ölüm düşünceleri, yineleyici intihar düşünceleri ya da bununla ilişkili bir tasarı olması

B. Bu belirtiler bir karma nöbet (mikst) belirtilerini karşılamamaktadır.

C. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

D. Bu belirtiler bir maddenin (örn: ilaç kötüye kullanımı, tedavi edici ilaç) doğrudan fizyolojik etkilerine ya da genel tıbbi bir duruma bağlı değildir.

E. Bu belirtiler yaşla daha iyi açıklanamaz.

2.2.2.1. Major Depresif Epizod Semptomları (DSM-IV-TR'ye göre)

A- Emosyonel alanda

- 1- Depresif duygudurum (Disfori)
- 2- Hiçbir şeyden zevk alamama (Anhedoni)

B- Vejetatif alanda

- 3- İştahta azalma/artma
- 4- Uykusuzluk/aşırı uyku
- 5- Psikomotor retardasyon/ajitasyon
- 6- Yorgunluk-bitkinlik/enerji kaybı

C- Kognitif alanda

- 7- Suçluluk, değersizlik düşünceleri
- 8- Konsantrasyon güçlüğü
- 9- Ölüm düşünceleridir.

2.2.3. Distimik Bozukluk DSM-IV TR Tanı Kriterleri

A- En az 2 yıl ve hemen her gün yaklaşık gün boyu süren depresif bir duygu durumunun olması.

B- Depresyondayken aşağıdakilerden en az ikisi olmalı:

- 1- İştahsızlık veya aşırı yemek yeme,
- 2- Uykusuzluk veya da aşırı uyku,
- 3- Düşük enerji düzeyi veya yorgunluk,
- 4- Düşük benlik saygısı,
- 5- Düşüncelerini yoğunlaştırma güçlüğü veya karar vermede güçlük,

6- Umutsuzluk duyguları

C- Bu bozukluğun 2 yıllık bir dönemi sırasında kişide, bir seferde 2 aydan daha uzun süren, A ve B maddelerindeki semptomların olmadığı bir dönem hiç olmamalıdır.

D- Bu bozukluğun ilk 2 yılı major depresif epizod geçirilmemiştir. (Yani bu bozukluk kronik major depresif bozukluk ya da kısmi remisyonunda major depresif bozukluk olarak dahi açıklanmamalıdır.)

E- Daha önce bir manik epizod, bir karma epizod, ya da bir hipomanik epizod geçirilmemiştir ve siklotimik bozukluk için tanı ölçütleri hiçbir zaman karşılanmamıştır.

F- Bu bozukluk sadece şizofreni ya da sanrılı bozukluk gibi kronik psikotik bir bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamıştır.

2.2.4. Depresif Bozukluklarda Demografik Özellikler

Depresyon erken çocukluk yıllarından, ileri yaşlara dek her yaşta görülebilen bir bozukluktur. Ancak hastaların %50'sinde başlangıç 20-50 yaşları arasındadır.

Majör depresif bozukluğun ortalama başlangıç yaşı 40 olarak bildirilmiştir (24).

Bazı yayınlarda ise majör depresif bozukluğun başlangıç yaşının 20'li yaşların ortalarında olduğu belirtilmektedir (25,26).

Kadınlarda en sık 35-45 yaşları arasında, erkeklerde 55 yaşından sonra daha sık görüldüğü saptanmıştır (8). Türkiye'de yapılan bir çalışmada depresyon 40 yaşın üzerindeki bireylerde daha yüksek oranda saptanmıştır (27). Yaş arttıkça depresyonun görülme olasılığının arttığını öne süren yayınlar bulunmaktadır (28,29).

Ancak depresyon yaygınlığını etkileyen diğer etkenler kontrol edildiğinde yaşa göre fark kalmadığını ve yaşla birlikte depresyona yatkınlığın artmadığını öne süren yayınlar da bulunmaktadır (30,31,32).

Son yıllarda yapılan çalışmalarda majör depresyonun genç yaşlarda sanıldığından daha çok görüldüğüne dair veriler artmaktadır. ABD'de Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü tarafından yapılan epidemiyolojik alan çalışmalarında ilk epizodun ortalama başlangıç yaşının 20'li yaşlar olduğu saptanmıştır. Bazı yeni epidemiyolojik veriler 20 yaşın altındaki kişilerde majör depresif bozukluğun artmakta olduğunu vurgulamaktadır (24,33)

Distimik bozukluğun ise 64 yaşından daha genç kadınlarda her yaş grubundaki erkeklere göre daha sık görüldüğü öne sürülmektedir (24)

Majör depresif bozukluk tüm dünyada kültür ya da ülkelerden bağımsız olarak kadınlarda erkeklere göre iki kat daha fazla görülmektedir. Cinsiyete göre ortaya çıkan bu farklılık genç ve orta yaşta daha belirgin iken, yaş ilerledikçe iki cins arasındaki fark da azalmaktadır. Kadınlarda depresif bozuklukların daha yüksek oranda görülmesinde; menstrüel siklus gibi normal hormon dalgalanmalarına verilen anormal yanıtlar ya da hamilelik, doğum, hormon veya doğum kontrol ilaçları ve menopoza gibi hormonal etkenlerin rol oynadıkları düşünülmektedir. Kadınlar ve erkekler için psikososyal yüklenmelerin farklılığı, kadına toplum içinde biçilen geleneksel rol ve öğrenilmiş çaresizlik ile ilgili davranış modelleri bu farklılığın nedenleri olarak varsayılmaktadır. Bunun yanında kadınlar depresif belirtileri daha kolay ifade edebilmekte ve tedaviye daha sık başvurumaktadırlar (8,34)

Erişkinlik yaşlarında kadınların distimik bozukluk geçirme riskinin erkeklere göre 2-3 kat daha fazla olduğu öne sürülmektedir.

Son yıllarda yapılan araştırmalardan elde edilen verilere göre, depresif bozukluklarda kadın erkek arasındaki farkın giderek azaldığı görülmektedir. Bu azalmanın gelişmiş toplumlarda kadının sosyoekonomik konumundaki ve geleneksel kadın rolündeki değişimlere bağlı olabileceği düşünülmektedir (8).

Majör depresif bozukluk hiç yakın ilişkisi olmayan, boşanmış veya ayrı yaşayan bireylerde daha yüksek oranlarda izlenmektedir. Eş kaybı, depresyonun ilk epizodu ile ilişkili bulunan önemli bir çevresel stres etkenidir. Yalnız yaşayan annelerde, evli olanlara göre depresyon gelişme riski iki kat daha fazla bulunmuştur.

Ayrı yaşayan, boşanmış veya dul olan bireylerde majör depresif bozukluk yaygınlığının anlamlı oranda yüksek olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir (35-39)

Bekar kadınlar evlenmiş kadınlara göre daha az depresyon riski yaşarken, tam tersine evli erkekler bekar erkeklere göre daha az risk taşımaktadır (24,34)

Evli olmayan, boşanmış veya dul olan bireylerde distimik bozukluk daha sık görülmektedir (24,36,38,40).

Major depresif bozukluk ile sosyoekonomik durum arasında belirgin bir ilişki saptanamamıştır (24).

Depresyonun kırsal kesimde daha yaygın olabileceği öne sürülmüştür (24).

Bunun tam tersine şehirdeki depresyon oranının kırsal kesime göre daha yüksek olduğunu ileri süren araştırmacılar da bulunmaktadır (34,41).

Düşük gelirlili ve genç insanlarda distimik bozukluğun daha sık görüldüğü saptanmıştır (24).

Depresyon olgularında son 6 ay içinde işsiz kalma oranının depresyonu olmayanlara göre 3 kat fazla bulunduğu ileri sürülmektedir. İşsizlik bir risk etkeni olabileceği gibi, depresyon nedeniyle oluşan iş gücü kaybı da işsizliğin bir nedeni olabilir (34,42).

2.2.5. Bipolar Bozuklukta Tanı Ölçütleri ve Klinik Özellikler

DSM-IV TR'ye göre duygudurum dönemleri için tanı ölçütleri aşağıdaki gibi tanımlanmıştır (22).

- Major depresif dönem
- Manik dönem
- Karma (mikst) dönem
- Hipomanik dönem

2.2.5.1. Manik Dönem

A. En az bir hafta süren (hastaneye yatmayı gerektiriyorsa herhangi bir süre) olağandışı ve sürekli yükselmiş taşkın ya da iritabl ayrı bir duygudurum döneminin olması.

B. Duygudurum bozukluğu dönemi sırasında aşağıdaki belirtilerden üçü ya da daha fazlası (duygudurum iritabl ise dördü) bulunur:

1. Benlik saygısında abartılı ölçüde artma ve grandiyözite
2. Uyku gereksiniminde azalma

3. Her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşmayı sürdürmeye zorlama
4. Fikir uçuşmaları
5. Dikkatte çelinebilirlik
6. Amaca yönelik etkinlikte artış ya da psikomotor ajitasyon
7. Kötü sonuçlar doğurma olasılığı yüksek, zevk veren etkinliklere aşırı katılma

C. Bu belirtiler bir karışık nöbet (mikst) belirtilerini karşılamamaktadır

D. Bu duygudurum bozukluğu mesleki işlevsellikte, olağan toplumsal etkinliklerde ya da başkalarıyla olan ilişkilerde belirgin bozulmaya yol açacak veya kendisine, başkalarına zarar vermesini önlemek için hastaneye yatırılacak düzeyde şiddetlidir veya psikotik özellikler gösterir.

E. Bu belirtiler bir maddenin (örn: ilaç kötüye kullanımı, tedavi edici ilaç) doğrudan fizyolojik etkilerine ya da genel tıbbi bir duruma bağlı değildir.

2.2.5.2. Hipomanik Dönem

A. Olağan depresif olmayan duygudurumdan açıkça farklı, en az dört gün devam eden sürekli yükselmiş, taşkın ya da irritabl ayrı bir duygudurum döneminin olması

B. Aşağıdaki belirtilerden üçü ya da daha fazlası (duygudurum irritabl ise dördü) bulunur

1. Benlik saygısında abartılı ölçüde artma ve grandiyözite
2. Uyku gereksiniminde azalma
3. Her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşmayı sürdürmeye zorlama
4. Fikir uçuşmaları
5. Dikkatte çelinebilirlik
6. Amaca yönelik etkinlikte artış, ya da psikomotor ajitasyon

7. Kötü sonuçlar doğurma olasılığı yüksek, zevk veren etkinliklere aşırı katılma

C. Nöbet sırasında kişinin nöbet olmadığı döneme göre belirgin derecede işlevselliğinde değişiklik olur.

D. Duygudurum bozukluğu ve işlevsellikteki değişiklik başkalarının gözlenebilir düzeydedir.

E. Bu duygudurum bozukluğu mesleki işlevsellikte, olağan toplumsal etkinliklerde ya da başkalarıyla olan ilişkilerde belirgin bozulmaya yol açacak veya kendisine, başkalarına zarar vermesini önlemek için hastaneye yatırılacak düzeyde şiddetli değildir veya psikotik özellikler göstermez.

F. Bu belirtiler bir maddenin (örn: ilaç kötüye kullanımı, tedavi edici ilaç) doğrudan fizyolojik etkilerine ya da genel tıbbi bir duruma bağlı değildir.

2.2.5.3. Major Depresif Dönem

A. İki haftalık bir dönem sırasında, daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte aşağıdaki belirtilerin beşinin veya daha fazlasının bulunması; belirtilerden en az birinin (1) depresif duygudurum ya da (2) ilgi kaybı ya da zevk alamama olması gerekir.

1. Ya hastanın kendi bildirmesi, ya da başkalarının gözlemesi ile belirli, hemen her gün, gün boyu süren depresif duygudurum
2. Hemen her gün yaklaşık gün boyu süren, tüm etkinliklere karşı belirgin ilgi azalması ya da zevk almama
3. Perhizde olmadığı halde önemli ölçüde kilo kaybetme ya da kilo alma ya da iştahta hemen her gün artma ya da azalma olması
4. Hemen her gün uykusuzluk ya da aşırı uyuma
5. Hemen her gün psikomotor retardasyon veya ajitasyon olması
6. Hemen her gün yorgunluk ya da enerji kaybı
7. Hemen her gün değersizlik ya da aşırı, uygun olmayan suçluluk duyguları

8. Hemen her gün düşünme ya da yoğunlaşma yetisinde azalma ya da kararsızlık olması

9. Yineleyici ölüm düşünceleri, yineleyici intihar düşünceleri ya da bununla ilişkili bir tasarı olması

B. Bu belirtiler bir karma nöbet (mikst) belirtilerini karşılamamaktadır.

C. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

D. Bu belirtiler bir maddenin (örn: ilaç kötüye kullanımı, tedavi edici ilaç) doğrudan fizyolojik etkilerine ya da genel tıbbi bir duruma bağlı değildir.

E. Bu belirtiler yaşla daha iyi açıklanamaz.

2.2.5.4. Karma (Mikst) Dönem

A. En az 1 haftalık bir dönem boyunca hemen her gün, hem bir manik nöbet, hem de bir major depresif nöbet için tanı ölçütleri (süre dışında) karşılanmıştır.

B. Bu duygudurum bozukluğu mesleki işlevsellikte, olağan toplumsal etkinliklerde ya da başkalarıyla olan ilişkilerde belirgin bozulmaya yol açacak veya kendisine, başkalarına zarar vermesini önlemek için hastaneye yatırılacak düzeyde şiddetlidir veya psikotik özellikler gösterir.

C. Bu belirtiler bir maddenin (örn: ilaç kötüye kullanımı, tedavi edici ilaç) doğrudan fizyolojik etkilerine ya da genel tıbbi bir duruma bağlı değildir.

DSM-IV'de bipolar bozukluklar başlığı altında dört tip bozukluktan söz edilmektedir:

1. Bipolar bozukluk-tip 1

A. Tek manik dönem

B. En son dönem hipomanik

C. En son dönem manik

D. En son dönem karma (mikst)

E. En son dönem depresif

- F. En son dönem belirlenmemiş
- 2. Bipolar bozukluk-tip 2
 - A. En son dönem hipomanik
 - B. En son dönem depresif
- 3. Siklotimik bozukluk
- 4. Başka Türlü Adlandırılmayan (BTA) bipolar bozukluk

2.2.5.5. Bipolar Bozukluk Tip-I DSM-IV TR Tanı Ölçütleri

- A. Daha önceden, en az bir manik dönem ya da karma dönem geçirmiştir.
- B. Depresif dönem geçirilmiştir ya da ilerde ortaya çıkacağı varsayılmaktadır.
- C. Duygudurum dönemleri Şizoaffektif Bozuklukla daha iyi açıklanamaz ve Şizofreni, Şizofreniform Bozukluk, Hezeyanlı Bozukluk ya da Başka Türlü Adlandırılmayan Psikotik Bozukluk üzerine binmiş değildir.
- D. Duygudurum dönemleri madde kullanımı ya da genel tıbbi bir duruma bağlı değildir.
- E. Duygudurum belirtileri kinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da işlevselliğin önemli diğer alanlarda bozulmaya neden olur.

2.2.5.6. Bipolar Bozukluk Tip-II DSM-IV TR Tanı Ölçütleri

- A. En az bir major depresif dönemin ya da geçirilmiş major depresif dönem öyküsünün varlığı.
- B. En az bir hipomanik dönemin ya da geçirilmiş hipomanik dönem öyküsünün varlığı
- C. Manik ya da karma bir dönemin geçirilmemiş olması
- D. Duygudurum dönemleri Şizoaffektif Bozuklukla daha iyi açıklanamaz ve Şizofreni, Şizofreniform Bozukluk, Hezeyanlı Bozukluk ya da Başka Türlü Adlandırılmayan Psikotik Bozukluk üzerine binmiş değildir.

E. Duygudurum dönemleri madde kullanımı ya da genel tıbbi bir duruma bağlı değildir.

F. Duygudurum belirtileri kinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da işlevselliğin önemli diğer alanlarda bozulmaya neden olur.

2.2.5.7. Siklotimik Bozukluk DSM-IV TR Tanı Ölçütleri

A- En az 2 yıl süreli olarak hipomanik semptomlarla giden birçok dönemin ve Major Depresif Epizodun tanı ölçütlerini karşılamayan depresif semptomlarla giden birçok dönemin bulunması.

B- Yukarıda sözü edilen 2 yıllık dönem (çocuk ve ergenlerde 1 yıl) boyunca kişi A tanı ölçütlerinde sıralanan semptomların bulunmadığı, bir seferde 2 aydan daha uzun süren bir dönem geçirmemiştir.

C- Bu bozukluğun ilk 2 yılı boyunca Major Depresif Epizod, Manik epizod, ya da Mixt epizod geçirilmemiştir. (İlk 2 yıldan sonra üzerine binmiş olarak Bipolar I ya da Bipolar II bozukluğu tanısı alabilir.)

D- Bu semptomlar başka hastalıklarla açıklanamaz olmalıdır.

DSM – IV- TR BPB sınıflaması Tablo 1’de gösterilmiştir.

Tablo 1. DSM IV TR (2000); BPB sınıflandırılması

BPB I: Bir ya da daha fazla manik ya da karma (mixt) tip dönem geçirilmesi.
BPB II: En az bir major depresif dönem ile en az bir hipomanik dönemin varlığı
Siklotimik Bozukluk: Manik dönem ölçütlerine ulaşamayan (hipomanik) ve major depresif dönem ölçütlerine ulaşamayan depresif belirtilerin, süregen bir şekilde sürmesi.
Başka Türü Adlandırılmayan BPB: Herhangi özgül bir BPB’nun tanı ölçütlerini karşılamayan, bipolar özellikler gösteren bozukluklar.
Genel Tıbbi Duruma ya da Madde Kullanımına Bağlı Duygudurum Bozukluğu
Başka Türü Adlandırılmayan Duygudurum Bozukluğu: Duygudurumu belirtileriyle giden ancak herhangi özgül bir duygudurum bozukluğunun tanı ölçütlerini karşılamayan bozukluklar.

Duygudurum bozukluklarında, klinik durumlar arasında dönüşümler görülebildiğinden bu bozuklukların tanı sistemlerinde yer aldığı biçimiyle bipolar ve

unipolar gibi kesin sınırlarla ayrılmasının doğru olmadığı düşünülmektedir. Ayrıca, bu ayrımın arada kalan olguları tanımlamada da yetersiz kaldığı üzerinde durulmaktadır. DSM tanı sınıflamaları dışında, bu alanda yapılan çalışmalarda tanı sınıflaması dışında kalan farklı klinik durumlar olduğu da bildirilmiştir. Tanı sistemlerindeki BPB sınıflandırmasına en fazla katkı ve eleştiri Akiskal tarafından yapılmıştır. Akiskal, DSM deki BPB sınıflandırmasını genel anlamda yetersiz olması, bazı noktalarda ise tutucu olması nedeniyle eleştirmektedir. Bipolar ve Unipolar depresyonun aynı şekilde tanımlanmış olması, “ılımlı bipolar” bozuklukların yeterince ele alınmamış olması, karma tip dönemler için depresif ve manik dönem ölçütlerinin tam karşılanmasının gerekmesi, ailede BPB öyküsüne yer verilmemesi ve mizaç özellikleri üzerinde durulmaması Akiskal’ın eleştirdiği bazı noktalardır. Unipolar/bipolar ayrımı arasında hala daha tanımlanmamış duygudurum bozukluklarına dikkat çekmektedir. Kısa depresif dönemle giden kronik hipomanik olan hastalardan, akrabaları arasında BPB olan depresif hastalara kadar yeterince tanımlanmamış klinik durumları bir araya toplamış ve “Bipolar Spektrum” kavramını gündeme getirmiştir. BPB I ve BPB II’ nin dışında farklı klinik özellikleri olan ara gruplar olduğundan söz etmiştir. Sağaltımla ortaya çıkan hipomanik kaymanın BPB olduğu, karma maniler kadar karma depresyonların da varlığı, BPB II’de depresyonun belirgin rolü ve kişilik bozuklukları ile BPB arasındaki ilişki Akiskal’ın üzerinde durduğu diğer konulardır (43). Hipertimik mizaç ve/ veya bipolar aile öyküsü varlığında tekrarlayan depresif dönemlerle giden durumlar için “yalancı unipolar” tanımını kullanmış ve bunların tüm unipolar depresyon hastalarının % 10- 20’sini oluşturduğunu bildirmiştir (44).

