

33321.

T. C.  
E. Ü. T. F.  
Psikiyatri Ana Bilim Dalı  
Prof. Dr. Rafet Saygılı

SCID – P

Birlikte Görüşme Kullanıcılar  
Arası Uyum Düzeyi  
Araştırılması

Uzmanlık Tezi

Dr. Hayriye Elbi

İZMİR - 1989

T. C.  
Yükseköğretim Kurulu  
Dokümantasyon Merkezi

Bu araştırmanın yapılabilmesi için her türlü olanağı sağlayan Psikiyatri Ana Bilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Rafet Saygılı'ya, araştırma ekibini oluşturan, çeviri ve eğitim çalışmalarına başkanlık eden, görüşmeler süresince danışmanlığımızı üstlenen ve verileri değerlendirecek bilgisayar programlarını yapan E.Ü.T.F. öğretim üyesi Prof. Dr. Soli Sorias'a, görüşmeleri birlikte yürüttüğümüz E. Ü. T. F. araştırma görevlisi Dr. Zeki Nifirne'ye, çeviri ve eğitim ekibinde yer alan E.Ü.T.F. öğretim üyesi Prof. Dr. Cahide Aydın, Yar. Doç. Dr. Simavi Vahip, Dr. Levent Mete, Dr. Işıl örnek, Dr. Elif Aktener'e değerli katkıları için teşekkür ederim.

## İÇİNDEKİLER

1. GİRİŞ
  - 1.1 Psikiyatride Tanı
  - 1.2 Psikiyatride Sınıflama ve önemi
  - 1.3 Güvenirlik ve Geçerlik Kavramları, Türleri
  - 1.4 Yapılandırılmış Görüşmeler Tanıtımı ve Gelişimi
  - 1.5 önemli Yapılandırılmış Görüşmeler
  - 1.6 Yapılandırılmış Görüşmeleri Değerlendirme Yöntemleri
  - 1.7 Uluslararası Çalışmalar ve Çeviri
  - 1.8 SCID Tanıtımı ve Kullanımı
2. AMAÇ
3. YÖNTEM ve ARAÇ
  - 3.1 Populasyonun özellikleri ve örnek Seçimi
  - 3.2 SCID'in özellikleri
  - 3.3 Çeviri ve Uyarlama Çalışmaları
  - 3.4 Uygulama Eğitimi
  - 3.5 Uygulama Süreci
  - 3.6 Verilerin Değerlendirilmesi
4. BULGULAR
  - 4.1 örneğin Tanıtılması ve Sosyo-demografik özellikler
  - 4.2 Görüşmecilerin SCID Tanılarında Uyuşma Düzeyleri
  - 4.3 Görüşmecilerin Tanı Kesinliğinde Uyuşma Düzeyleri
5. TARTIŞMA
6. ÖZET
7. KAYNAKLAR

## 1. GİRİŞ

Araştırmalarda ya da günlük çalışma ortamında tanı koymak sıklıkla hasta hekim ilişkisinin ilk adımlarındandır. Hekimin amacı hastayı karşısına getiren tabloyu ve bu durumun hangi ortamda ne gibi temeller üzerinde geliştiğini anlamaktır. Psikiyatristlerin, kişinin belli bir hastalığı olup olmadığını ayırt etme amacı ile klinik tabloyu tanımlamasına tanımlayıcı yaklaşım denir. Tanımlayıcı yaklaşımın ilk örneklerinden biri 1934 de Nolan D.C. Lewis tarafından yayınlanan 'Outlines For Psychiatric Examinations-Psikiyatrik Bakıda özellikler' adlı psikiyatri kliniklerinde çalışan hekimler için el kitabıdır.

Tanımlayıcı psikiyatride ilk önemli adım Kraepelin tarafından atılmıştır. Kraepelin tanımlayıcı psikiyatrinin babası sayılır, ondan sonra tanımlayıcı yaklaşım gerilemiş, hatta Meyer okulunun dönemine belirgin etkisi sonucu savunma mekanizmalarını anımsatan reaksiyon sözcüğü DSM-I sınıflamasında sık sık kullanılmıştır (93).

Psikiyatrik görüşme genellikle sorunları olan bir psikiyatri hastası tarafından başlatılır. Başvuran kişi, bildiği yollarla halledemediği bir sorunla gelmiştir ve bu konuya duyarlıdır. Bu nedenle de psikiyatristte her hekimde olması gereken, bir başka insana saygılı davranmanın yanı sıra, kişinin hissedebileceği huzursuzluk, utanç ve incinmeye duyarlılık da olmalıdır. Psikiyatristin sorumluluğu, gerekli bilgileri alırken hastayı elinden geldiğince rahatlatmaktır. Uygun yer, zaman ve koşullarda yapılan, hasta-hekim ilişkisindeki etkileşimlere özen gösterilen bir görüşme, hem tanı koymada hem de hastayı rahatlatmakta yardımcı olacaktır. ilgi, empati ve esneklik gösteren, yardım isteyen kişiye gereksinim duyduğu profesyonel yardımı yapabileceği güvenini veren ve hastayı olduğu gibi kabullenen klinisyen, gerekli bilgileri alırken aynı zamanda hastası ile de bir terapi ilişkisini başlatmış olacaktır.