Ayrıca hastanın o anlık durumuna göre bir sınıflamada yer almasının yanılığa neden olacağını belirtmektedir. Akiskal’ın sınıflama sistemlerinden farklı olarak öne sürdüğü bipolar spektrum sınıflandırması Tablo 2’de gösterilmiştir.

Tablo 2. Bipolar spektrum, Akiskal ve Pinto'dan değiştirilerek alınmıştır

BPB ½ : Şizobipolar bozukluk
BPB I : Manik- Depresif hastalık.
BPB I ½ : Uzamış hipomani ve depresyon.
BPB II : Spontan hipomanik dönemler ve depresyon.
BPB II ½ : Siklotimiye eklenmiş depresyon.
BPB III : Depresyon ve antidepresan ya da somatik sağaltımla ilişkili hipomani.
BPB III ½ : Madde ve/ veya alkol kullanımıyla ilişkili duygudurum dalgalanmaları.
BPB IV : Hipertimiye eklenen depresyon.

2.2.6. Bipolar Bozuklukta Demografik Özellikler

BPB yaşam boyu yaygınlığı % 0,4-1,6 (ortalama 1,2) arasındadır. Bipolar spektrum olarak ele alındığında, oran % 5'i geçmektedir (45,46,47).

BPB'ta sıklık oranı erkekler için 9-15/100.000, kadınlar için 7.4-30/100.000'dir (47,48,49).

Unipolar depresyonun (UPD), BPB'a oranı 10:1 ile 4:1 arasındadır (50).

Başlangıç yaşı sıklıkla 20 civarındadır. İleri yaşlarda manik dönem daha ender görülür.

İki uçlu I ve iki uçlu II bozukluğun başlangıç yaşı birbirine yakındır (51,52).

İki uçlu duygudurum bozukluğunun depresif dönemlerinin başlangıç yaşı daha ileridir. Ailesel iki uçlu bozukluk öyküsü olan kişilerde ise duygudurum bozuklukları önemli ölçüde erken yaşlarda başlar. İleri yaşlarda daha çok organik beyin hastalıklarına bağlı olarak ortaya çıkmaktadır (53).

İki uçlu I bozukluğun görülme sıklığı açısından cinsiyetler arasında anlamlı fark yoktur, kadın ve erkeklerde eşit oranda görülür. İki uçlu II bozukluk ve 'karma disforik mani', 'kış depresyonu', 'atipik klinik görünümlü iki uçlu depresyon' ve 'hızlı döngülü iki uçlu depresyon' gibi alt tiplerin kadınlarda daha sık görüldüğü bildirilmiştir. İki uçlu duygudurum bozukluğu erkeklerde en sık manik dönemle başlar (51).

Bekâr olmak, boşanmış ya da ayrı yaşıyor olmak iki uçlu duygudurum bozukluğu için risk etkeni olarak kabul edilmektedir. Majör depresif bozukluk ve iki

uçlu duygudurum bozukluğu boşanmış, ayrı yaşayan ya da dul olanlarda daha sık görülür (54).

Birçok çalışmada iki uçlu I bozukluk ile düşük sosyoekonomik düzey arasında zayıf bir ilişki bulunmuştur. İki uçlu II bozuklukta ise gerek eğitim düzeyi gerekse de sosyoekonomik düzey toplum ortalamasının üzerindedir (54).

İki uçlu duygudurum bozukluğu olan hastaların üçte ikisinde düzensiz bir mevsimsel gidiş olmasına rağmen, mani yaz mevsiminde, depresyon ise ilkbahar ve sonbahar mevsimlerinde daha sık görülür. Tekrarlayan duygudurum bozukluğu olan bireylerde %20-25 oranında mevsimsel seyir görülür (54).

2.3. Anksiyete Bozuklukları

2.3.1. Tanım

Anksiyete sözcüğü, sıkışma ve darlık anlamına gelen indogermanik “angh” kökünden türetilmiştir. Değişik dillerde benzer anlamlar ifade etmektedir. Türkçe’de “bunaltı”, “can sıkıntısı” veya “endişe duygusu” olarak tanımlanabilir (55). Uyarıcı bir sinyal olan anksiyete duygusunun asıl amacı yaşamın sürdürülmesini ve tehlikeli uyarıcılarla başa çıkabilmek için uyum davranışının geliştirilebilmesini sağlamaktır.

Bir yere kadar sağlıklı olan bu duygu yaşantısı, kişinin yaşamını, aktivitelerini, sosyal yaşamını ve kişiler arası ilişkilerini olumsuz etkilemeye başlamasıyla birlikte bir ruh sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır (56).

2.3.2. Tarihçe

Hipokratın ruhsal bozukluklarla ilgili metinlerinde korkudan ve “amaçsız anksiyete” (aimless anxiety) olarak adlandırdığı bir durumdan söz ettiği bilinir. Psikiyatrinin rüştünü ilan ettiği 18. yüzyıldan sonra da anksiyete tıbbi metinlerde sıkça rastlanan kavramlardan biri olagelmıştır. 18. yüzyıldan sonra anksiyeteye ilişkin oldukça ciddi tanımlara ve açıklamalara rastlanmaktadır. Örneğin 1800’lü yılların ortalarında Heinrich Neumann’ın anksiyetenin cinsel dürtülerin (ve diğer dürtülerin) doyurulmaması durumunda ortaya çıktığına ilişkin görüşü (Stone, 1997) psikanalitik dönem açıklamaları dikkate alındığında oldukça ilginçtir. Bu görüşü, aynı dönemde, Karl Ideler de, doyurulmamış cinsel arzuların ruhsal rahatsızlıklara kaynak teşkil

edeceğine olan inancı doğrultusunda tekrarlamıştır. 1800'lerin ortalarında Otto Domrich tıbbi psikoloji alanında ilk kez “anksiyete atakları”ndan söz etmiştir. Bu kavram sonradan, Fransız devriminin ardından ortaya çıkan nörosirkülatuar nevrasteni, asker kalbi, hiperventilasyon sendromu gibi tanılarının yerine geçmiştir. Büyük olasılıkla anksiyeteye ve kardiyopulmoner belirtilerle seyreden savaş meydanlarındaki terörle tetiklenen tablolar için kullanılmıştır.

Sigmund Freud anksiyete bozukluklarını yaklaşık 100 yıl önce oldukça ayrıntılı olarak ele almıştır. Freud anksiyete nevrozunu ilk kez ayrı bir sendrom olarak tanımlamış ve 1895 yılında nevrasteniden ayırmıştır. Freud'un Anksiyete nevrozu kavramı oldukça kapsamlı bir kavramdır. Domrich'in tariflediği panik tabloları, yani “anksiyete atakları” da bu kavram içinde yer almaktadır. Freud'un bu betimleyici çalışmaları anksiyete bozukluklarının sınıflamasının bugünkü temellerini oluşturmuştur. Freud'un bu alandaki rolü Kreapelin'in şizofreni ve sınıflamasındaki tarihsel rolüne benzetilebilir. Freud'a göre anksiyete nevrozu 4 büyük sendromu içermektedir: Genel irritabilite, kronik endişeli-korkulu-kaygılı/ansiyöz beklenti, anksiyete atakları ve sekonder fobik kaçınma.

Freud anksiyöz beklentinin anksiyete nevrozunun çekirdek semptomu olduğuna, sinirlilik, kaygı-endişe ve yüzer-gezer anksiyeteyi kapsadığına inanırdı. “Aşırı kaygı” durumu “anksiyöz beklenti” (anxious expectation) terimi altında ilk kez onun tarafından tanımlanmıştır. Kaygıyı, Freud, kronik veya bazen yalın bir halde bazen de aniden ölme korkusu ile birlikte birdenbire bilinç düzeyine çıkan şekliyle, Domrich'in tanımladığı biçimiyle ele almıştır. Freud anksiyete belirtilerini, öncelikle somatik belirtiler olarak, ya yüzer-gezer anksiyete (free-floating anxiety) ile birlikte ya da ani anksiyete nöbetleri ile birlikte tarif eder. Her iki anksiyete durumunda da olası bedensel (somatik) belirtiler ürperme, aritmi, dispne, terleme, bulantı, midede ağırlık hissi, tremor, sık idrara çıkma, artmış iştah, diyare, vertigo, dengesizlik, pareteziler, kabuslar, ağrıya karşı aşırı duyarlılık, cinsel ilgide azalma ve benlik saygısı düşüklüğüdür. Freud kronik kaygı-endişenin basit fobiye, vertigo ve anksiyete ataklarının ise agorafobiye yol açtığına inanmaktadır. Ayrıca Freud anksiyete nevrozunun sıklıkla diğer nevrozlarla bir arada oluşunu farketmiştir. Bu tablolara “karışık nevroz” (mixed neurosis) ismini vermiştir. Nevrasteni, histeri semptomlarının ve obsesyonların anksiyete nevrozuna en çok eşlik

eden semptomlar olduğunu gözlemlemiştir. Freud yüzer-gezer anksiyeteyi ve kronik endişe halini anksiyete nöbetlerinden ayırmamıştır.

Gerek 1952 yılında yayımlanan DSM-I ve gerekse 1968 yılında yayımlanan DSM-II, nevroz kavramını anksiyete bozukluklarının yapılandırılmasında organize edici temel kavram olarak ele almıştır. DSM-I'den DSM-II'ye geçişte ortaya çıkan en büyük değişiklik DSM-I'de şizofreniyi de kapsayacak biçimde tüm tanılara uygulanan reaksiyon teriminin DSM-II'de ortadan kaldırılması olmuştur. DSM-I ve DSM-II, her ikisi birden psikoanalitik kuram ve pratiğinden oldukça etkilenmişlerdir. 1960 ve 1970'li yıllarda özellikle klinik araştırmalarla meşgul olan psikiyatristler DSM-I ve DSM-II'nin sağladığı tanı sisteminden giderek uzaklaşmaya ve bilimsel temeli olmadığını düşündükleri tanıları kullanmamaya başlamışlardır. Bu tanıların yerine başlangıç yaşı, semptom paternleri gibi parametreleri daha iyi resimleyen betimsel tanımlar denemeye başlamışlardır. 1972 yılında "Psikiyatrik Araştırmalarda Kullanım için Tanı Kriterleri" başlığı ile yeni ufuklar açan makale yayınlanmıştır (Feighner ve ark 1972). Bu makalenin hemen ardından Araştırma Tanı Kriterleri (Research Diagnostic Criteria-RDC) geliştirilmiştir.

1980 yılı sınıflama sistemi üzerinde çalışan iki karşıt grup arasındaki büyük tartışmalar sonrası DSM-III'ün yayınlandığı yıl olmuştur. DSM-III'de Viyana, yani Freud etkisini yitirmiş, entellektüel anlamda Kreapelin'den esinlenen St. Louis grubu ağırlığını koymuştur. DSM-IV'e gelinceye kadar DSM-I'den itibaren anksiyete bozukluklarını barındıran "nevrotik reaksiyonlar" olarak anılan bozukluklar kategorisinde nevroz ve reaksiyon terimleri parantez içlerinde ek olarak verilen isimler halinde de olsa yerlerini bir biçimde korumuşlardır. Nihayet DSM-IV'de bu terimler ortadan kalkmıştır.

2.3.3. Anksiyete Bozukluklarının DSM-IV TR'ye Göre Sınıflandırılması

Ülkemizde sık olarak kullanılan ve bizim de araştırmamızda yararlandığımız sınıflandırma sistemi olan DSM-IV'e göre anksiyete bozuklukları şunlardır:

- Agorafobi Olmadan Panik Bozukluğu
- Agorafobi İle Birlikte Panik Bozukluğu
- Panik Bozukluğu Öyküsü Olmadan Agorafobi

- Özgül Fobi
- Sosyal Fobi
- Obsesif Kompulsif Bozukluk
- Travma Sonrası Stres Bozukluğu
- Akut Stres Bozukluğu
- Yaygın Anksiyete Bozukluğu
- Genel Tıbbi Duruma Bağlı Anksiyete Bozukluğu ve Madde Kullanımının Yol Açtığı Anksiyete Bozukluğu
- Başka Türü Adlandırılmayan Anksiyete Bozukluğu

2.3.3.1. Agorafobisiz Panik Bozukluğu DSM-IV TR Tanı Kriterleri

A- Aşağıdakilerden hem (1), hem de (2) vardır:

(1)- Yineleyen beklenmedik panik atakları

(2)- Ataklardan en az birini, 1 ay süreyle (ya da daha uzun bir süre) aşağıdakilerden biri (ya da daha fazlası) izler:

- Başka atakların da olacağına ilişkin sürekli bir kaygı
- Atağın yol açabilecekleri ya da sonuçlarıyla ilgili olarak üzüntü duyma
- Ataklarla ilişkili olarak belirgin bir davranış değişikliği gösterme

B- Agorafobinin olmaması

C- Panik atakları bir maddenin ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

D- Panik atakları, sosyal fobi, özgül fobi, obsesif kompulsif bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu ya da ayrılma anksiyetesi bozukluğu gibi başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

2.3.3.2. Agorafobili Panik Bozukluğu DSM-IV TR Tanı Kriterleri

Aşağıdakilerden hem (1), hem de (2) vardır:

(1) Yineleyen beklenmedik panik atakları

(2) Ataklardan en az birini, 1 ay süreyle (ya da daha uzun bir süre) aşağıdakilerden biri (ya da daha fazlası) izler:

- Başka atakların da olacağına ilişkin sürekli bir kaygı
- Atağın yol açabilecekleri ya da sonuçlarıyla ilgili olarak üzüntü duyma
- Ataklarla ilişkili olarak belirgin bir davranış değişikliği gösterme

B- Agorafobinin olması

C- Panik atakları bir maddenin ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

D- Panik atakları, sosyal fobi, özgül fobi, obsesif kompulsif bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu ya da ayrılma anksiyetesi bozukluğu gibi başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

2.3.3.3. Agorafobi DSM-IV TR Tanı Kriterleri

A- Panik benzeri semptomlar (örn: baş dönmesi ya da diyare) ortaya çıkacağı korkusu ile ilişkili olarak agorafobinin varlığı

B-Tanı ölçütleri Panik Bozukluğunun tanı ölçütlerini hiçbir zaman karşılamamıştır.

C- Bu bozukluk bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

D- Eşlik eden genel tıbbi bir durum varsa, A tanı ölçütünde tanımlanan korku genelde bu duruma eşlik eden korkudan çok daha fazladır.

2.3.3.4. Yaygın Anksiyete Bozukluğu DSM-IV TR Tam Kriterleri

A- En az 6 ay süreyle hemen her gün ortaya çıkan, bir çok olay ya da etkinlik hakkında (işte ya da okulda başarı gibi) aşırı anksiyete ve kaygı (endişeli beklentiler) duyma (evham).

B- Kişi kaygısını kontrol etmeyi zor bulur.

C- Anksiyete ve kaygı, aşağıdaki altı semptomdan üçüne (ya da daha fazlasına) eşlik eder (son 6 ay boyunca hemen her zaman en azından bazı semptomlar bulunur).

- Huzursuzluk, aşırı heyecan duyma ya da endişe
- Kolay yorulma
- Düşüncelerini yoğunlaştırmada zorluk çekme ya da zihnin durmuş gibi olması
- İrritabilite
- Kas gerginliği
- Uyku bozukluğu (uykuya dalmakta ya da sürdürmekte güçlük çekme ya da huzursuz ve dinlendirmeyen uyku)

D- Anksiyete ve kaygı odağı bir Eksen I bozukluğunun özellikleri ile sınırlı değildir, örn. anksiyete ve kaygı bir panik atağı olacağı (panik bozukluğunda olduğu gibi), genel bir yerde utanç duyacağı (sosyal fobide olduğu gibi), hastalık bulaşmış olma (obsesif kompulsif bozuklukta olduğu gibi), evden ya da akrabalarından uzak kalma (ayrılma anksiyetesi bozukluğunda olduğu gibi), kilo alma (anoreksiya nervozada olduğu gibi), bir çok fizik yakınmanın olması (somatizasyon bozukluğunda olduğu gibi) ya da ciddi bir hastalığının olması (hipokondriazisde olduğu gibi) ile ilgili değildir ve anksiyete ve üzüntü sadece travma sonrası stres bozukluğu sırasında ortaya çıkmamaktadır.

E- Anksiyete, kaygı ya da fizik yakınmalar klinik açıdan belirgin bir strese ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

F- Bu bozukluk bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun (örn. hipertroidizm) doğrudan

fizyolojik etkilerine bağılı değildir ve sadece bir duygudurum bozukluğu, psikotik bir bozukluk ya da yaygın bir gelişimsel bozukluk sırasında ortaya çıkmamaktadır.

2.3.3.5. Obsesif Kompulsif Bozukluk DSM-IV TR Tanı Kriterleri

A- Obsesyonlar ya da kompülsiyonlar vardır:

Obsesyonlar aşağıdakilerden (1), (2), (3) ve (4) ile tanımlanır:

(1)-Bu bozukluk sırasında kimi zaman istenmeden gelen ve uygunsuz olarak yaşanan ve belirgin anksiyete ya da sıkıntıya neden olan, yineleyici ve sürekli düşünceler, dürtüler ya da düşlemler.

(2)-Düşünceler, dürtüler ya da düşlemler sadece gerçek yaşam sorunları hakkında duyulan aşırı üzüntüler değildir.

(3)-Kişi bu düşüncelere, dürtülere ya da düşlemlerine önem vermemeye ya da bunları baskılamaya çalışır ya da başka bir düşünce ya da eylemle bunları etkisizleştirmeye çalışır.

(4)-Kişi obsesyon düşüncelerini, dürtülerini ya da düşlemlerini kendi zihninin bir ürünü olarak görür (düşünce sokulmasında olduğu gibi değildir).

Kompülsiyonlar aşağıdakilerden (1) ve (2) ile tanımlanır:

(1)- Kişinin, obsesyona bir tepki olarak ya da katı bir biçimde uygulanması gereken kurallarına göre yapmaktan kendini alıkoyamadığı yineleyici davranışlar (örn: el yıkama, düzene koyma, kontrol etme) ya da zihinsel eylemler (örn.dua etme, sayı sayma, birtakım sözcükleri sessiz bir biçimde söyleyip durma).

(2)- Davranışlar ya da zihinsel eylemler, sıkıntıdan kurtulmaya ya da var olan sıkıntıyı azaltmaya ya da korku yaratan olay ya da durumdan korunmaya yöneliktir; ancak bu davranışlar ya da zihinsel eylemler ya etkisizleştirilmesi ya da korunulması tasarlanan şeylerle gerçekçi bir biçimde ilişkili değildir ya da açıkça çok aşırı düzeydedir.

B- Bu bozukluğun gidişi sırasında bir zaman kişi obsesyon ya da kompülsiyonlarının aşırı ya da anlamsız olduğunu kabul eder.

C- Obsesyon ya da kompülsiyonlar belirgin bir sıkıntıya neden olur, zamanın boşa harcanmasına yol açar (günde 1 saatten daha uzun zaman alırlar) ya da kişinin olağan günlük işlerini, mesleki (ya da eğitimle ilgili) işlevselliğini ya da olağan toplumsal etkinliklerini ya da ilişkilerini önemli ölçüde bozar.

D- Başka bir Eksen I bozukluğu varsa, obsesyon ya da kompülsiyonların içeriği bununla sınırlı değildir (örn. bir yeme bozukluğunun olması durumunda yemek konusu üzerinde düşünüp durma; trikotillomaninin olması durumunda saç çekme üzerinde durma; vücut dismorfik bozukluğunun olması durumunda dış görünümle aşırı ilgilenme; bir madde kullanım bozukluğunun olması durumunda ilaçlar üzerinde düşünüp durma; hipokondriazisin olması durumunda ciddi bir hastalığı olduğu biçiminde düşünüp durma; bir parafilinin olması durumunda cinsel dürtüler ya da fanteziler üzerinde düşünüp durma ya da majör depresif bozukluk olması durumunda suçluluk üzerine geniş getirircesine düşünme).

E- Bu bozukluk bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç ya da tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

Varsa belirtiniz:

İçgörüsü az olan: O sıradaki epizodda çoğu zaman kişi obsesyon ya da kompülsiyonlarının aşırı ya da anlamsız olduğunu kabul etmiyorsa.

2.3.3.6. Sosyal Fobi DSM-IV TR Tanı Kriterleri

A- Tanımadık insanlarla karşılaştığı ya da başkalarının gözünün üzerinde olabileceği, bir ya da birden fazla toplumsal ya da bir eylemi gerçekleştirdiği durumdan belirgin ve sürekli bir korku duyma. Kişi, küçük duruma düşeceği ya da utanç duyacağı bir biçimde davranacağından korkar (ya da anksiyete belirtileri gösterir).

B- Korkulan toplumsal durumla karşılaşma hemen her zaman anksiyete doğurur, bu da duruma bağlı ya da durumsal olarak yatkınlık gösterilen bir Panik Atağı biçimini alabilir.

C-Kişi, korkusunun aşırı ya da anlamsız olduğunu bilir.

D- Korkulan toplumsal ya da bir eylemin gerçekleştirildiği durumlardan kaçınılır ya da yoğun anksiyete ya da sıkıntıyla bunlara katlanılır.

F- Kaçınma, anksiyöz beklenti ya da korkulan toplumsal ya da bir eylemin gerçekleştirildiği durumlarda sıkıntı duyma, kişinin olağan günlük işlerini, mesleki (ya da eğitimle ilgili) işlevselliğini, toplumsal etkinliklerini ya da ilişkilerini bozar ya da fobi olacağına ilişkin belirgin bir sıkıntı vardır.

G- 18 yaşın altındaki kişilerde süresi en az 6 aydır.

H-Korku ya da kaçınma bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir ve başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz (örn.agorafobi ile birlikte ya da olmadan panik bozukluğu, ayrılma anksiyetesi bozukluğu, vücut dismorfik bozukluğu, yaygın bir gelişimsel bozukluk ya da şizoid kişilik bozukluğu).

I- Genel tıbbi bir durum ya da başka bir mental bozukluk varsa bile A tanı ölçütünde sözü edilen korku bununla ilişkisizdir, örn. korku, kekemelik, Parkinson hastalığındaki titreme ya da anoreksiya nervoza ya da bulimia nervozadaki yemek yeme davranışı ile ilişkili değildir.

2.3.3.7. Özgül Fobi DSM-IV TR Tanı Kriterleri

A- Özgül bir nesne ya da durumun (örn. uçakla seyahat etme, yüksek yerler, hayvanlar, enjeksiyon yapılması, kan görme) varlığı ya da böyle bir durumla karşılaşacak olma beklentisi ile başlayan aşırı ya da anlamsız, belirgin ve sürekli korku.

B- Fobik uyarılarla karşılaşma hemen her zaman birden başlayan bir anksiyete tepkisi doğurur, bu da duruma bağlı ya da durumsal olarak yatkınlık gösterilen bir Panik Atağı biçimini alabilir.

C- Kişi, korkusunun aşırı ya da anlamsız olduğunu bilir.

D- Fobik durum(lar)dan kaçınılır ya da yoğun anksiyete ya da sıkıntıyla bun(lar)a katlanılır.

E- Kaçınma, anksiyöz beklenti ya da korkulan durum(lar)da sıkıntı duyma, kişinin olağan günlük işlerini, mesleki (ya da eğitimle ilgili) işlevselliğini, toplumsal

etkinliklerini ya da ilişkilerini bozar ya da fobi olacağına ilişkin belirgin bir sıkıntı vardır.

F- 18 yaşının altındaki kişilerde süresi en az 6 aydır.

G-Özgül bir nesne ya da duruma eşlik eden anksiyete, panik atakları ya da fobik kaçınma, obsesif kompulsif bozukluk (örn. bulaşma ile ilgili obsesyonu olan birinin kir ve pislikten kaçınması), travma sonrası stres bozukluğu (örn. ağır bir stres etkenine eşlik eden uyarılardan kaçınma), ayrılma anksiyetesi bozukluğu(örn. okula gitmekten kaçınma), agorafobili panik bozukluğu ya da panik bozukluğu öyküsü olmadan agorafobi gibi başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

Tipini Belirtiniz:

Hayvan Tipi: Korkuyu hayvanlar ya da böcekler başlatıyorsa. Bu alt tip genellikle çocuklukta başlar

Doğal Çevre Tipi: Korkuyu, fırtına, yüksek yerler ya da su gibi doğal çevredeki nesnelere başlatıyorsa. Bu alt tip genellikle çocuklukta başlar.

Kan-Enjeksiyon-Yara Tipi: Korkuyu, toplu taşıma araçlarında bulunma, tüneller, köprüler, asansörler, uçakla uçuş, araba kullanma ya da kapalı yerler gibi özgül bir durum başlatıyorsa. Bu alt tipin başlangıç yaşı dağılımı iki kez doruğa ulaşır; birinci doruk çocuklukta, diğer doruk yirmili yaşların ortalarında olur. Bu alt tip, cinsiyetler arası oran, bazı ailelerde çok daha fazla görülme ve başlangıç yaşı özellikleriyle Agorafobili Panik Bozukluğuna benzerlik göstermektedir.

Diğer Tip: Korkuyu diğer uyarılar başlatıyorsa. Bu uyarılar, soluğun kesilmesinden, kusmaktan ya da bir hastalığa yakalanmaktan korkmaya neden olabilir; “boşluk” fobisi (yani kişi duvarlardan ya da diğer fiziksel destek kaynaklarından uzak durursa aşağı düşecek olmaktan korkar) ve çocukların yüksek seslerden ya da özel giysili masal kahramanlarından korkması.

2.3.3.8. Travma Sonrası Stres Bozukluğu DSM-IV TR Tanı Kriterleri

A- Aşağıdakilerden her ikisinin de bulunduğu bir biçimde kişi travmatik bir olayla karşılaşmıştır:

- Kişi, gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma ya da kendisinin ya da başkalarının fizik bütünlüğüne bir tehdit olayını yaşamış, böyle bir olaya tanık olmuş ya da böyle bir olayla karşı karşıya gelmiştir.
- Kişinin tepkileri arasında aşırı korku, çaresizlik ya da dehşete düşme vardır.

B- Travmatik olay aşağıdakilerden biri (ya da daha fazlası) yoluyla sürekli olarak yeniden yaşanır.

- Olayın, elde olmadan tekrar tekrar anımsanan sıkıntı veren anıları; bunların arasında düşlemler, düşünceler ya da algılar vardır.
- Olayı, sık sık, sıkıntı veren bir biçimde rüyada görme.
- Travmatik olay sanki yeniden oluyormuş gibi davranma ya da hissetme (uyanmak üzere iken ya da sarhoşken ortaya çıkıyor olsa bile, o yaşantıyı yeniden yaşıyor gibi olma duygusunu, illüzyonları, halüsinasyonları ve dissosiyatif “flashback” epizodlarını kapsar).
- Travmatik olayın bir yönünü çağrıştıran ya da andıran iç ya da dış olaylarla karşılaşma üzerine yoğun bir psikolojik sıkıntı duyma.
- Travmatik olayın bir yönünü çağrıştıran ya da andıran iç ya da dış olaylarla karşılaşma üzerine fizyolojik tepki gösterme.

C-Aşağıdakilerden üçünün (ya da daha fazlasının) bulunması ile belirli, travmaya eşlik etmiş olan uyaranlardan sürekli kaçınma ve genel tepki gösterme düzeyinde azalma (travmadan önce olmayan).

- Travmaya eşlik etmiş olan düşünce, duygu ya da konuşmalardan kaçınma çabaları
- Travma ile ilgili anıları uyandıran etkinlikler, yerler ya da kişilerden uzak durma çabaları
- Travmanın önemli bir yönünü anımsayamama

- Önemli etkinliklere karşı ilginin ya da bunlara katılımın belirgin olarak azalması
- İnsanlardan uzaklaşma ya da insanlara yabancılaştığı duyguları
- Duygulanımda kısıtlılık (örn. sevme duygusunu yaşayamama)
- Bir geleceği kalmadığı duygusunu taşıma (örn. bir mesleği, evliliği, çocukları ya da olağan bir yaşam süresi olacağı beklentisi içinde olmama)

D- Aşağıdakilerden ikisinin (ya da daha fazlasının) bulunması ile belirli, artmış uyarılmışlık semptomlarının sürekli olması:

- Uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte güçlük
- İrritabilite ya da öfke patlamaları
- Düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırmada zorluk çekme
- Hipervijilans
- Aşırı irkilme tepkisi gösterme

E- Bu bozukluk (B, C ve D tanı ölçütlerindeki semptomlar) 1 aydan daha uzun sürer.

F-Bu bozukluk, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da işlevselliğin önemli diğer alanlarında bozulmaya neden olur.

Varsa belirtiniz:

Akut: Semptomlar 3 aydan daha kısa sürerse.

Kronik: Semptomlar 3 ay ya da daha uzun sürerse.

Varsa belirtiniz:

Gecikmeli başlangıçlı: Semptomlar, stres etkeninden en az 6 ay sonra başlamışsa

2.3.4. Anksiyete Bozukluklarında Demografik Özellikler

Yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) yaşam boyu prevalansı % 4.1-6.6 arasında değişmektedir. Diğer anksiyete bozuklukları ile karşılaştırıldığında en sık tanı alan

hastalık gurubu YAB'dur. Kadınlarda ve 30 yaşından genç kimselerde daha sık olduğu bilinmektedir. Panik Bozukluk erkeklere kıyasla kadınlarda daha sık görülür. Agorafobik bireylerde kadın/erkek oranı 3/1, agorafobi bulunmayan bireylerde kadın/erkek oranı 2/1'dir. Bu bozukluğun yaygınlığının en yüksek olduğu dönem 15-24 yaş gurubudur. Özgül fobi çocuklarda anksiyete, ağlama, huysuzluk gösterme, donakalma, sıkıca sarılma olarak dışa vurulabilir. Yaşam boyu görülme sıklığı % 11 civarındadır. Kadınlarda erkeklere oranla iki kat fazla görülmekle birlikte, cinsiyet farklılığı özgül fobinin her alt tipi için geçerli değildir. Özgül fobinin kadınlarda daha sık olmasında erkeklerin korkularını gizlemelerinin etkisi vardır. Başlangıç yaşı 16 civarındadır. Hayvan, doğal çevre ve kan-enjeksiyon-yara alt tipleri erken, durumsal ve yükseklik alt tipleri ise daha geç başlama eğilimindedir. Fobinin yaygınlığı yaşa göre de değişkenlik gösterebilir. En sık 15-54 yaşları arasındadır ve bu yaş gurubunun % 7.9 – 8.8'ini etkilemektedir. Sosyal fobinin yaşam boyu görülme prevalansı ABD'de yapılmış olan epidemiyolojik ve topluma dayalı çalışmalarda % 2.4 – 13 arasında saptanmıştır. Sosyal fobi tanısı almış hastalar genellikle genç, bekar, kadın, eğitim ve gelir düzeyi düşük ve düzenli işi olmama eğilimi gösteren hastalardır. Kadın erkek oranı 3/2'dir. Obsesif kompulsif bozukluğun bir yıllık prevalansı % 1.5, yaşam boyu prevalansı ise % 2.5 dolaylarındadır. Çalışmaların bir kısmı erişkinlerde cinsiyet farkı olmadığını göstermekteyken; bazı çalışmalara göre kadınlarda daha sık görülmektedir. Ortalama başlangıç yaşı 21'dir. Hastaların % 65'inde bozukluk 25 yaşından önce, % 15 kadarında 35 yaşından sonra başlamaktadır. Travma sonrası stres bozukluğunun yaşam boyu prevalansı % 1-12.3 arasında tahmin edilmektedir. Son çalışmalarda kadın erkek oranının 2/1 olduğu ileri sürülmektedir. Sosyoekonomik düzey ve eğitim seviyesindeki düşüklük risk faktörleridir (57).

2.4. Alkol ve Madde Kullanımına Bağlı Bozukluklar

2.4.1. Tanım

Psikiyatri'de psikoaktif madde, kötüye kullanım ve bağımlılığa yol açabilecek, duygulanım, algılama, biliş ve diğer beyin işlevlerinde bir değişiklik yaratan her türlü kimyasal madde olarak tanımlanabilir. Bunlar; esrar, eroin, kokain gibi reçete ile verilemeyen yasadışı maddeler olabileceği gibi, amfetaminler, benzodiazepinler, diğer sedatif-hipnotik ilaçlar gibi yasal düzenlemeler çerçevesinde reçete ile verilen ilaçlar ya

da yasal denetimlere tabi olmayan veya satışlarında kısmi düzenlemeler olan uçucular, tütün (nikotin), kahve (kafein) ve alkol (etanol) gibi maddelerdir (55).

2.4.2. Tarihçe

Alkol ve alkol dışı maddeleri kullanma alışkanlığı, Taş Devri kültürlerinin 20. yüzyıla kadar yaşayan kalıntılarından elde edilen ipuçlarına göre paleolitik çağa kadar uzanmaktadır. Milattan önce Hamurabi kanunlarında alkol ticareti anlatılmıştır. Alkol kullanımı ilk çağlardan beri kimi zaman kabul görmüş, kimi zaman yasaklanmıştır. Bazı dinlerde kullanımı yasaklandığı halde, bazı dinlerde yasak getirilmemiş hatta dinsel törenlerde kullanılmıştır. Anadolu, Mezopotamya, Mısır ve Akdeniz bölgelerinde birçok toplumun alkol kullandıkları ve ticaretini yaptıkları kayıtlara geçmiştir. Eski Yunanlılarda 'Dionysos' veya Romalılarda 'Bakkhos' içki tanrıları olarak bilinir ve adlarına düzenlenen törenlerde içki içilirmiş. Aynı çağlarda alkol kullanımını kanunlarla yasaklayan kültürler de vardır. Örneğin, Atina'da rahatlıkla kullanılıp Dionysos adına şölenler düzenlenirken, Isparta'da Solon'un koymuş olduğu kanunlarla yasaklanmış, sarhoşlar sokakta teşhir edilmiş, alkollü iken suç işleyenler idam cezasına çarptırılmıştır.

Bu tepkiler zaman zaman birçok toplumda görülmüştür. En son olarak 1878'de Kanada'da, 1919- 1934 yılları arasında Amerika'da alkollü içkilerin üretimi ve tüketimi yasaklanmıştır. Osmanlı padişahları arasında IV. Murat döneminde, alkol, afyon, tütün yasaklanmış, içenlere ölüm dahil çok ağır cezalar verilmiştir.

Alkol asırlarca tıpta da kullanılmıştır, fakat 17. yüzyıldan itibaren giderek büyük ölçüye varan kötüye kullanım maddesi olmuştur. Tarih boyunca Hipokrat'tan başlayarak pek çok hekim alkollü içkilerin insan sağlığına zararından söz etmişlerdir.

Günümüzde bazı ülkelerde alkolü yasaklayıcı tutum, devlet politikası olarak devam etmektedir (55,58).

2.4.3. DSM-IV TR'ye Göre Sınıflandırılması

Madde kullanımı ile ilişkili bozukluklar, DSM-IV'de, her bir madde ayrı kategori oluşturmak üzere başlıca iki ana başlık altında sınıflandırılmaktadır:

1. Madde Kullanım Bozuklukları:

- a) Madde Bağımlılığı
- b) Madde Kötüye Kullanımı

2. Madde Kullanımına Bağlı Olarak Ortaya Çıkan Bozukluklar: Bu başlık altında entoksikasyon, yoksunluk, entoksikasyon deliryumu, demans, kalıcı amnestik bozukluk, psikotik bozukluk, duygudurum bozukluğu, anksiyete bozukluğu, cinsel işlev bozukluğu ve uyku bozukluğu yer almaktadır (59).

2.4.3.1. Alkol Bağımlılığının DSM-IV'e Göre Tanı Ölçütleri

Klinik olarak belirgin bir bozulmaya ya da sıkıntıya yol açan, 12 aylık bir dönem içinde herhangi bir zamanda ortaya çıkan, aşağıdakilerden üçü (ya da daha fazlası) ile kendini gösteren, uygunsuz alkol kullanım örüntüsü:

1. Aşağıdakilerden biri ile tanımlandığı üzere direnç artımı olması:
 - a. Entoksikasyon ya da istenen etkiyi sağlaması için belirgin olarak artmış miktarlarda alkol kullanma gereksinimi.
 - b. Sürekli olarak aynı miktarda alkol kullanımı ile belirgin olarak azalmış etki sağlanması.
2. Aşağıdakilerden biri ile tanımlandığı üzere yoksunluk gelişmiş olması:
 - a. Alkole özgü yoksunluk sendromu.
 - b. Yoksunluk semptomlarından kurtulmak ya da kaçınmak için alkol alımı.
3. Alkol çoğu kez tasarlandığından daha yüksek miktarlarda ya da daha uzun bir dönem süresince alınır.
4. Alkol kullanımını bırakmak ya da denetim altına almak için sürekli bir istek ya da boşa çıkan çabalar vardır.
5. Alkolü sağlamak, alkol kullanmak ya da alkolün etkilerinden kurtulmak için çok fazla zaman harcama.
6. Alkol kullanımı yüzünden önemli toplumsal, mesleki etkinlikler ya da boş zamanları değerlendirme etkinlikleri bırakılır ya da azaltılır.

7. Alkolün neden olmuş ya da alevlendirmiş olabileceği, sürekli olarak var olan ya da yineleyici bir biçimde ortaya çıkan fizik ya da psikolojik bir sorununun olduğu bilinmesine karşın alkol kullanımı sürdürülür.

2.4.3.2. Madde Bağımlılığının DSM-IV'e Göre Tanı Ölçütleri

A- Maddenin bireyin uyumunu bozacak, klinik olarak belirgin rahatsızlığa yol açacak biçimde kullanılması ve 12 aylık bir süre içerisinde herhangi bir zamanda aşağıdakilerden üçünün bulunması:

1. Tolerans: Bireyin istediği etkiyi hissedebilmek için maddeyi giderek artan dozlarda alması, yüksek dozlara dayanma gücünün artmasıdır.

2. Yoksunluk (Kesilme): Kullanılmakta olan madde birdenbire kesilirse bazı fizyolojik belirtilerin ortaya çıkması ve bunları gidermek için maddeye gereksinim duyma.

3. Maddenin tasarlandığından çok daha fazla miktarlarda ve daha uzun bir süre alınması.

4. Madde kullanımına son vermek ya da bunu denetim altına almak için sürekli bir şekilde istek hissetme ve birçok kez bırakma girişiminde bulunma.

5. Maddeyi elde etmek için ve madde etkisi altında çok zaman harcama.

6. Kişinin günlük işlerini yerine getirmesi beklenen zamanlarda madde etkisi altında olma ve bunları yerine getiremememe.

7. Madde kullanımının neden olduğu sosyal, ruhsal veya bedensel bir sorunun varlığına rağmen maddeyi kullanmayı sürdürüyor olma.

2.4.3.3. Alkol Kötüye Kullanımının DSM-IV'e Göre Tanı Ölçütleri

A.12 aylık bir dönem içinde ortaya çıkan, aşağıdakilerden biri (ya da birden fazlası) ile kendini gösterdiği üzere, klinik açıdan belirgin bozulmaya ya da sıkıntıya yol açan uygunsuz alkol kullanımı örüntüsü:

1. İşte, okulda ya da evde alması beklenen başlıca sorumlulukları alamama ile sonuçlanan yineleyici biçimde alkol kullanımı (örn. alkol kullanımı ile ilişkili olarak sık

sık işe gitmemeler ya da işte başarı gösterememe; okula gitmemeler, okulu asmalar ya da okuldan kovulmalar; eş ya da çocuklara gereken ilgi ve özenin gösterilmemesi).

2. Fiziksel olarak tehlikeli durumlarda yineleyici biçimde alkol kullanımı (örn. alkol kullanımını yarattığı bozukluklar sırasında araba kullanma ya da bir makineyi işletme).

3. Alkolle ilişkili, yineleyici biçimde ortaya çıkan yasal sorunlar (örn. alkolle ilişkili davranım bozukluğuna bağlı tutuklanmalar).

4. Alkolün etkilerinin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici toplumsal ya da kişilerarası sorunlara karşın sürekli alkol kullanımı (örn. eşle tartışmalar, kavgalar, fiziksel saldırı).

B. Bu semptomlar, alkol bağımlılığının ölçütlerini hiçbir zaman karşılamamıştır.

2.4.3.4. Madde Kötüye Kullanımının DSM-IV'e Göre Tanı Ölçütleri

A. Maddenin uyumu bozacak, klinik olarak belirgin bir rahatsızlığa yol açacak biçimde kullanılması ve 12 aylık bir süre içinde aşağıdaki ölçütlerden biri ya da daha fazlasının bulunması:

1. Kişinin işte, evde veya okuldaki yükümlülüklerini sürdürmesini önleyecek şekilde yineleyici biçimde madde kullanması.
2. Fiziksel tehlike yaratabilecek durumlarda (örn. araç kullanırken) madde etkisi altında olma ve bu durumun tekrar tekrar olması.
3. Madde kullanımı ile ilişkili olarak yasal sorunların varlığı.
4. Madde kullanımı sosyal yaşamda ve kişinin yakınlarıyla ilişkisinde yineleyici ve kalıcı sorunlara yol açmış olmasına rağmen madde kullanımını sürdürme.

B. Bu madde için kişinin bağımlılık tanısını almamış olması.

Söz konusu maddeler ise, DSM-IV' de ilki alkol olmak üzere şöyle sıralanmıştır:

1. Amfetamin,
2. Kafein,

3. Kannabinol (Esrar),
4. Kokain,
5. Hallüsinojenler (LSD, Fenilalkilaminler, MDMA (Ekstazi), İndol Alkaloidleri ve diğer bileşikler),
6. İnhalanlar (Benzol, Toluen vb.) (Tiner, Bali vb.),
7. Nikotin,
8. Opioidler (Morfin, Eroin, Kodein, Hidromorfon, Metadon, Oksodon, Meperidin, Fentanil, Pentazosin, Buprenorfin),
9. Fensiklidin ya da Fensiklidin Benzeri Maddeler,
10. Sedatif-Hipnotik ve Anksiyolitik Etkili İlaçlar (Benzodiazepinler, Karbamatlar, Barbitüratlar, Barbitürat benzeri Hipnotikler),
11. Birden Fazla Maddeyi Birlikte Kullanma,

12. Diğer veya Bilinmeyen Maddeler (Anabolik Steroidler, Nitrit İnhalanları, Nitroz Oksit ve diğer 11 kategorinin içine girmeyen reçeteli ve reçetesiz verilen ilaçlar (örn. Antihistaminikler, Benzotropin) ve psikoaktif etkileri olan diğer maddeler (59,60).

Dünya Sağlık Örgütü psikoaktif maddeleri veya uyuşturucuları, oluşturdukları bağımlılık biçimlerine göre sınıflandırmaktadır. A. Morfin türü, B. Barbitürat türü, C. Kannabis türü, D. Hallüsinojenler, E. Solventler (61).

2.4.4. Alkol ve Madde Kullanım Bozukluklarında Demografik Özellikler

Bir ülkedeki alkol/madde kullanım yaygınlığı hakkında bir fikir edinebilmek için yapılabilecek araştırma yöntemleri arasında hastane, polis, mahkeme, cezaevi kayıtlarının incelenmesi, yüz yüze yapılan görüşmeler, okullarda öğrenciler ile yapılan anketler, toplumsal düzeyde belli bir örneklem çerçevesinde anket çalışmaları, yakalanan madde miktarı ve sanık sayısı, maddeye bağlı ölümlerin sayısının araştırılması yer almaktadır (62).

Ülkemizde genel toplumda yüz yüze görüşme yöntemi ile yapılan alkol ve madde kullanım ve bağımlılığının yaygınlığına ilişkin çalışmalar; 1997 yılında İstanbul'da 12-65 yaş arası 1550 kişilik çalışmada, İstanbul'u yaş, cins, ilçelere göre

dağılım açısından yansıtan bir toplum örnekleminde alkol kullanım yaygınlığı %33.5 olarak bulunmuştur. Örneklemin %25.6'sı halen alkol kullanırken, %7.9'u alkolü bıraktığını belirtmiştir. Halen kullananların %34.5'i erkek, %15.9'u kadın ve alkol kullananların %12.6'sı (örneklemin %3.2'si) 2-3 günde birden daha sık alkol kullanırken örneklemin %6.7'si CAGE Testinden 2 ve üzerinde puan almıştır (63).

1998 yılında Sağlık Bakanlığı desteği ile yapılan Kılıç ve arkadaşlarının Türkiye Ruh Sağlığı Profili çalışmasında, toplam 7479 kişiye uluslararası bileşik tanı görüşmesi (CIDI) uygulanmıştır. 18-65 yaş arasında %45.1'i erkek, %54.9'u kadın olan örnekleminde son 12 ayda ICD-10'a göre alkol bağımlılığı yaygınlığı %0.8 olarak bildirilmiştir. Erkeklerde alkol bağımlılığı yaygınlığı %1.7, kadınlarda %0.1 bulunmuştur. Alkol bağımlılığı tanısı alanların yaş ortalaması 41.1 olarak bulunmuştur. Alkol bağımlılığı batı bölgesinde (%73.8) daha yaygın olarak saptanmıştır. Alkol bağımlılık oranı illerde %57.4, köylerde %24.6'dır (64).

ABD'de yaşayan insanların %90'ı yaşamlarının bir döneminde alkol kullanmakta, çoğu insan ilk defa erken ve orta ergenlik döneminde alkol almaktadır.

Liseyi bitirdiklerinde öğrencilerin %80'den fazlası alkol kullanmış, %60'dan fazlası en az bir kez sarhoş olmuş durumdadır (65).

En yüksek alkol kullanım yaygınlığı ergenlik döneminin orta ve geç dönemlerinden yirmili yaşların ortalarına dek olan dönemdir.

2.5. Ruhsal Bozukluklarla İlgili Sıklık ve Yaygınlık Çalışmaları

2.5.1. Dünyada Yapılan Çalışmalar

Penayo ve ark., "Kendi Kendini Değerlendirme Anketi" (The Self Report Questionnaire-SRQ 20) kullanarak, Nikaragua'da genel nüfusla, BBSK'lara başvuranlarda ruhsal bozukluk sıklığını araştırmışlar ve genel nüfusta % 23, BBSK'larda ise % 47 oranında ruhsal bozukluk saptamışlardır (66).

Finlandiya'da 30 yaş ve üzeridekilerde yapılan yaygınlık çalışmasında ruhsal bozuklukların yaygınlığı yüzde 17.4 olarak bulunmuştur. En yaygın olarak fobiler ve anksiyete bozuklukları (%6.2) bildirilirken; depresyon yaygınlığı % 4.6 ve şizofreni yaygınlığı % 1.3 olarak bulunmuştur (67).

Birinci basamak sağlık kuruluşlarındaki depresif bozuklukların yaygınlığını ölçmeyi amaçlayan bir çalışmada, aile hekimlerine müracaat eden 1928 hasta değerlendirilmiş ve major depresyon yaygınlığı % 13.5 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada, depresif bozuklukların tümünün yaygınlığının % 22.6 olduğu ve depresyon hastalarının % 40'ından fazlasının depresyon belirtilerinin hafif olduğu bulunmuştur. Ayrıca depresyonun komorbid olarak (eş tanı) anksiyete bozuklukları ve madde kötüye kullanımı ile ilişkili olduğu saptanmıştır (68).

Kırsal bölgelerdeki birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuranlarda ruhsal bozuklukların sıklığını belirlemek için yapılan bir başka çalışmada ise 18 yaş ve üzerindeki 350 hastaya “Birinci Basamak Ruhsal Bozuklukları Değerlendirme Formu” (Primary Care Evaluation of Mental Disorders -PRIME MD) ölçeği uygulanmış ve hastaların % 34'ünde en az bir PRIME MD tanısı saptanmıştır. Bu çalışmada, duygudurum bozuklukları % 21.7, anksiyete bozuklukları % 12.3, somatoform bozukluklar % 11.1, alkol kötüye kullanımı % 6 ve yeme bozuklukları % 2 oranında saptanmıştır (69,70).

BBSK'lara müracaat eden 60 yaş üstü hastalarla yapılan bir başka çalışmada ise 224 hasta taranmış ve hastaların % 31.7'sinin en az bir aktif ruhsal bozukluk tanısına sahip olduğu bildirilmiştir. En yaygın bozuklukların ise, % 6.5 ile major depresyon, % 5.2 ile minör depresyon, % 2.3 ile alkol kötüye kullanımı olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada, distimi, anksiyete bozuklukları ve somatoform bozuklukların daha az yaygınlıkta görüldüğü ve sıklıkla major depresyona eşlik ettiği bildirilmiştir (71).

Lübetkin ve ark. ise; PRIME MD ölçeği kullandıkları çalışmalarında, 523 kişinin 32'sinin (% 6.1) major depresyon kriterlerini, 26'sının (% 5) diğer depresif bozukluk kriterlerini, 24'ünün (% 4.6) ise anksiyete bozukluğu kriterlerini karşıladığını bildirmişlerdir (72).

Son yıllarda dünyada yapılan en geniş epidemiyolojik çalışmalardan birisi, Amerika Birleşik Devletleri'nde Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü tarafından gerçekleştirilen epidemiyolojik alan taraması (Epidemiologic Catchment Area-ECA) programıdır. Bu araştırmada Tanı Koydurucu Görüşme Ölçeği (Diagnostic Interview Schedule-DIS) kullanılarak, herhangi bir ruhsal bozukluğun toplumdaki bir aylık yaygınlığının % 15.4, altı aylık yaygınlığının % 19.1 ve yaşam boyu yaygınlığının %

32.2 olduğu bildirilmiştir. Ciddi bilişsel bozukluk ve madde kullanım bozuklukları dışarıda tutulduğunda bir aylık ruhsal bozukluk yaygınlığı % 11.2 olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada, ruhsal bozukluklar içerisinde en yaygın görüleninin % 7.3 ile anksiyete bozuklukları olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca, anksiyete bozuklukları için 6 aylık yaygınlık % 8.9, yaşam boyu yaygınlık ise % 14.6 olarak bulunmuştur. Çalışmada en yaygın görülen ikinci bozukluk olan duygudurum bozuklukları için yaşam boyu yaygınlık oranının ise % 7.8 olduğu bildirilmiştir (73,74).

2.5.2. Türkiye’de Yapılan Çalışmalar

Ülkemizde de 1980’li yılların başından itibaren uluslararası standardize edilmiş, yapılandırılmış ölçeklerin kullanılmasıyla birlikte ruh sağlığı alanında önemli ilerleme kaydedilmiş ve geçerliliği ve güvenilirliği yüksek araştırmalar yapılmaya başlanmıştır.

Küey ve ark. “Türkiye’de Ruhsal Bozukluklar Epidemiyolojisi Araştırmaları Üzerine Bir Gözden Geçirme” çalışmasında, toplum içinde tedaviyi gerektirecek ruhsal bozukluğu olanların oranının % 20 olduğunu bildirmişlerdir.

Aynı çalışmada; toplum içinde, nevrozlar, depresif bozukluklar ve psikosomatik bozuklukların en yaygın ruhsal bozukluklar olduğu, depresyon sıklığının % 10 olduğu ve toplumun 1/3’ünde uyku bozuklukları görüldüğü belirtilmiştir (75).

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri bölümü ve Dünya Sağlık Örgütü işbirliği ile 14 ülkede yapılan, “Temel Sağlık Hizmetlerinde Ruhsal Sorunlar” çalışmasının Ankara’da yapılan bölümünde, standart görüşme ölçeklerinden elde edilen verilere göre, sağlık ocaklarına başvuran hastaların % 17.6’sı ruhsal bozukluk tanısı almıştır. Çalışmaya katılan tüm merkezler birlikte değerlendirildiğinde ise bu oran % 24’ü bulmuştur (76).

Ulusal çapta bir örneklem alınarak yapılmış tek araştırma olması bakımından önem taşıyan bir çalışma; “Türkiye Ruh Sağlığı Profil” araştırmasıdır. Türkiye nüfusunu temsil edebileceği bildirilen bir yöntemle saptanan 7479 kişilik bir örneklem üzerinde 1995-1996 yıllarında yapılmıştır. Görülme oranı daha az olduğu ve katılması ile örneklem sayısının çok genişletilmesi gerektiği için psikotik bozukluklar bu çalışmaya katılmamıştır. 18 yaş üzerinde görüşme yapılan 7479 kişinin % 17.2’sinde en az bir ruhsal bozukluk saptanmıştır. Tanılar arasında ise en sık olarak ağrı bozukluğu

(% 8.4) saptanmıştır. Ayrıca diğer sık görülen tanıların sıklık sırasına göre depresyon (% 4), özgül fobi (% 2.7), nevrasteni (% 2.4), sosyal fobi (% 1.8), kronik yineleyici depresyon (% 1.6) ve distimi (% 1.6) olduğu bildirilmiştir (77).

Hırsızsihha Mektebinin 2004'te yaptığı "Türkiye'de Hastalık Yükü Çalışması" na göre Türkiye'de hastalık yükünü (YUYY/DALY) oluşturan ilk on hastalık arasında unipolar depresif hastalıklar toplam YUYY'nin % 3,9'u ile dördüncü sırada gelmektedir. İlk yirmi hastalığın içine şizofreni ve erkeklerde alkol-madde kullanım bozuklukları da girmektedir. Aynı çalışmada yeti yitimiyle geçen yaşam yılı açısından nöropsikiyatrik hastalıklar % 27.8 ile birinci sırada yer almaktadır (8,78).

2.6. Sağlıkta Maliyet

Psikiyatrik bozukluklar hem sık görülmeleri hem de tekrarlamaları ya da kronik gidişleri nedeniyle yeti yitimine yol açarlar. Bu nedenlerle topluma maliyetleri yüksektir. Herhangi bir psikiyatrik bozukluğun yaşam boyu görülme yaygınlığı %25-50 arasında değişmektedir. Son 1 yıl içerisinde herhangi bir psikiyatrik bozukluğun görülme yaygınlığı ise %10-29 arasında değişmektedir (79,80,81).

Psikiyatrik hastalıklar toplumda sık görülmeleri yanında oluşturdukları yeti yitimi nedeniyle de topluma önemli bir yük oluşturmaktadır.

Sağlık ekonomisinde önemli kavramlardan biri "hastalığın topluma olan yükü"dür. Hastalığın yükü, belli bir hastalığın direkt ve indirekt maliyetler toplamının topluma olan yükü olarak tanımlanmaktadır.

Sağlıkta maliyet tanımları şu şekilde yapılmaktadır.

1) Direkt Medikal Maliyet: Sağlık hizmetine özel her türlü harcamalar bu tanım içindedir. Direkt medikal maliyet içinde hekim, hastane, ilaç ve diğer tedavi ücretleri (cerrahi, fizik tedavi, radyoterapi vb.), tanı için yapılan harcamalar (laboratuvar, radyoloji vb.) ve hasta eğitimi için yapılan harcamalar yer almaktadır.

2) Direkt Non-Medikal Maliyet: Hastanın sağlık hizmetinden yararlanabilmesi için yapmak zorunda olduğu harcamaların tümü bu tanım içindedir. Bunların arasında hizmetin sunulacağı yere ulaşmak için yapılan harcamalar, hizmeti alırken hasta veya hasta yakınlarının hastane dışındaki konaklama harcamaları, yemek ve içecek ücretleri,

sağlık personeli dışı hizmet personeline yapılan ödemeler ve benzerleri non-medikal maliyet çerçevesinde incelenir.

3) İndirekt Maliyet: Sağlık sorunu nedeni ile hastanın veya gönüllü olarak bakımından sorumlu olan kişilerin üretim kaybı bu tanım içinde yer almaktadır.

4) Ölçülemeyen Maliyet: Hastanın sağlık sorunu nedeni ile karşı karşıya kaldığı ağrı, ızdırap ve yaşam kalitesindeki sınırlamalar ölçülemeyen maliyet olarak tanımlanmaktadır. Ölçülemeyen maliyetin kantitatif değerini vermek çok zordur.

Bir hastalığın toplam maliyeti doğrudan (direk) ve dolaylı (indirek) maliyetlerin toplamından oluşmaktadır. Sağlıkta maliyet hesapları yapılırken çoğu zaman sadece direkt medikal maliyet göz önüne alınmaktadır (82).

Psikiyatrik hastalıkların tedavi ve rehabilitasyon maliyetleri hem ülkeler arasında hem de zamanla farklılıklar göstermektedir. Bu farklılıklar ülkelerin nüfusuna, sağlık sistemlerinin yapısına, psikiyatrik hastalıkların görülme sıklıklarına ve maliyet hesaplarında kullanılan yöntemlerin farklılığından kaynaklanabilmektedir. (83-87).

3. MATERYAL-METOD

Çalışmanın evrenini 01.01.2005–31.12.2009 yılları arasında Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri servisinde yatarak tedavi gören hastalar oluşturmaktadır. Servisimiz 12 yatakla hizmet vermektedir.2005 yılında 87, 2006 yılında 93, 2007 yılında 119, 2008 yılında 98 ve 2009 yılında 69 olmak üzere toplam yatan hasta sayısı 468’dir.Ancak 09.05.2005’e kadar yatışı gözükken 35 hastanın epikriz verilerine ulaşamadığından çalışmaya 433 hasta ile devam edilmiştir. Çalışmamız retrospektif klinik çalışmadır. Hastaların epikrizleri taranarak yaş, cinsiyet, medeni hal, sosyal güvence, eğitim düzeyleri, meslekleri vb. sosyodemografik özellikleri yanı sıra yatış süreleri, psikiyatrik tanı dağılımları ve tedavi maliyetleri değerlendirilecektir. Çalışmada değerlendirilen epikriz tanıları Amerikan Psikiyatri Birliği’nce DSM-IV Eksen I tanılarının konması için geliştirilmiş, geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış, yarı yapılandırılmış bir klinik görüşme ölçeği olan SCID-CV kullanılarak koyulmuştur.

3.1. DSM_IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Türkçe Versiyonu (SCID-CV) (Çorapçioğlu ve ark. 1999)

1983’de Ulusal Ruh Sağlığı enstitüsü DSM-III tanıları için klinik tanısız değerlendirme işlemine duyulan ihtiyacı fark etmiş, böyle bir işlemin geliştirilmesi için istekte bulunmuştur. Nisan 1985’de biyometrik araştırma bölümü SCID’in alan çalışması için 2 yıl boyunca çalışmış ve psikiyatrik tedavi alan ya da almayan hasta gruplarında güvenilir olduğuna karar vermiştir (88). DSM III R için SCID, Amerikan Psikiyatrik Basım kuruluşu tarafından 1990 yılı Mayıs ayında yayımlandı (89).

SCID’in DSM-IV için düzenleme çalışmaları 1993 sonbaharında başlamış, son hali ise 1996 Şubat ayında yayımlanmıştır (90).

SCID-CV 6 modüle bölünmüştür. Modül A’da Duygudurum Epizodları, Modül B’de Psikotik Semptomlar, Modül C’de Psikotik Bozukluklar, Modül D’de Duygudurum Bozuklukları, Modül E’de Madde Kullanım Bozuklukları ve Modül F’de de Anksiyete ve Diğer Bozukluklar ile ilgili kriterler ve tanı koyma yönergeleri yer almaktadır (90).

Tablo 3. SCID-CV MODÜLLERİ

Modül A : Duygudurum Epizodları	Major Depresif Epizod Manik Epizod Hipomanik Epizod Distimik Bozukluk Genel Tıbbi Duruma Bağlı Duygudurum Bozukluğu Madde Kullanımının Yol Açtığı Duygudurum Bozukluğu
Modül B : Psikotik Semptomlar	Hezeyanlar (sanrılar) Halüsinasyonlar Dezorganize Konuşma ve Davranış Katatonik Davranış Negatif Semptomlar
Modül C : Psikotik Bozukluklar	Şizofreni Şizofreniform Bozukluk Şizoaffektif Bozukluk Sanırsal Bozukluk Kısa Psikotik Bozukluk Genel Tıbbi Duruma Bağlı Psikotik Bozukluk Madde Kullanımının Yol Açtığı Psikotik Bozukluk Başka Türü Adlandırılmayan Psikotik Bozukluk
Modül D : Duygudurum Bozuklukları	Bipolar I Bozukluğu Bipolar II Bozukluğu Başka Türü Adlandırılmayan Bipolar Bozukluk Major Depresif Bozukluk Başka Türü Adlandırılmayan Depresif Bozukluk
Modül E : Madde Kullanım Bozuklukları	Alkol Bağımlılığı Alkol Kötüye Kullanımı Amfetamin Bağımlılığı Amfetamin Kötüye Kullanımı Kannabis Bağımlılığı Kannabis Kötüye Kullanımı Kokain Kötüye Kullanımı Hallüsinojen Bağımlılığı Opiyat Bağımlılığı Opiyat Kötüye Kullanımı Fensiklidin Kötüye Kullanımı Sedatif / Hipnotik / Anksiyolitik Bağımlılığı
Modül F : Anksiyete ve Diğer Bozukluklar	Agorofobi ile Birlikte Panik Bozukluğu Agorofobi Olmadan Panik Bozukluğu Obsesif Kompulsif Bozukluk Posttravmatik Stres Bozukluğu Genel Tıbbi Duruma Bağlı Anksiyete Bozukluğu Madde Kullanımının Yol Açtığı Anksiyete Bozukluğu Başka Türü Adlandırılmayan Anksiyete Bozukluğu Uyum Bozukluğu *Diğer

Tanı dağılımının değerlendirilmesinde hastalar duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar, alkol / madde kullanımının yol açtığı bozukluklar ve diğer şeklinde 5 gruba ayrılmıştır. Tedavi

maliyetleri; hastaların taburculuk sonrası profarma faturaları incelenerek yatak ücreti, laboratuvar ücreti, yatış sırasında istenen konsültasyon ücretleri, yapıldıysa anestezi ve EKT ücreti, görüntüleme ücretleri ve ilaç masrafları şeklinde gruplandırılmış ve hastaların doğrudan tedavi maliyetleri hesaplanmıştır.

Veriler SPSS 15.0 paket programında, tanımlayıcı istatistik, ki-kare, bağımsız iki grup t testi, Kruskal- Wallis, Mann- Whitney U ve Pearson korelasyon testleri ile analiz edilmiştir.

Veri sunumu; sayı, yüzde değerler, ortalama, standart sapma, en küçük ve en büyük değerler kullanılarak yapılmıştır.

4. BULGULAR

Araştırmaya dahil edilen 433 hastanın 222'si (%51.3) erkek, 211'i (%48.7) kadındı. 14 – 84 yaş aralığındaki hastaların yaş ortalaması 38.9 ± 15.1 yıl olarak bulundu. Olguların 258'i (%59.6) evli, 141'i bekar (%32.6) ve 34'ü ise (%7.9) dul-boşanmış olarak bulundu. Hasta grubunun yatış yıllarına göre yüzde dağılımı tablo 4'de gösterilmiştir.

Tablo 4. Hastaların yatış yıllarına göre yüzde dağılımları

YATIŞ YILLARI	Sayı	%
2005	54	12.5
2006	93	21.5
2007	119	27.5
2008	98	22.6
2009	69	15.9
Toplam	433	100.0

Olguların meslek gruplarına göre dağılımına bakıldığında; 152'sinin (%35.1) ev hanımı, 65'inin (%15) devlet memuru olduğu görüldü (Tablo 5).

Tablo 5. Hastaların meslek gruplarına göre dağılımı

MESLEK GRUPLARI	Sayı	%
Ev hanımı	152	35.1
Devlet memuru	65	15.0
Öğrenci	46	10.6
Çiftçi	15	3.5
Esnaf	23	5.3
İşçi	52	12.0
İşsiz	42	9.7
Emekli	38	8.8
Toplam	433	100.0

Hastaların sosyal güvenlik kurumu dağılımları incelendiğinde en fazla sosyal sigortalar kurumuna (%43.6) ait sosyal güvencenin olduğu görüldü (Tablo 6).

Tablo 6. Grupların sosyal güvenlik kurumlarına göre dağılımı

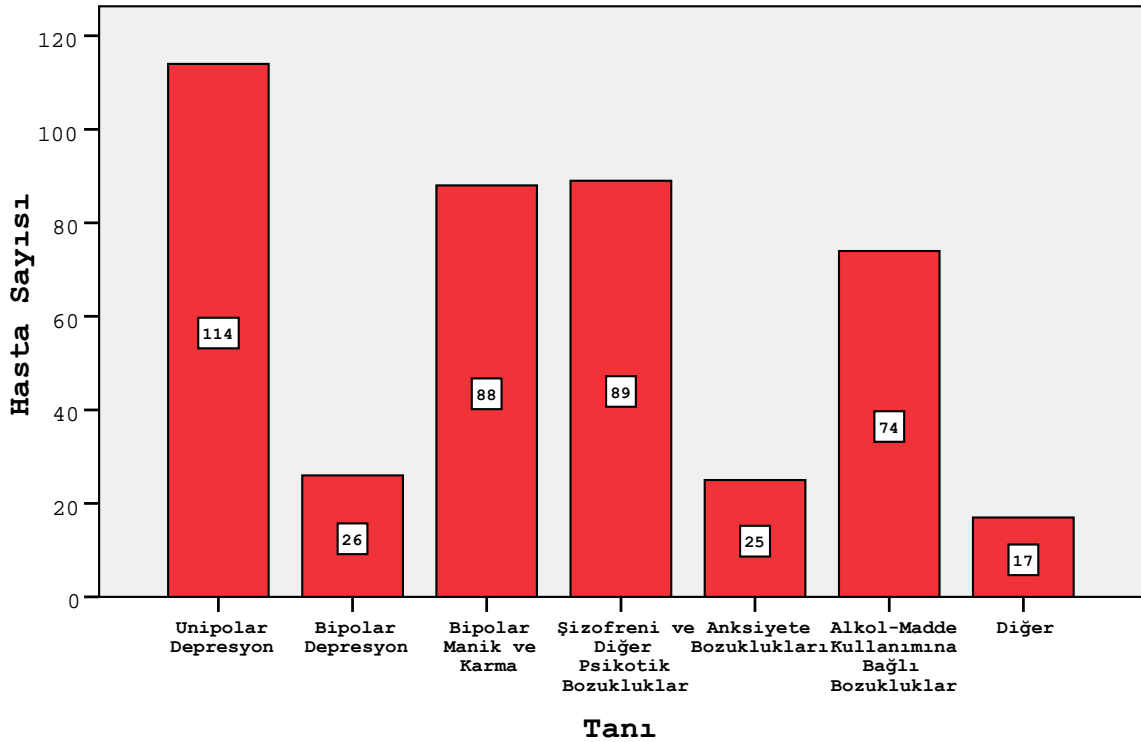
SOSYAL GÜVENLİK KURUMU	Sayı	%
Sosyal Sigortalar Kurumu	189	43.6
Emekli Sandığı	127	29.3
Bağ-Kur	43	9.9
Yeşil Kart	65	15.1
Ücretli	9	2.1
Toplam	433	100.0

Çalışmaya dahil edilen olguların hastalıklara göre dağılımına bakıldığında; 114'ünde (%26.3) unipolar depresyon, 89'unda (%20.6) şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar, 88'inde (%20.3) bipolar bozukluk (manik ve karma epizod), 74'ünde ise (%17.1) alkol-madde kullanımına bağlı bozukluklar olduğu tespit edildi (Tablo 7).

Tablo 7. Araştırma grubunun mevcut psikiyatrik hastalıklarına göre yüzde dağılımı

HASTALIKLAR	Sayı	%
Unipolar Depresyon	114	26.3
Bipolar Depresyon	26	6.0
Bipolar Manik ve Karma	88	20.3
Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar	89	20.6
Anksiyete Bozuklukları	25	5.8
Alkol-Madde Kullanımına Bağlı Bozukluklar	74	17.1
Diğer*	17	3.9
Toplam	433	100.0

*: Somatoform Bozukluklar, Yeme Bozuklukları, Uyku Bozuklukları, Kişilik Bozuklukları vs...



Grafik 1. Hastaların tanı gruplarına göre sayı dağılımları

Hastaların 126'sında (%29.1) ailesinde herhangi bir psikiyatrik hastalık öyküsü mevcuttu. Ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü olanların 98'inde (%79.0) bir kişide, 26'sında ise (%21.0) birden fazla kişide herhangi bir psikiyatrik hastalık olduğu görüldü. Hasta ailelerinin 84'ünde (%67.7) hastayla aynı psikiyatrik hastalık görülürken, 40'ında (%32.3) ise farklı bir psikiyatrik hastalık mevcuttu.

Hastaların 327'sinde (%75.5) mevcut psikiyatrik hastalığına eşlik eden başka bir kronik hastalığının (Hipertansiyon, kalp hastalığı, diyabet, guatr gibi) olduğu görüldü.

Hastaların eğitim süreleri ortalaması 7.5 ± 3.4 yıl (en küçük: 0, en büyük: 18 yıl) olarak tespit edildi.

Bipolar bozukluğu bulunan hastaların 22'si (%19.6) koruma tedavisi alıyordu. Koruma tedavisi alan bipolar hastaların 6'sı valproik asit (%27.3) tedavisi alırken, 16'sı (%72.7) lityum tedavisi almaktaydı.

Bipolar hastaların epizod özellikleri sayılarının ortalama değerleri tablo 8'de belirtilmiştir.

Tablo 8. Bipolar hastaların epizod özelliklerinin ortalama sayılarının dağılımı

EPİZOD ÖZELLİKLERİ	EPİZOD SAYILARI
	Ortalama \pm S.Sapma (En küçük- En büyük değer)
Manik (n: 93)	3.5 \pm 3.9 (1- 21)
Depresif (n: 67)	1.6 \pm 1.0 (0- 6)
Karma (n: 25)	1.3 \pm 0.8 (1- 5)
Hipomanik (n: 5)	1.0 \pm 0.0 (1- 1)

Hastaların hastaneye son yatışları yapıncaya kadar önceki toplam yatış sayıları ortalaması 0.9 ± 1.4 (en az: 0, en fazla: 12), serviste toplam yatış süreleri ortalaması 40.9 ± 26.2 gün (en az: 1, en fazla: 143 gün) olarak bulundu.

Araştırma grubunun en son yatışına sebep olan hastalığın, hastalık alevlenme süresi ortalaması 11.3 ± 40.1 ay (en az: 1, en fazla: 420 ay) ve hastalığın başlangıcından itibaren geçen toplam süre ortalaması 102.2 ± 105.5 ay (en az: 1, en fazla: 600 ay) olarak tespit edildi.

Tüm hastaların 191'inin (%44.1) hastalıklarının psikotik özellikte olduğu belirlendi.

Hastaların, hastalıklarına bağlı yatışlarının mevsimlere göre dağılımları tablo 9'da gösterilmiştir.

Tablo 9. Hasta yatışlarının mevsimlere göre dağılımları

HASTA YATIŞININ YAPILDIĞI MEVSİM	Sayı	%
Kış	88	20.3
İlkbahar	105	24.2
Yaz	146	33.7
Sonbahar	94	21.8
Toplam	433	100.0

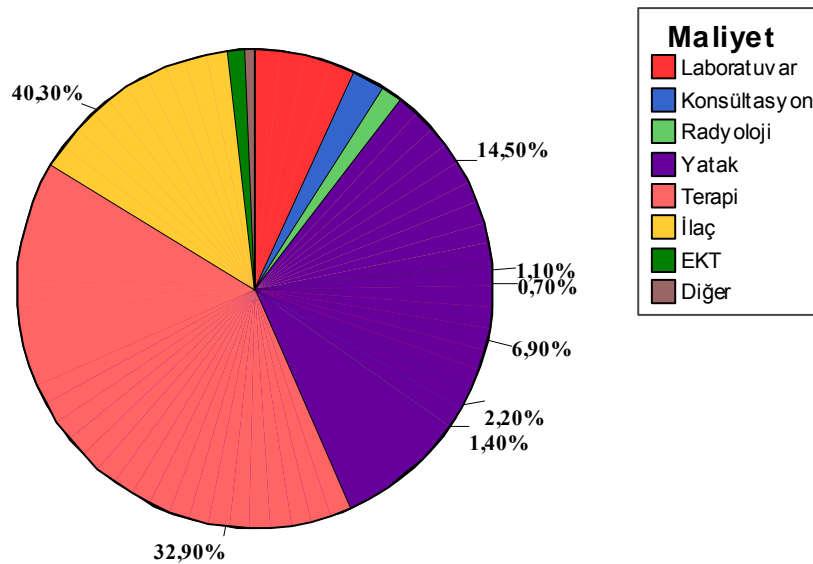
Hastaların bazı kriterlere göre, hastalıklarına bağlı olarak ortaya çıkan maliyet değerleri ortalamaları ve toplam maliyet içerisindeki oranları tablo 10'da belirtilmiştir.

Tablo 10. Hastaların bazı kriterlere göre hastalık maliyeti ortalamaları ve toplam maliyet içindeki oranlarının dağılımı

YAPILAN HARCAMALAR	MALİYET DEĞERİ (TL)	
	Ortalama \pm S.Sapma	%
Laboratuvar Maliyeti (n: 433)	155.9 \pm 149.6	6.9
Konsültasyon Maliyeti (n: 433)	50.1 \pm 84.4	2.2
Radyoloji Maliyeti (n: 433)	32.2 \pm 58.4	1.4
Yatak Maliyeti (n: 433)	749.6 \pm 569.1	32.9
Terapi Maliyeti (n: 433)	917.0 \pm 577.1	40.3
İlaç Maliyeti (n: 433)	331.1 \pm 807.2	14.5
EKT* Maliyeti (n: 10)	1058.6 \pm 698.5	1.1
Diğer** (n: 105)	60.0 \pm 161.6	0.7
Toplam Maliyet (n: 433)	2255.7 \pm 1767.7	100.0

*: Elektrokonvulzif tedavi.

** : Patoloji, sütür atımı v.s.



Grafik 2. Bazı kategorilerde harcanan maliyetlerin toplam maliyete göre oranlarının dağılımı

Araştırma grubunun psikiyatrik tanılarının bazı değişkenlerle karşılaştırılması tablo 11'de gösterilmiştir.

Tablo 11. Tanı gruplarının bazı değişkenlere göre oran ve ortalamalarının karşılaştırılması

DEĞİŞKENLER		TANI GRUPLARI					P
		Duygudurum Bozuklukları	Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar	Anksiyete Bozuklukları	Alkol-Madde Kullanımına Bağlı Bozukluklar	Diğer*	
Yaş (Ort. ± S.Sapma)		39.2 ± 15.0	32.5 ± 12.5	45.7 ± 16.0	41.7 ± 13.4	47.6 ± 22.3	0.000**
Cinsiyet (n)-(%)	Kadın	141-(% 66.8)	44- (%20.9)	16- (%7.6)	4- (%1.9)	6- (%2.8)	0.000***
	Erkek	87-(%39.2)	45- (%20.3)	9- (%4.1)	70- (%31.5)	11- (%5.0)	
Sosyal Güvence (n)-(%)	SSK	103-(%54.5)	33- (%17.5)	15- (%7.9)	32- (%16.9)	6- (%3.2)	0.009***
	Emekli Sandığı	75- (%59.1)	27- (%21.3)	3- (%2.4)	21- (%16.5)	1- (%0.8)	
	Yeşil kart	22- (%33.8)	22- (%33.8)	4- (%6.2)	11- (%16.9)	6- (%9.2)	
	Bağ-Kur	21- (%48.8)	7- (%16.3)	2-(% 4.7)	9- (%20.9)	4- (%9.3)	
	Ücretli	7- (%77.8)	-	1- (%11.1)	1- (%11.1)	-	
Medeni Durum (n)-(%)	Evli	154- (%59.7)	28-(%10.9)	17- (%6.6)	50- (%19.4)	9- (%3.5)	0.000***
	Bekar	57- (%40.4)	56- (%39.7)	4- (%2.8)	18- (%12.8)	6- (%4.3)	
	Dul-Boşanmış	17- (%50.0)	5- (%14.7)	4- (%11.8)	6- (%17.6)	2- (%5.9)	
Eğitim Süresi (Yıl) (Ort. ± S.Sapma)		7.4 ± 3.2	7.6 ± 3.3	7.6 ± 4.5	8.3 ± 3.4	6.0 ± 3.9	0.048**
Aile Öyküsü (n)-(%)	Var	71- (%56.3)	21- (%16.7)	10- (%7.9)	22- (%17.5)	2- (%1.6)	0.223***
	Yok	157- (%51.1)	68- (%22.1)	15- (%4.9)	52- (%16.9)	15- (%4.9)	
Kaç Kişi (n)-(%)	1	56- (%57.1)	15- (%15.3)	7- (%7.1)	19- (%19.4)	1- (%1.0)	0.534***
	1'den Fazla	13- (%50.0)	6- (%23.1)	3- (%11.5)	3- (%11.5)	1- (%3.8)	
Hastalık Tipi (n)-(%)	Aynı Hastalık	48- (%57.1)	13- (%15.5)	4- (%4.8)	19- (%22.6)	-	0.020***
	Farklı Hastalık	21- (%52.5)	8- (%20.0)	6- (%15.0)	3- (%7.5)	2- (%5.0)	
Eşlik Eden Kronik Hastalık (n)-(%)	Var	173- (%52.9)	71- (%21.7)	14- (%4.3)	54- (%16.5)	15- (%4.6)	0.100***
	Yok	55- (%51.9)	18- (%17.0)	11- (%10.4)	20- (%18.9)	2- (%1.9)	

*: Somatoform Bozukluklar, Yeme Bozuklukları, Uyku Bozuklukları, Kişilik Bozuklukları vs...

** : Kruskal-Wallis testi.

***: Ki- kare test.

Tanı grupları yaş bakımından karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel fark saptanmıştır ($p=0.00$). Farkın hangi tanı grubundan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan ikili karşılaştırmalara göre (Mann-Whitney U testi ve Independent samples t testi), şizofreni ve diğer psikotik bozukluk tanısı alan hastaların yaş ortalamasının diğer tanı grupları yaş ortalamasına göre düşük olduğu, bu ortalamanın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu ve farkın buradan kaynaklandığı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 11).

Erkek hastalarda alkol-madde kullanımına bağlı bozukluklar (%31.5) kadınlara göre (%1.9) yüksek oranda iken, kadın hastalarda duygudurum bozuklukları (%66.8) erkek hastalara göre (%39.2) daha yüksek oranda tespit edilmiştir. Cinsiyet bakımından tanı grupları arasında istatistiksel anlamlılık bulunmuştur ($p= 0.000$) (Tablo 11).

Bekarlarda şizofreni ve psikotik bozukluk görülme oranı (%39.7), evli (%10.9) ve dul-boşanmışlara göre (%14.7) daha yüksekken, anksiyete bozuklukları görülme oranı dul-boşanmışlarda (%11.8), evli (%6.6) ve bekarlara göre (%2.8) yüksek oranda tespit edilmiştir. Medeni duruma göre hastaların tanı grupları arasında istatistiksel fark görülmüştür ($p= 0.000$) (Tablo 11).

Psikiyatrik tanılara göre hastaların eğitim süreleri incelendiğinde, ‘diğer’ tanı grubunda olan hastaların eğitim süreleri ortalamasının, alkol-madde kullanımına bağlı bozukluğu olan ve psikotik bozukluğu olanlara göre düşük olduğu ikili karşılaştırmalarda tespit edilmiştir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 11).

Hasta tanı grupları, aile öyküsü durumuyla karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel anlamlılık saptanmamıştır ($p= 0.223$) (Tablo 11).

Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, tanı gruplarına göre karşılaştırıldığında, ailesinde bir ve birden fazla kişide psikiyatrik bozukluğu olanlar, tanı gruplarına göre kıyaslandığında istatistiksel fark tespit edilmemiştir ($p= 0.534$) (Tablo 11).

Hasta ailelerinin, hastayla aynı psikiyatrik hastalık görülenlerde alkol-madde kullanımına bağlı bozukluklar (%22.6), farklı psikiyatrik hastalık görülenlere göre (%7.5) daha yüksek oranda bulundu. Ailelerinde farklı psikiyatrik hastalığı olanlarda ise anksiyete bozuklukları görülme oranı (%15.0), ailesinde aynı psikiyatrik hastalığı olanlara göre (%4.8) daha yüksek tespit edildi. Bu oranlar istatistiksel olarak da anlamlıydı ($p= 0.020$) (Tablo 11).

Psikiyatrik hastalığına eşlik eden başka bir kronik hastalığının olup olmaması durumu ile tanı grupları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel anlamda fark saptanmamıştır ($p= 0.100$) (Tablo 11).

Çalışmaya dahil edilen hastaların tanı gruplarının yatış sayısı ve yatış süreleri ortalamalarının karşılaştırılması tablo 12’de gösterilmiştir.

Tablo 12. Psikiyatrik tanuların yatış sayısı ve toplam serviste yatış sürelerine göre karşılaştırılması

DEĞİŞKENLER	TANI GRUPLARI					p*
	Duygudurum Bozuklukları	Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar	Anksiyete Bozuklukları	Alkol-Madde Kullanımına Bağlı Bozukluklar	Diğer	
Yatış Sayısı (Ort. \pm S.Sapma)	1.0 \pm 1.5	1.0 \pm 1.7	0.3 \pm 0.6	0.6 \pm 0.8	0.2 \pm 0.4	0.004
Yatış Süresi (Gün) (Ort. \pm S.Sapma)	40.0 \pm 24.6	49.7 \pm 30.3	46.6 \pm 34.7	34.1 \pm 19.8	27.8 \pm 21.7	0.001

*: Kruskal- Wallis testi.

Tanı grupları, hastaneye yatış sayıları bakımından karşılaştırıldıklarında aralarında istatistiksel fark görülmüştür ($p= 0.004$). Farkın hangi tanı grupları arasında olduğunu belirlemek için yapılan ikili karşılaştırmalara göre, duygudurum bozukluğu ve şizofreni ve diğer psikotik bozukluğu olan hastaların yatış sayıları ortalaması, anksiyete bozuklukları, alkol-madde kullanımına bağlı bozukluklar ve diğer psikiyatrik hastalıklara göre yüksek ve istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tanı gruplarını, hastaların toplam serviste yatış sürelerine göre karşılaştırdığımızda, tanı grupları arasında yatış süreleri bakımından istatistiksel fark saptanmıştır ($p= 0.001$). Bu fark yapılan ikili karşılaştırmalara göre, şizofreni ve diğer psikotik bozuklukların serviste yatış süreleri ortalamasının, duygudurum bozukluğu, alkol-madde kullanımına bağlı bozukluklar ve diğer psikiyatrik hastalıklara göre yüksek olmasından ve duygudurum bozukluğu olanlarda serviste toplam yatış süreleri ortalamasının, alkol-madde kullanımına bağlı bozukluk ve diğer psikiyatrik hastalıklara göre yüksek olmasından kaynaklanmaktadır ($p<0.05$).

Unipolar ve bipolar depresyonu olan hastaların, hastanede yatış sayıları, yatış süreleri ve toplam maliyet ortalamalarının karşılaştırılması tablo 13’de gösterilmiştir.

Tablo 13. Unipolar ve bipolar depresyonu olan hastaların yatış sayı, süre ve toplam hastalık maliyetlerinin karşılaştırılması

ÖZELLİK	Unipolar Depresyon Ortalama \pm S.Sapma	Bipolar Depresyon Ortalama \pm S.Sapma	Anlamlılık Testi*
Yatış Sayısı	0.5 \pm 0.8	1.5 \pm 1.7	0.001
Yatış Süresi (Gün)	37.3 \pm 24.4	37.8 \pm 27.2	0.968
Toplam Maliyet (TL)	2054.8 \pm 1602.7	2801.6 \pm 3669.3	0.556

*: Mann- Whitney U testi.

Tabloya göre bipolar depresyon tanısı almış hastaların hastanede toplam yatış sayıları ortalaması, unipolar depresyonlu hastalara göre daha yüksek bulundu. Bu ortalama istatistiksel olarak da anlamlı tespit edildi ($p= 0.001$).

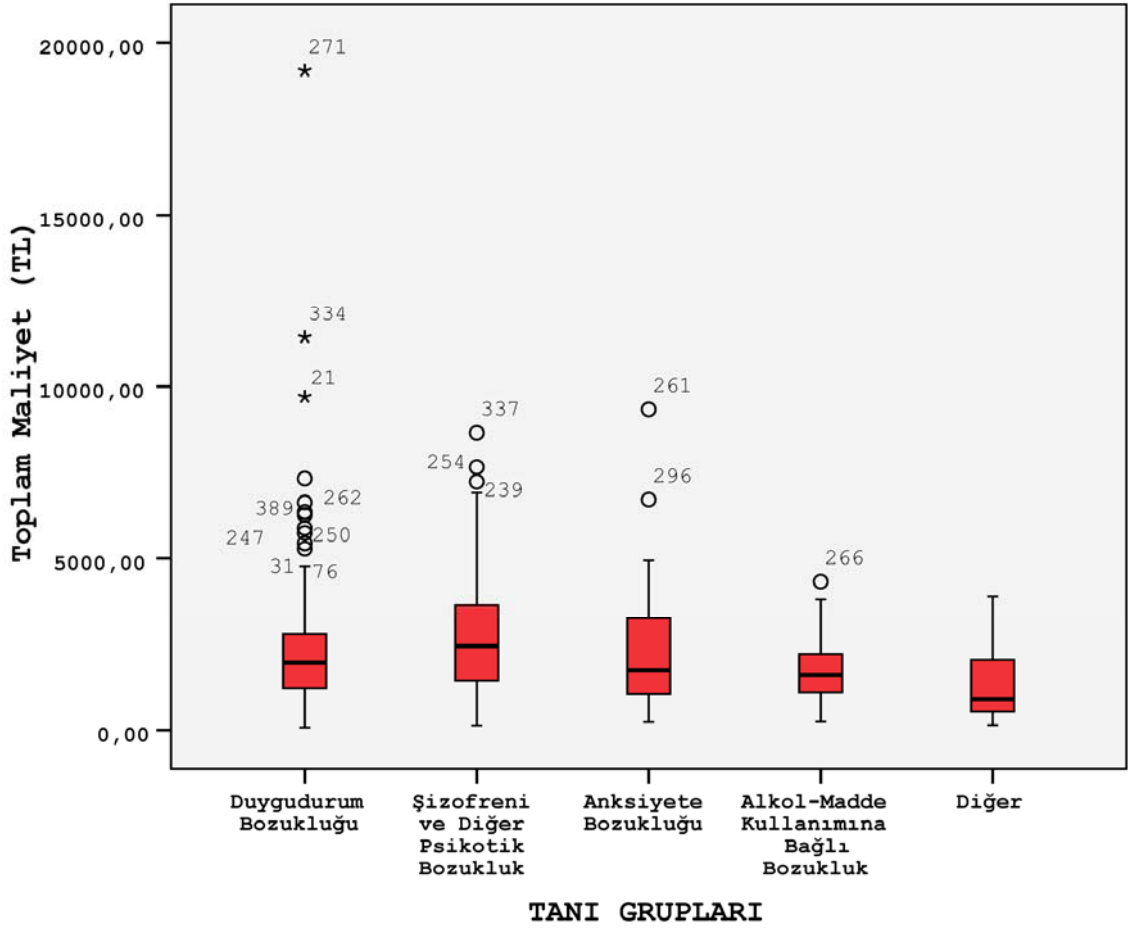
Bipolar depresyonlu hastalarda serviste toplam yatış süresi ve toplam hastalık maliyeti ortalaması, unipolar depresyon hastalarına göre daha yüksek ancak istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0.05$).

Tablo 14. Tanı gruplarının hastalık maliyetlerine göre ortalamalarının karşılaştırılması

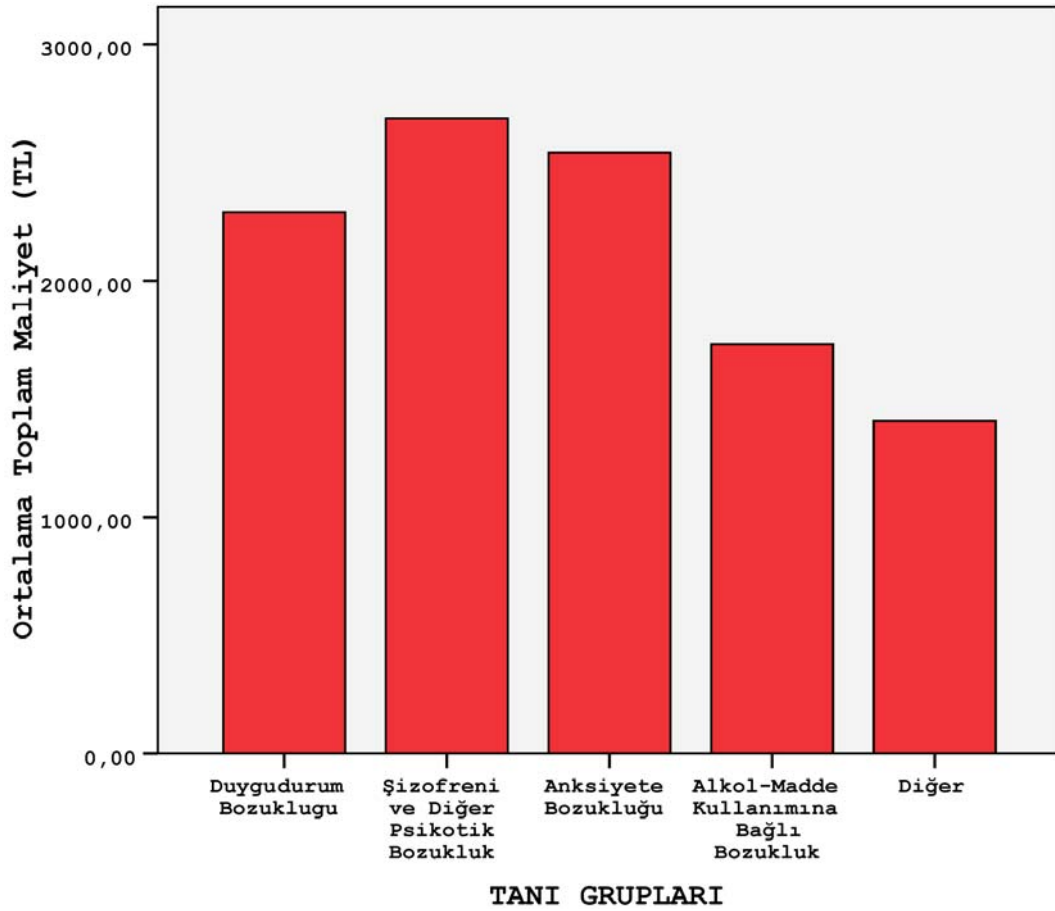
MALİYET	TANI GRUPLARI					p*
	Duygudurum Bozuklukları	Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar	Anksiyete Bozuklukları	Alkol-Madde Kullanımına Bağlı Bozukluklar	Diğer	
Laboratuvar Maliyeti (Ort. ± S.Sapma)	176.1±177.2	156.0±123.6	143.4±133.7	105.9±58.6	119.7±112.8	0.002
Konsültasyon Maliyeti (Ort. ± S.Sapma)	51.2±104.6	44.8±49.0	59.0±89.2	52.5±47.3	39.1±34.2	0.218
Radyoloji Maliyeti (Ort. ± S.Sapma)	27.4±60.9	39.8±54.2	52.1±72.1	27.1±40.6	50.5±78.3	0.260
Yatak Maliyeti (Ort. ± S.Sapma)	742.2±515.5	924.3±674.5	881.1±933.8	589.4±360.9	438.0±386.0	0.002
Terapi Maliyeti (Ort. ± S.Sapma)	917.1±570.9	1073.1±640.1	1032.1±755.0	767.1±393.2	582.4±418.8	0.001
İlaç Maliyeti (Ort. ± S.Sapma)	354.4±1031.5	428.7±550.2	330.0±412.3	177.0±230.3	179.2±374.4	0.005
EKT* Maliyeti (Ort. ± S.Sapma)	1143.7±830.5	800.9±251.7	978.9±0.0	-	-	0.985
Diğer (Ort. ± S.Sapma)	92.9±232.7	32.4±52.2	50.6±54.4	23.7±29.4	223.9±0.0	0.073
Toplam Maliyet (n: 433)	2290.7±1922.2	2685.5±1747.1	2542.4±2141.4	1729.3±899.8	1405.1±1167.8	0.000

*: Kruskal- Wallis testi.

Tablo 14’de görüldüğü gibi hastaların, hastalıklarından dolayı tanı gruplarına göre harcanan maliyetler karşılaştırıldığında; tanı grupları arasında konsültasyon, radyoloji, EKT ve diğer maliyetler bakımından istatistiksel fark bulunmazken ($p>0.05$), laboratuvar, yatak, terapi, ilaç ve toplam maliyetler bakımından aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$).



Grafik 3. Toplam tedavi maliyetlerinin, tanı gruplarındaki hastalıklara göre dağılımlarının karşılaştırılması



Grafik 4. Toplam tedavi maliyeti ortalamalarının, tanı gruplarındaki hastalıklara göre dağılımlarının karşılaştırılması

Tablo 15. Hastaların toplam tedavi maliyetleri ile yaş, toplam hastalık ve eğitim süreleri arasındaki ilişkinin karşılaştırılması

TOPLAM TEDAVİ MALİYETİ	Yaş	Toplam Hastalık Süresi (Ay)	Toplam Eğitim Süresi (Yıl)
Maliyet*	r: -0.004	r: -0.005	r: 0.047
	p: 0.934	p: 0.922	p: 0.325

*: Pearson korelasyon testi.

Tablo 15'e göre hastaların yaş ve toplam hastalık süreleri azalıp, toplam eğitim süreleri arttıkça, toplam tedavi maliyetleri de artmaktaydı. Aralarındaki bu ilişki çok zayıf düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0.05$).

Unipolar ve bipolar depresyon hastalarının yatış tarihlerine göre mevsimsel dağılımları tablo 16'da gösterilmiştir.

Tablo 16. Unipolar ve bipolar depresyon hastalarının, yatış tarihlerine göre mevsimsel dağılımları

TANI	MEVSİMLER								TOPLAM	
	Kış		İlkbahar		Yaz		Sonbahar		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Unipolar Depresyon	21	18.5	22	19.3	42	36.8	29	25.4	114	100.0
Bipolar Depresyon	7	26.9	5	19.2	10	38.5	4	15.4	26	100.0

Ki- kare: 1.688

p= 0.640.

Unipolar depresyon hastalarının hastaneye yatışları daha çok yaz (%36.8) ve sonbahar (%25.4) mevsimlerinde olurken, bipolar depresyon hastalarının ise yaz (%38.5) ve kış (%26.9) mevsimlerinde hastaneye yatışlarının olduğu görülmektedir. Ancak istatistiksel olarak bu mevsimsel farklılıklar anlamlı bulunmamıştır (p= 0.640).

5. TARTIŞMA ve SONUÇ

Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'nün tanımına göre, “Sağlık, ruhsal, bedensel ve sosyal bakımdan iyi durumda olma halidir. Kişi ve toplumun sağlığı, çevresel, davranışsal ve tıbbi olmak üzere üç ana unsurla ilişkilendirilmektedir. Sağlığın korunup geliştirilmesi ekonomik, sosyal, biyolojik ve fiziksel çevre şartlarının insan sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerinin azaltılması, toplumun üyelerinin davranış ve hayat tarzında gerekli değişikliklerin yapılması ve son olarak gerekli tıbbi yöntemlerin uygulanması ile sağlanabilir (91).

Psikiyatrik hastalıkların tedavi maliyeti ya da genel olarak topluma ve ekonomik sisteme olan maliyeti, hastaların da toplum içerisinde yaşayan ve faal olan bireyler olarak kalmaları tedavinin ana hedeflerinden biri olduğuna göre önemsenmesi gereken ciddi bir etmendir.

Psikiyatrik bozuklukların insidansı anlamlı oranda artış gösterdiğinden, psikiyatrik bozuklukların tedavi maliyetinin artacağı kesindir. Tedavi maliyeti ne olursa olsun hastaların hastalıklarından kurtarılması için çalışan sağlık sistemi, toplumda önemli bir kesimi etkileyen, süregenleşme ve yeti yitimi ile giden bir hastalık için maliyet-etkinlik çözümlenmeleri yapmak durumundadır. Özellikle son yıllarda tedavi seçeneklerinin artması ve bütçe sınırlamalarının getirilmesi bu tür çalışmaları zorunlu kılmaktadır (92).

Eldeki olanaklarla en etkin ve en ucuza gelen tedavi seçenekleri daha fazla kişinin en uygun şekilde yararlanması için her zaman ön plâna çıkarılmalıdır. Sağlıklı bir maliyet-etkinlik çözümlenmesinin yapılabilmesi için önce kabaca genel tedavi maliyetinin bilinmesi gerekmektedir. Ülkemizde bu alanda yapılmış çok az çalışma bulunmaktadır. Yöntem olarak sınırlılıkları olmasına rağmen yazarlar bu tarz çalışmaların alan için önemli bir veri sağladığını düşünmektedirler. Bildiğimiz kadarıyla bu çalışma ülkemizde tüm tanı kategorileri için hastane yatış maliyetlerini araştıran ikinci çalışmadır.

Bu çalışmada yatarak tedavi gören hastaların ortalama yatış maliyeti 2255.7 TL olarak hesaplanmıştır. Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar için ortalama yatış maliyeti 2685.5 TL, duygudurum bozuklukları için 2290.7 TL, anksiyete bozuklukları için 2542.4 TL, alkol ve madde kullanımına bağlı bozukluklar için 1729.3 TL ve diğer

psikiyatrik hastalıklar için 1405.1 TL olarak hesaplanmıştır. Ülkemizde sadece 3 çalışmada şizofreninin ortalama yatış maliyeti hesaplanmıştır. Yıldız ve Cerit'in 2006'da gerçekleştirdikleri çalışmada bir üniversite hastanesi psikiyatri kliniğinde şizofreni hastalarının ortalama yatış maliyeti 1091 \$ olarak saptanmıştır (93).

Tav (2006) tarafından gerçekleştirilen diğer çalışmada ise şizofreni hastalarının ortalama yatış maliyetleri üç farklı kurumun psikiyatri kliniğinde araştırılmıştır. Bu çalışmada şizofreni hastalarının ortalama yatış maliyetlerinin kurumlar arasında farklılık gösterdiği saptanmıştır. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniğinde ortalama yatış maliyeti 1233 \$, Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 1026 \$ iken, Özel Lape Psikiyatri Hastanesi Psikiyatri Kliniği'nde maliyetin 2640 \$ olduğu saptanmıştır (94).

Ulaş ve Tunca'nın 2010 yılında yaptığı çalışmada bir üniversite hastanesi psikiyatri kliniğinde şizofreni hastalarının ortalama yatış maliyeti 1424TL (1094 \$) olarak saptanmıştır (95).

Önceki çalışmalar bir yıllık süreci kapsamaktayken bizim çalışmamız 2005-2009 arası beş yıllık süreci değerlendirmektedir. Türkiye Cumhuriyeti Merkez Bankası ortalama dolar kurları incelendiğinde 2005 yılı ortalaması 1\$: 1,34079 TL, 2006 yılı ortalaması 1\$: 1,43111 TL, 2007 yılı ortalaması 1\$: 1,30151 TL, 2008 yılı ortalaması 1\$: 1,29291 TL ve 2009 yılı ortalaması 1\$: 1,54706TL' dir. Bu değerler incelendiğinde bizim çalışmamızda saptanan şizofreni ve diğer psikotik bozuklukların ortalama yatış maliyeti diğer üç çalışmada üniversite kliniklerinde gerçekleştirilen şizofreni hastalarının ortalama yatış maliyetlerinden yüksektir.

Şizofreni ve diğer psikotik bozuklukların ortalama günlük yatış maliyeti bizim çalışmamızda 54,02 TL saptanmıştır. Tunca ve Ulaş tarafından gerçekleştirilen çalışmada ortalama günlük yatış maliyeti 38,57 TL (31,35\$), Yıldız ve Cerit tarafından gerçekleştirilen çalışmada da yaklaşık 29 \$ saptanmıştır. Ancak Tav tarafından gerçekleştirilen çalışmada Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde ortalama günlük yatış maliyeti 24 \$ olarak saptanırken; İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniğinde ortalama günlük yatış maliyeti 48 \$ ve Özel Lape Psikiyatri Hastanesi'nde 153 \$ olarak hesaplanmıştır (94).

Şizofreni, ABD ve çeşitli Avrupa ülkelerinde yıllık toplam sağlık bakımı harcamalarının yaklaşık %1.5-2.5'ini oluşturmaktadır. En büyük doğrudan maliyet genellikle hastane yatışıdır. Ancak, şizofreninin dolaylı maliyetleri (hastanın rahatsızlığı ya da erken ölümü nedeniyle üretkenlik kaybıyla ilişkili olanlar ya da ailede hastanın bakımıyla ilgilenenlerin üretkenlik kaybı gibi) ve bağlantılı diğer maliyetler, en az doğrudan maliyetler kadar büyük olabilir. Ayrıca, verimlilik maliyetlerine, mortalite maliyetleri, işe devam edememe ve işçinin çalışma gücü kaybı gibi tartışmalı maliyetler de girmektedir (96-99).

Gelişmiş ülkelerde şizofrenide doğrudan maliyetin büyük bölümünü hastane hizmetleri, gelişmekte olan ülkelerde ise ilaç harcamaları oluşturmaktadır (100).

Ülkemizde yapılan bir çalışmanın sonuçlarına göre şizofreninin yıllık maliyeti 616 milyon \$'dır. Bu çalışmada şizofreninin doğrudan tedavi maliyeti bir hasta için yıllık ortalama 1760 USD olarak bulunmuştur. Bir hastanın yıllık doğrudan maliyeti İngiltere'de 2138 Sterlin, Amerika Birleşik Devletlerinde 2543 USD, Tayvan'da 2144 USD, İtalya'da ise 6267 USD olarak bildirilmektedir (101,102,103,104). Fransa, Almanya ve Birleşik Krallık'ta şizofreni hastalarının doğrudan sağlık bakım maliyetlerini araştıran başka bir çalışmada, altı aylık bir dönem için şizofreni hastalarının toplam doğrudan sağlık-bakım harcamalarının ortalama 3190 € olduğu, bu maliyetin %57'sini yataklı bakım hizmetlerinin oluşturduğu saptanmıştır. Şizofreni hastalarının günlük ortalama yatış maliyetleri değerlendirildiğinde, Fransa'da şizofreni hastalarının günlük ortalama yatış maliyetinin 243 €, Almanya'da 260 € ve Birleşik Krallık'ta 251 € olduğu saptanmıştır (105).

Çalışmamızda, diğer tanı gruplarındaki günlük yatış maliyetleri incelendiğinde ilk sırayı 57,26 TL ile duygudurum bozuklukları almaktadır. İsveç'te Bipolar bozukluğun 1997-2005 yılları arasında hastane yatış maliyetinin araştırıldığı bir çalışmada, ortalama toplam yıllık maliyetin 56 milyon € olduğu saptanmıştır. 2005 yılı için ortalama toplam yıllık yatış maliyetinin dağılımı incelendiğinde; 56.2 milyon €'nun 45.6 milyon €'sunun (%81) personel giderlerine harcandığı, 3.9 milyon €'sunun (%7) ilaç ve malzeme gibi işletme giderlerine harcandığı, 5 milyon €'sunun (%9) kira giderlerine ve 1.7 milyon €'sunun da (%3) genel giderlere (overhead) harcandığı

belirlenmiştir. Ayrıca aynı çalışmada İsveçte psikiyatrik hastalar için ortalama günlük yatış maliyetinin 375 € olduğu belirtilmektedir (106).

Günlük yatış maliyetlerinde ikinci sırada ise 54,54 TL ile anksiyete bozuklukları yer almaktadır. Şizofreni ve diğer psikotik bozuklukların ardından 50,7 TL ile alkol ve madde kullanımına bağlı bozukluklar dördüncü sırada ve 'diğer' şeklinde sınıflanan beşinci grupta 50,5 TL ile son sırada yer almaktadır. "Avrupa Beyin Hastalıklarının Maliyeti Çalışma Grubu", psikotik bozukluklar, affektif bozukluklar, anksiyete bozuklukları ve bağımlılığı da içine alan toplam 12 hastalığın maliyetlerini 28 Avrupa ülkesinde araştırmıştır. Bu çalışmaya göre, Avrupa'da psikiyatrik hastalıkların toplam maliyeti 240 milyar € olarak saptanmıştır. Avrupa'da maliyeti en yüksek hastalık grubu depresyon ve bipolar bozukluğu içeren affektif bozukluklar olup, yıllık maliyeti 106 milyar €'dur. Affektif bozuklukları 57 milyar € ile alkol ve madde bağımlılığı, 41 milyar € ile anksiyete bozuklukları ve 35 milyar € ile de şizofreni izlemektedir. Avrupa'da psikiyatrik hastalıklara yılda en fazla harcamayı yapan ülkeler arasında olan Almanya yılda yaklaşık 81 milyar € harcama ile listenin başında yer almaktadır. Ancak hasta başına yıllık maliyet göz önüne alındığında Avrupa'da her hastalık grubu için hasta başına en fazla payı İsviçre'nin ayırdığı saptanmıştır. Avrupa ile Amerika Birleşik Devletleri'nin (ABD) psikiyatrik hastalık maliyetleri karşılaştırıldığında, nüfusun benzer olmasına karşın, psikiyatrik hastalık maliyetlerinin ABD'de daha fazla olduğu görülmektedir. ABD'de psikiyatrik hastalıkların yıllık maliyetinin 269-538 milyar € arasında değiştiği belirtilmektedir. Alkol ve madde bağımlılığının toplam maliyeti, ABD ile Avrupa arasındaki maliyet farkını oluşturmaktadır. Alkol ve madde bağımlılığının Avrupa'daki toplam maliyeti 57 milyar € iken, ABD'de bu maliyetin 160-389 milyar € arasında değiştiği belirtilmektedir (95).

Yatış süreleri değerlendirildiğinde Yıldız ve Cerit'in çalışmasında (2006) şizofreni hastalarının ortalama yatış süresi 37,42 gün ve Ulaş ve Tunca'nın (2010) çalışmasında 38,4 gündür. Bizim kliniğimizde ise ortalama yatış süresi 49,7 olarak hesaplanmıştır. Maliyetteki farklılığın yatış süresinin uzamasına bağlı olduğu düşünülmektedir.

Duygudurum bozuklukları incelendiğinde Ulaş ve Tunca'nın 2010 yılındaki çalışmasında ortalama yatış süresi 35,1 gün ve ortalama yatış maliyeti 1466,12 TL

olarak saptanırken, bizim çalışmamızda ortalama yatış süresi 40 gün ve ortalama maliyet 2290.7 TL olarak saptanmıştır. Yatış sürelerine göre tüm hastalık grupları değerlendirildiğinde şizofreni ve diğer psikotik bozukluk grubundaki hastaların yatış süreleri diğer gruplara oranla anlamlı düzeyde fazladır.

Hastaların toplam maliyetlerine bakıldığında terapi ve yatak maliyeti ilk sıralarda yer almaktadır ve literatürdeki diğer çalışmayla uyumludur (95).

Her ne kadar ülkemizde psikiyatrik hastalıkların toplam maliyetini araştıran çok fazla veri bulunmasa da yatış maliyetleri üzerinden Avrupa ve ABD’de gerçekleştirilen çalışmalarla karşılaştırıldığında maliyetin oldukça düşük olduğu göze çarpmaktadır. Ancak bizdeki rakamların sadece tedavi masraflarını içerdiğini, diğer çalışmaların ise rehabilitasyon hizmetlerini, evde tedaviyi, hastalara sağlanan ev ya da yurt olanaklarını ve diğer toplumsal yardımları da içerdiğini düşünürsek daha düşük gibi görünen rakamın aslında normal sınırlarda temel bir rakam olma olasılığının güçlü olduğunu söyleyebiliriz. Ülkemizde yatış ve ilaç dışı tedavi hizmetlerinin de günlük uygulamaya girmesiyle maliyet rakamının yükselmesi beklenir (93).

Psikiyatrik hastalıklarda dolaylı maliyet toplam maliyetin %50’sini oluşturmaktadır. Dolaylı maliyetten sonra toplam harcamalarda en önemli payı hastane yatış maliyeti oluşturmaktadır (105,107,108,109).

Avrupa’da psikiyatrik hastalıklarının hastane yatışına bağlı yıllık toplam maliyeti yaklaşık 48 milyar €’dur. Bu miktar toplam maliyetin %20’sini, doğrudan maliyetin de %51’ini oluşturmaktadır (98).

Doğrudan sağlık-bakım harcamaları psikiyatrik bozuklukların ekonomik maliyetinin sadece bir kısmını oluşturmaktadır. Psikiyatrik bozuklukların morbidite ve mortalite etkileri de anlamlı maliyet doğurur ve bunlar “dolaylı maliyet” olarak tanımlanır. Dolaylı maliyet çalışanın gelir kaybını, işverenin üretkenlik kaybını ve ülkenin sosyal refah sistemine yüklenen maliyeti (işsizlik ve sakatlık ödemesi, sağlık sigortası ödemeleri ve sigorta primlerinde artışlar dahil) de içerir. Hastalar açısından gerçek maliyet hastalıktan kaynaklanan acı, ıstırap ve yaşam kalitesinin düşüklüğüdür. Bunun da maddi bir ölçüğü bulunmamaktadır.

Ancak uluslararası ve ulusal düzeyde yapılan birtakım çalışmalarla hastalıklara bağlı yeti yitim oranı hakkında fikir sahibi olunmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 2004 yılında yaptığı tüm hastalık kategorilerini içeren GBD (global burden of diseases) çalışmasında, hastalıklar sekel bırakma ve işgücü kaybına neden olma açısından hafiften şiddetliye 7 gruba ayrılmıştır. Şizofreni ve bipolar bozukluk, GBD çalışmasının metodolojisine göre en yüksek engellilik derecelendirmesini (sırasıyla 0.53 ve 0.40) temsil eden yedinci grupta yer almaktadır. Bunu GBD ("orta dereceli" form için derecelendirme 0.35) ile majör depresif bozukluk takip etmektedir. Dolayısıyla, majör depresif bozukluk GBD derecelendirmesinde yaklaşık olarak multipl skleroz (0.41) veya sağırlıkla (0.33) benzerdir. Şiddetli formdaki majör depresif bozukluğun derecelendirmesi 0.62 olup, körlüğün derecelendirmesiyle tamamen aynıdır (110).

Tablo 17. Mental bozukluklarla ilişkili engellilik ve maliyet

Mental bozukluk	GBD engellilik ağırlığı	CPES % şiddetli SDS engellilik [†]	Yıllık maliyet ABD doları (milyar)
Panik bozukluk	0.17	47	30.4
Sosyal fobi	NA [§]	36	15.7
Basit fobi	NA	19	11.0
Majör depresif bozukluk	0.35	58	97.3
Obsesif-kompulsif bozukluk	0.13	47	10.6
İlaç kötüye kullanımı/bağımlılığı	0.25	39	201.6
Alkol kötüye kullanımı/bağımlılığı	0.16	14	226.0
Kişilik bozuklukları	NA	NA	NA
Şizofreni	0.53	NA	70.0
Bipolar bozukluk	0.40	83	78.6
Demans (>65 yaş)	NA	NA	76.0

[†]İşbirlikçi Psikiyatrik Epidemiyoloji Araştırmalarında (CPES) kullanılan Sheehan Engellilik Ölçeğine (SDS) göre belirgin veya aşırı şiddetli bozukluğu olanların yüzde oranı. Bipolar bozukluk için SDS tahmini, depresyon ve mani için en şiddetli SDS derecelendirmesine dayanmıştır. Bipolar bozukluk ve SDS tahmini, CPES'in Ulusal Komorbidite Araştırması Replikasyonu (NCS-R) ve Ulusal Amerikan Yaşamı Araştırması (NSAL) bileşenlerinde bulunmuştur. Obsesif-kompulsif bozukluk ve basit fobi ve SDS tahminleri CPES'in yalnızca NCS-R bileşeninde bulunmuştur.

§NA, geçerli değil.

Birçok çalışma şizofreninin dolaylı ve diğer ilişkili maliyetlerinin doğrudan maliyetinden daha fazla olabileceğini düşündürmektedir. Bir izlem çalışmasının sonuçlarına göre şizofreni hastalarında tam zamanlı iş oranları %15-56 arasında bildirilmiştir. Belirgin rezidüel semptomları olan hastalarda ise işsizlik oranının % 85 gibi yüksek oranlara ulaştığı görülmektedir (111-113).

Yeti yitimine uyarlanmış yaşam yılı hesaplaması ile gerçekleştirilen “Ulusal Hastalık Yükü” çalışmasında, tüm hastalık ve yaralanmalar göz önüne alındığında psikiyatrik bozuklukların toplam hastalık yükünün %13.3’ünü oluşturduğu ve temel hastalık grupları arasında en fazla yükü oluşturan kardiyovasküler hastalıklardan sonra 2. sırada yer aldığı saptanmıştır. Ayrıca en fazla hastalık yükü oluşturan ilk 20 hastalık sıralamasında 4. sırada Tek Uçlu Major Depresyon ve 20. sırada da şizofreni yer almaktadır.

Tablo 18. Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması 2004

	Erkek	DALY (‘000)	Toplumda Yüzdesi		Kadın	DALY (‘000)	Toplumda Yüzdesi
1	İskemik Kalp Hastalıkları	506,033	8,9	1	Perinatal Nedenler	456,807	8,9
2	Perinatal Nedenler	500,691	8,8	2	İskemik Kalp Hastalıkları	354,051	6,9
3	Serebrovasküler Olaylar	355,938	6,3	3	Serebrovasküler Olaylar	284,917	5,5
4	Alt Solunum Yolu Enfeksiyonları	217,552	3,8	4	Unipolar Depresif Hastalıklar	276,576	5,4
5	Trafik Kazaları	184,218	3,3	5	Demir Eksikliği Anemisi	195,284	3,8
6	Konjenital Anomaliler	174,833	3,1	6	Alt Solunum Yolu Enfeksiyonları	190,523	3,7
7	KOAH	167,374	3	7	Osteoartritler	150,154	2,9
8	Osteoartritler	166,494	2,9	8	Konjenital Anomaliler	145,150	2,8
9	Unipolar Depresif Hastalıklar	146,608	2,6	9	KOAH	132,584	2,6
10	İshalli hastalıklar	116,543	2,1	10	Maternal Durumlar	127,220	2,5
11	Akciğer Kanseri	108,722	1,9	11	Diabetes Mellitus	109,869	2,1
12	Alkol Kullanım Bozuklukları	99,351	1,8	12	İshalli hastalıklar	104,548	2
13	Yetişkinlikte Başlayan İşitme Kaybı	97,714	1,7	13	Yetişkinlikte Başlayan İşitme Kaybı	86,978	1,7
14	Diabetes Mellitus	93,158	1,6	14	Trafik Kazaları	77,410	1,5
15	Şiddet	81,563	1,4	15	Meme Kanseri	66,125	1,3
16	İnflamatuvar Kalp Hastalıkları	73,721	1,3	16	Romatoid Artrit	69,242	1,3
17	Astım	71,738	1,3	17	Hipertansif Kalp Hastalıkları	63,545	1,2
18	Tüberküloz	69,967	1,2	18	Romatizmal Kalp Hastalıkları	63,009	1,2
19	Lösemi	64,205	1,1	19	Astım	60,654	1,2
20	Şizofreni	56,635	1	20	Migren	59,451	1,2

Bölgesel değerlendirme yapıldığında Batı bölgesinde YLD (Years of life lived with disability-özürlelikle geçirilen yıllar) açısından ilk sırada yer alan hastalıklar değerlendirildiğinde toplamda ilk sırada unipolar depresif hastalıklar (%9,2) yer

almaktadır. Bizim hasta grubumuzda da unipolar depresyon tanısıyla takip edilen hastalar % 26.3 ile ilk sırada bulunmaktadır.

Türkiye Batı Bölgesinde YLD'ye Neden Olan İlk 20 Hastalığın % Dağılımı (UHY-ME Çalışması, 2000, Türkiye)

YLD Nedenleri	Toplam YLD ler (%)
<i>1 Unipolar Depresif Hastalıklar</i>	9,2
<i>2 Osteoartritler</i>	7,1
<i>3 Demir Eksikliği Anemisi</i>	4,1
<i>4 Yetişkinlerde görülen işitme kayıpları</i>	4,1
<i>5 KOAH</i>	3,8
<i>6 Serebrovasküler Hastalıklar</i>	3,1
<i>7 Perinatal nedenler</i>	2,7
<i>8 Alkol kullanımına bağlı bozukluklar</i>	2,5
<i>9 Diabetes Mellitus</i>	2,4
<i>10 Şizofreni</i>	2,4
<i>11 İyot Yetersizliği</i>	2,1
<i>12 Maternal nedenler</i>	2,0
<i>13 Romatoid artrid</i>	1,9
<i>14 Alzheimer ve diğer demanslar</i>	1,8
<i>15 Migren</i>	1,5
<i>16 Astım</i>	1,5
<i>17 İskemik kalp hastalığı</i>	1,5
<i>18 İnflamatuvar kalp hastalığı</i>	1,4
<i>19 Bipolar affektif bozukluklar</i>	1,3
<i>20 Konjenital Anomaliler</i>	1,2

YLD: (Years of life lived with disability-özürlülükle geçirilen yıllar)

ÖZET

Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniğinde 2005–2009 Yılları Arasında Yatan Hastaların Sosyodemografik Özellikleri, Tanı Dağılımı ve Tedavi Maliyetlerinin Değerlendirilmesi

Türkiye’de psikiyatrik hastalıkların yatarak tedavi maliyeti bilinmemektedir. Bu çalışmanın amacı bir üniversite hastanesinin psikiyatri kliniğinde yatan hastaların tedavi maliyetini araştırmaktır. Ocak 2005-Aralık 2009 tarihleri arasında Süleyman Demirel Üniversitesi Psikiyatri Servisinde yatarak tedavi gören hastaların verileri incelendi. Hastaların sosyo-demografik ve klinik verilerine ulaşmak için geriye dönük olarak hasta dosyaları tarandı.

Yıllık ortalama yatan hasta maliyeti hesaplandı ve beş grubun (Psikotik bozukluklar, duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, alkol ve madde kullanımına bağlı bozukluklar ve diğer bozukluklar) karşılaştırması yapıldı. Çalışmaya 433 hasta dahil edildi. Olguların (%48.7)’si (n=211) kadın, %51.3’si (n=222) erkek, hastaların yaş ortalaması 38.9 ± 15.1 yıl olarak bulundu. DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre duygudurum bozuklukları %52.3 (n=228), anksiyete bozuklukları %5.8 (n=25), psikotik bozukluklar %20.6 (n=89), alkol ve madde kullanımına bağlı bozukluklar %17.1 (n=74), diğer bozukluklar %3.9 (n=17) oranında bulundu. Bir hasta için ortalama yatış maliyeti 2255.7 ± 1767.7 Türk Lirası bulundu. Psikotik bozuklukların yatarak tedavi maliyetleri diğer psikiyatrik bozukluklardan yüksekti. Türkiye’de psikiyatri hastalarının ortalama yıllık yatış maliyetleri gelişmiş ülkelerle kıyaslandığında daha düşüktür. Ülkemizde psikiyatrik hastalıkların maliyeti ile ilişkili yeterli veri bulunmamaktadır. Psikiyatrik hastalıkların yatış maliyetinin hesaplanması ruh sağlığı politikalarının geliştirilmesi açısından önemlidir.

Anahtar sözcükler: Psikiyatrik hastalık, maliyet, yatan hasta, sosyodemografik özellikler.

SUMMARY

Evaluation of Sociodemographic Features, Psychiatric Diagnosis and Treatment Costs of Patients Treated in the Inpatient Psychiatric Clinic of Suleyman Demirel University Hospital between January 2005 and December 2009.

Inpatient cost of psychiatric disorders in Turkey is unknown. The aim of this study is to calculate the annual cost of inpatient population in a Psychiatric clinic of a university hospital in Turkey. The authors analyzed the data of psychiatric patients treated in the inpatient psychiatric clinic of Suleyman Demirel University Hospital between January 2005 and December 2009. Retrospective chart review was performed to obtain sociodemographic and clinical data. The average annual inpatient treatment cost was calculated and comparisons were made among five different diagnostic groups: psychotic disorders, mood disorders, anxiety disorders, alcohol-substance use disorders and other psychiatric disorders. 433 inpatients were included in the study.

48.7 % (n=211) of the patients were female, 51.3 % (n=222) were male and the mean age was found as 38.9 ± 15.1 year, DSM-IV-TR diagnosis of the inpatients were as follows: 52.3 % (n=228) mood disorders, 5.8 % (n=25) anxiety disorders, 20.6 % (n=89) psychotic disorders, 17.1 % (n=74) alcohol-substance use disorders and other psychiatric disorders 3.9 % (n=17). The average inpatient treatment cost of an individual patient was 2255.7 ± 1767.7 Turkish Liras. The total inpatient costs were higher in psychotic disorders than in other psychiatric disorders. The annual inpatient treatment cost of psychiatric patients in Turkey is found to be lower than those in developed countries. There is insufficient data about the cost of psychiatric disorders in our country, and such information is important for planning mental health policy.

Key words: Psychiatric disorders, cost, inpatient, sociodemographic properties.

KAYNAKLAR

1. Aysev A. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniğinde yatarak tedavi gören psikotik kadın ve erkekler üzerine karşılaştırmalı bir çalışma. Uzmanlık tezi Ankara, 1985.
2. Andersen SM, Harthorn BH. The recognition, diagnosis, and treatment of Mental disorders by primary care physicians. *Med Care* 1989;27(9):869-86.
3. Gonzales JJ, Magruder KM, Keith SJ. Mental disorders in primary care services: an update. *Public Health Rep* 1994;109(2): 251–258.
4. Ulaş H, Tunca Z. Bir Üniversite Hastanesi Psikiyatri Kliniğinde Yatan Hastaların Maliyet Analizi. *Nöropsikiyatri Arşivi Dergisi* 2010; 47(2):144-149.
5. Saravay SM, Cole SA. Mental disorders in the primary care sector: a potential role for managed care. *Am J Manag Care* 1998;4(9):1319-22.
6. Mumford DB, Minhas FA, Akhtar I, Akhtar S, Mubbashar MH. Stress and psychiatric disorder in urban Rawalpindi. *Br J Psychiatry* 2000;177: 557-562.
7. Ayrancı Ü. Eskişehir ilinde birinci basamak sağlık kurumlarında verilen ruh sağlığı hizmetlerinin değerlendirilmesi. Uzmanlık tezi. Ankara, 2000.
8. Öztürk MO. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 10. Baskı, Ankara: Feryal Matbaası 2004; 217-228.
9. Andreasen NC, Nopoulos P, O'Leary DS, Miller DD, Wassink T, Flaum M. Defining the phenotype of schizophrenia: Cognitive Dysmetria and its neurol mechanisms. *Biol Psychiatry* 1999; 46:908-920.
10. Ceylan ME, Türkcan A. Araştırma ve klinik uygulamada biyolojik psikiyatri-Şizofreni. 2. Baskı, İstanbul: 2005
11. Andreasen NC, Nopoulos P, O'Leary DS, Miller DD, Wassink T, Flaum M. Defining the phenotype of schizophrenia: Cognitive Dysmetria and its neurol mechanisms. *Biol Psychiatry* 1999; 46:908-920.
12. Pantelis C, Yücel M, Wood SJ ve ark. Structural brain imaging evidencefor multiple pathological processes at different stagesof brain developmentalin schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 2005; 1-25.
13. Sharafi M. Compraison classical and clozapin treatment on schizophrenia using positive and nevative syndrome scale schizophrenia (PANSS) and SPECT imaging. *Int. J. Med. Sci.*2005; 2 (2):79-86.
14. Stahl SM. Temel Psikofarmakoloji. Taneli B, Taneli Y. (Çeviri editörleri), İstanbul: Yelkovan Yayıncılık 2003; 176: 365-401.
15. Tokuçoglu L. Şizofreni tanılı bir grup hastada belirti kümeleri, sanrılar ve sağaltımın bunlar üzerindeki etkileri. Uzmanlık tezi. 1998
16. Abi-Dargham A, Laruelle M. Mechanisms of action of second generation antipsychotic drugs in schizophrenia insights from brain imaging studies. *Europen Psychiatry* 2005;20:15-27.
17. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision, American Psychiatric Association, Washington D.C. and London, 2000.
18. Bodur Z. Şizofrenide bölgesel beyin akimlarının klinik belirtiler ve nöropsikolojik test performansıyla ilişkisi. Uzmanlık tezi 2000.

19. Nasrallah HA, Smeltzer DJ. Şizofreni güncel tanı ve tedavi kitabı; 2002:5-135.
20. Sadock BJ, Kaplan HI.(Çeviri Editörü, Abay E). Kaplan Sadock, Klinik Psikiyatri. Nobel Tıp Kitabevleri İstanbul, 2004.
21. Jones P, Cannon M. The new epidemiology of schizophrenia psyciatry. Clin North Am. 1998;27:233-239.
22. Amerikan Psikiyatri Birliği. Mental bozuklukların tanısai ve sayımsai el kitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM-IV-TR). Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington D.C, 2000'den çeviri editörü: Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara: MedicoGraphics Ajans ve Matbaacılık Hizmetleri, 2001.
23. Köknel Ö. Duygudurum Bozukluklarının Tarihçesi, Duygudurum Dizisi 2000;1:5-11.
24. Kaplan HI, Saddock BJ. Kaplan & Saddock's Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences/ Clinical Psychiatry. Eight edition. Mood Disorders 1998.
25. Boyd JH, Weissman MM. Epidemiology of major affective disorders. Psychiatry, R Michels (Ed), III. Cilt, Philadelphia, JB Lippincott Company 1989.
26. Rothschild AJ. Mood disorders. Harvard Guide to Psychiatry, Nicholy Jr AM ed, 3.baskı, Cambridge, Harvard University Pres 1999.
27. Üstün TB, Ceylan M, Yasar AK ve ark. Kazan sağlık ocağı bölgesinde (kırsal ve yarı kırsal kesimde) depresyon prevalansı ve ocakta verilen ruh sağlığı hizmetinin değerlendirilmesi. 18. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi, 1981 İstanbul.
28. Beekman AT, Deeg DJ, van Tilburg T, Smit JH, Hooijer C, van Tilburg W. Major and minor depression in later life: A study of prevalence and risk factors. J Affect Disord. 1995 Dec 24;36(1-2):65-75.
29. Murrell SA, Himmelfarb S, Wright K. Prevalence of depression and its correlates in older adult. Am J Epidemiol 1983 117: 173-185.
30. Altamura AC, Carta MG, Carpiello B, Piras A, Macciò MV, Marcia L. Lifetime prevalence of brief recurrent depression (results from a community survey). Eur Neuropsychopharmacol. 1995;5 Suppl:99-102.
31. Blazer DG. Epidemiology of depression: prevalence and incidence. Principles and practice of geriatric psychiatry. Copeland JRM, Abou-Sale MT, Blazer DG (Ed)England, John Wiley Sons Ltd 1994: 519-522.
32. Copeland JRM, Dewey ME, Saunders PA. Çeviren: Kaplan I. Yaslılarda depresyon. Türk Psikiyatri Dergisi 1992 3 (1).
33. Regier DA, Burke JD. Epidemiology, Kaplan&Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry/VII. Ed., Philadelphia: Lipincott/ Williams& Wilkins, Volume 1:500-522.
34. Işık E, Duygudurum bozuklukları: Depresyon ve Bipolar Bozukluklar. Görsel Sanatlar Matbaacılık,2003.
35. Witchen HU, Essau CA, von Zerssen D, Krieg JC, Zaudig M. Lifetime and six-month prevalence of mental disorders in the Munich Follow, Up Study. Eur ArchPsychiatry Clin Neurosci 1992; 241 (4): 247-258.
36. Doğan O, Gülmez H, Keteneoğlu C ve ark. Ruhsal Bozuklukların Epidemiyolojisi, I.Baskı, Sivas: Dilek Matbaası 1995.
37. Wilhelm K, Mitchell P, Slade T, Brownhill S, Andrews G. Journal of Affective Disorders 2003; 75: 155-162.

38. Almeida-Filho N, Lessa I, Magalhaes L, Araujo MJ, Aquino E, James SA, Kawachi I. Social inequality and depressive disorders in Bahia, Brazil: interactions of gender, ethnicity, and social class. *Social Science & Medicine* 2004; 59:1339-1353.
39. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR ve ark. The epidemiology of major depressive disorder: Results From the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). 2006; Vol 289, no:23.
40. Ohayon MM, Priest RG, Guilleminault C, Caulet M. The Prevalence of Depressive Disorders in United Kingdom. *Society of Biological Psychiatry* 1999; 45:300-307.
41. Patten SB, Stuart HL, Russel ML, Maxwell CJ, Arboleda-Florez J. Epidemiology of major depression in a predominantly rural health region. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003; 38: 360-365.
42. Yüksel N. Ruhsal Hastalıklar Bölüm13:Duygudurum Bozuklukları; Çizgi Tıp Yayınevi, Yenilenmiş 2. Baskı 2001.
43. Oral T. İki uçlu bozukluk. İstanbul: WPA Serisi, CSA Medikal Yayın Ajansı, 2002: 441-503.
44. Akiskal HS, Akiskal K. Reassessing the prevalence of bipolar disorders: Clinical significance artistic creativity. *Eur Psychiatry*, 1988; 3: 29- 36.
45. Angst J. The emerging epidemiology of hypomania and bipolar II disorder. *J. Affect. Disord.*, 1998; 50: 143- 151.
46. Akiskal HS. The bipolar spectrum: research and clinical perspectives. *Encephale*, 1995; 21 (no. 6): 3- 11.
47. Akiskal HS, Bourgeois ML, Jules Angst ve ark.. Re-evaluating the prevalence of and diagnostic composition within the broad clinical spectrum of bipolar disorders. *J Affect Disord*, 2000; 59:5-30.
48. Bebbington P, Ramana R. The epidemiology of bipolar disorder. *Soc Psychiatry Epid*, 1995; 30: 279-292.
49. Kessler RC, Rubirow DR, Holmes C. The epidemiology of DSM III-R Bipolar I disorder in a general population survey. *Psychol Med*, 1997; 27: 1079-1089.
50. Winokur G. Is there a common genetic factor in bipolar and unipolar affective disorder. *Compr Psychiatry*, 1980; 21: 460- 464.
51. Kawa I, Carter JD, Joyce PR, Doughty CJ, Frampton CM, Wells JE, et al. Gender differences in bipolar disorder: age of onset, course, comorbidity and symptom presentation. *Bipolar Disord* 2005; 7:119-125.
52. Negash A, Alem A, Kebede D, Deyessa N, Shibre T, Kullgren G. Prevalence and clinical characteristics of bipolar I disorder in Butajira, Ethiopia: a community based study. *J Affect Disord* 2005; 87:193-201.
53. McDonald WM, Nemeroff CB. The diagnosis and treatment of mania in the elderly. *Bull Menninger Clin* 1996; 60:174-196.
54. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan&Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Eighth ed., Philadelphia; Lippincott Williams&Wilkins, 2005.
55. Güleç C, Köroğlu E. Psikiyatri Temel Kitabı, Cilt 1, Ankara: Hekimler Yayın Birliği 1997.
56. Işık E. Nevrozlar, Ankara: Kent Matbaa, 31-32, 1996.
57. Güleç C, Köroğlu E. Psikiyatri Temel Kitabı, 2. Baskı Ankara: Hekimler Yayın Birliği 2007.

58. Uluhan EF. Isparta İl Merkezinde Alkol ve Psikoaktif Madde Kullanımının 12 Aylık Dağılımı ve Sosyodemografik Değişkenlerle İlişkisi. Tıpta Uzmanlık Tezi Isparta 2006.
59. Scheepers BDM. Alcohol and the brain. *Br J Hosp Med*, 57:548-51, 1997.
60. Lingford AR, Davies SJC, Mciver S, et al. Addiction. *Br Med Bull*, 65:209-22, 2003.
61. World Health Organization: The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders, World Health Organization, Geneva, 1992.
62. Ögel K. Madde Kullanım Bozuklukları Epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi Psikiyatri* 2005; 1(47): 61-64.
63. Ceylan ME, Türkcan A. Alkol ve Madde kullanım bozuklukları, 2. Cilt, 1. Kitap, s. 1-64 2003.
64. Erol N, Kılıç C, Ulusoy M, Keçeci M, Simsek Z. Türkiye ruh sağlığı profili raporu, TC Sağlık Bakanlığı Sağlık projesi genel koordinatörlüğü, Ankara 1998.
65. Sadock BJ. Maddeye Bağlı Bozukluklar. "Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry", Sekizinci Baskı. Çeviri Editörü: Aydın H, Bozkurt A., Günes Kitabevi İstanbul 2008;. 1137-1328.
66. Penayo U, Kullgren G, Caldera T. Mental disorders among primary health care patients in Nicaragua. *Acta Psychiatr Scand*.1990;82(1):82-5.
67. Lehtinen V, Joukamaa M, Lahtela K, Raitasalo R, Jyrkinen E, Maatela J ve ark. Prevalence of mental disorders among adults in Finland: basic results from the Mini Finland Health Survey. *Acta Psychiatr Scand*.1990;81(5):418-25.
68. Coyne JC, Fechner-Bates S, Schwenk TL. Prevalence, nature, and comorbidity of depressive disorders in primary care. *Gen Hosp Psychiatry*.1994;16(4):267-76.
69. Philbrick JT, Connelly JE, Wofford AB. The prevalence of mental disorders in rural office practice. *J Gen Intern Med*.1996;11(1):9-15.
70. Karasu U. Eskişehir il merkezinde birinci basamak sağlık kuruluşlarında ruhsal bozuklukların yaygınlığı ve sosyo-demografik değişkenlerle ilişkisi. Uzmanlık tezi Eskişehir 2007.
71. Lyness JM, Caine ED, King DA, Cox C, Yoediono Z. Psychiatric disorders in older primary care patients. *J Gen Intern Med*.1999;14(4):249-54.
72. Lubetkin EI, Jia H, Gold MR. Depression, anxiety, and associated health status in low-income Chinese patients. *Am J Prev Med*.2003;24(4):34-60.
73. Özmen E. Anksiyete Bozukluklarının Epidemiyolojisi. *Psikiyatrik Epidemiyoloji. Ege Psikiyatri Yayınları* 2002; 49-57.
74. Regier DA, Myers JK, Kramer M, Robins LN, Blazer DG, Hough RL ve ark. Epidemiologic Catchment Area program: Historical context, major objectives, and study population characteristics. *Arch Gen Psychiatry*. 1984;41:934-941.
75. Küey L, Üstün BT, Güleç C. Türkiye'de ruhsal bozukluklar epidemiyolojisi araştırmaları üzerine bir gözden geçirme çalışması. *Toplum ve Hekim*.1987; 44:16-30.
76. Üstün TB, Sagduyu A, Rezaki M. Sonuç ve öneriler. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Bölümü. Dünya Sağlık Örgütü İş birliği Merkezi Yayınları 1997.
77. Erol N, Kılıç C, Ulusoy M. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu. Ankara. Eksen Tanıtım Ltd.Sti. 1998.

78. Hıfsızsihha Mektebi Hastalık Yüğü Çalışması 2004.Hıfsızsihha Mektebi Müdürlüğü Ankara 2006.
79. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51:8-19.
80. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 109: 21-7.
81. Wittchen HU, Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe-a critical review and appraisal of 27 studies. *Eur Neuropsychopharmacol* 2005; 15:357-76.
82. Akalın HE. Sağlık ekonomisi temel tanımlar *ANKEM Dergisi* 1995; 9 (No:3): 233-235.
83. Salize HJ, McCabe R, Bullenkamp J et al. Cost of treatment of schizophrenia in six European countries. *Schizophr Res* 2009; 111:70-7.
84. Heider D, Bernert S, König HH et al. Direct medical mental health care costs of schizophrenia in France, Germany and the United Kingdom - findings from the European Schizophrenia Cohort (EuroSC). *Eur Psychiatry* 2009; 24:216-24.
85. Ösby U, Tiainen A, Backlund L et al. Psychiatric admissions and hospitalization costs in bipolar disorder in Sweden. *J Affect Disord* 2009; 115:315-22.
86. Costello EJ, Copeland W, Cowell A. Service costs of caring for adolescents with mental illness in a rural community, 1993-2000. *Am J Psychiatry* 2007; 164:36-42.
87. Andlin-Sobocki P, Jönsson B, Wittchen HU et al. Cost of disorders of the brain in Europe. *Eur J Neurol* 2005; 1:1-27.
88. Devlet İstatistik Enstitüsü Nüfus İstatistikleri. T.C Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü, Isparta, 2000.
89. Reiger DA, Myers JK, Kramer ve ark. The NIMH Epidemiological Catchment Area Program: Historical context, major objectives and study population characteristics. *Arch Gen Psychiatry* 1984; 41: 934-941.
90. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM III). Third ed., Revised, DC: American Psychiatric Association, 1987.
91. Yıldırım, S. Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi. Uzmanlık Tezi Devlet Planlama Teşkilatı, Ankara,1994.
92. Rosenheck R, Leslie D. Economic perspectives on the treatment of schizophrenia. In *Comprehensive Care of Schizophrenia*, Lieberman JA, Murray RM (editors), London: Martin Dunitz, 2001; 327-340.
93. Yıldız M, Cerit C. Şizofreni tedavisinin yıllık maliyeti: Bir üniversite hastanesi verilerinden yapılan hesaplama. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2006;16:239-244.
94. Tav A. Şizofreni tedavisinde direk maliyeti belirleyen değişkenlerin karşılaştırmalı değerlendirilmesi. . Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, TC Sağlık Bakanlığı Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 4. Psikiyatri Birimi, İstanbul, 2006.
95. Ulaş H, Tunca Z. Bir Üniversite Hastanesi Psikiyatri Kliniğinde Yatan Hastaların Maliyet Analizi, *Nöropsikiyatri Arşivi* 2010; 47: 144-9.
96. Barrett B, Byford S, Knapp M. Evidence of cost-effective treatment for depression: a systematic review. *J Affect Disord* 2005; 84: 1-13.

97. Einarson TR, Arikian S, Sweeney S, Doyle J. A model to evaluate the cost-effectiveness of oral therapies in the management of patients with major depressive disorders. *Clin Ther.* 1995;17:136-153.
98. Andlin-Sobocki P, Rössler W. Cost of psychotic disorders in Europe. *Eur J Neurol* 2005, 12 (Suppl.1) : 74-77.
99. Bhana N, Foster RH, Olney R, Plosker G.L. Olanzapine: An Updated Review of its Use in the Management of Schizophrenia. *Drugs*: 2001; 61: 111-161.
100. Manning WG. Panel on cost – effectiveness in health and medicine recommendations: Identifying costs. *J Clin Psychiatry* 1999; 60(3): 54-55.
101. Davies LM, Drummond MF. Economics and schizophrenia: The real cost. *Br J Psychiatry* 1994; 165 (Suppl.25): 18-21.
102. Martin BC, Miller S. Expenditures for treating schizophrenia: A population-based study of Georgia Medicaid recipients. *Schizophr Bull* 1998; 24: 479-488.
103. Lang HC, Su TP. The cost of schizophrenia treatment in Taiwan. *Psychiatr Serv* 2004; 55: 928-930.
104. Garattini L, Barbui C, Clemente R, Cornago D, Parazzini F, Study Group SCORE. Direct costs of schizophrenia and related disorders in Italian Community Mental Health Services: A multicenter, prospective 1-year followup study. *Schizophr Bull* 2004; 30: 295-302.
105. Heider D, Bernert S, König HH et al. Direct medical mental health care costs of schizophrenia in France, Germany and the United Kingdom - findings from the European Schizophrenia Cohort (EuroSC). *Eur Psychiatry* 2009; 24:216-24.
106. Ösby U, Tiainen A, Backlund L et al. Psychiatric admissions and hospitalization costs in bipolar disorder in Sweden. *J Affect Disord* 2009; 115:315-22.
107. Andlin-Sobocki P, Jönsson B, Wittchen HU et al. Cost of disorders of the brain in Europe. *Eur J Neurol* 2005; 1:1-27.
108. Greenberg PE, Kessler RC, Birnbaum HG et al. The economic burden of depression in the United States: how did it change between 1990 and 2000 *J Clin Psychiatry* 2003; 64:1465-75. 14. Pugliatti M, Sobocki P, Beghi E et al. Cost of Disorders of the Brain in Europe” Study Group. Cost of disorders of the brain in Italy. *Neurol Sci* 2008; 29:99-107.
109. McEvoy JP. The cost of schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 2007; 68:4-7.
110. Eaton WW, Martins SS, Nestadt G, Bienvenu OJ, Clarke D, Alexandre P. The burden of mental disorders. *Epidemiol Rev.* 2008;30:1-14. Epub 2008 Sep 19.
111. Henry N, Smeltzer DJ. Şizofreni güncel tanı ve tedavi kitabı Çeviri editörü Köksal Alptekin.1. Baskı. AND Yayıncılık, 2005; 27-99.
112. Rice DP, Miller IS. The economic burden of schizophrenia. In: Moscarelli M, Rupp A, Sartorius N ed. handbook of mental health economics and health policies. John Wiley & Sons, 1996; 321-334.
113. Kissling W, Höfşer J, Seemann U, Müller P, Rüter E, Trenckmann U, Uber A, Graf von der Schulenburg JM, Glaser P, Glaser T, Mast O, Schmidt D. Direct and indirect costs of schizophrenia. *Fortschr Neurol Psychiatr* 1999; 67: 29-36.