### 1.1 Psikiyatride Tanı

Neredeyse hipertansiyon yaygınlığında olan psikiyatrik bozuklukların tanınması, buna bağlı olarak önleme, başedebilme ve öngörme için gerekli bilgilerin geliştirilmesi özel önem taşımaktadır. Psikiyatrik tanıların yapısal geçerliğinin düşük oluşu, elimizde röntgen, kan testleri gibi objektif tanı koyma yöntemlerinin bulunmayışı güvenilir tanı koyabilmeyi güçleştirmektedir. Etyoloji konusundaki bilgiler yetersiz ve psikiyatrik bozuklukların önemli bir kısmı da çok etkenli olduklarından farklı yaklaşımlar tanıda belirginleşmeye katkıda bulunacaktır.

Psikiyatrik bozukluklarda patognomonik bulgular olmayışı bu alanda çalışan klinisyenleri gözlenen tabloyu tanımlayıp sınıflayarak ayırt etmeye yöneltmiştir. Sınıflamaların gelişimi ise beraberinde tanı ölçütleri ile bu ölçütleri araştırmak için gereken bilgiyi en kısa sürede ve eksiksiz alabilme yollarını aramayı getirmiştir. Araştırmacılar bilgi değişkenini en aza indirme amacı ile yapılandırılmış ya da yarı yapılandırılmış görüşmeler geliştirerek geçerlik ve güvenilirliklerini sınamışlardır.

Bu görüşmelerden en bilinen ikisi olan PSE Dünya Sağlık örgütünün Uluslararası Sizofreni Çalışmasında, DIS ise geniş bir epidemiyolojik alan taramasında kullanılmıştır. Her iki görüşme de dilimize çevrilmiş ve bir dizi epidemiyolojik araştırmada yer almıştır (72, 81). Yapılandırılmış görüşmelerin en son örneklerinden olan SCID ise 1983'de Spitzer tarafından duyurulmuştur (91). Gibbon ve arkadaşlarınınca, sık rastlanan 33 DSM-III-R tanısını araştıran bir yapılandırılmış görüşme formunun geliştirilip güvenilirlik çalışmalarının sürdürüldüğü belirtilmiştir (95).

SCID, günlük klinik kullanımda ortak bir tanı dili sağlama, araştırmalarda karşılaştırılabilme ve uluslararası düzeyde kabul görmeyi arttırmada yararlı olabilecek bir tanı aracıdır. Bu çalışmada SCID-Türkçe Versiyonu kullanıcılar arası uyum düzeyi 50 olguluk bir grupta SCID-P uygulanarak araştırılmıştır. Ayrıca 100 olguluk bir seride kullanıcılar arası semptomlarda uyuma düzeyi kontrol edilmiştir.

Ayırıcı tanı yaklaşımında tanı için gerekebilecek her ayrıntıyı öğrenmek önemlidir. Psikiyatrist ilk olarak hastanın önemli bir mental bozukluğu olup olmadığını anlamak için o bozukluğa özgü semptomları araştırır. Hastalar ender olarak psikiyatristin aradığı semptomları yakınma olarak getirirler, daha çok onlara sorun olan ve yaşamlarını güçleştiren durumlardan yakınmaya eğilimlidirler. Ayırıcı

tanı görüşmesinde hastanın yakınmalarının semptom diline transformasyonu için araştırılan mental bozuklukların semptomlarını sıklıkla klinisyenin sorması gerekir.

Ayırıcı tanı görüşmesinde ikinci önemli nitelik ise dil ve kültürel özelliklerdir. Psikiyatristin görüştüğü hastanın kullandığı sözcükleri anladığına emin olması, tıbbi terimler yerine güncel konuşma dilini kullanması anlaşmayı kolaylaştırır. Görüşmede olgunun eğitim ve kültür özelliklerini iyi bilmek semptomları sorgulama ve değerlendirme açısından çok önemlidir. Semptomların hangi kültürel ortamda ve hangi kişilik özellikleri zemininde geliştiğini bilmek gerekir. Her semptom, her kültürde aynı görünümde olmayabilir ve bir kültür için patolojik olabilecek bir özellik diğer bir kültürde tamamen normal kabul edilebilir.

Uygun görüşmelerle alınan verilerin ortak bir dille adlandırılması ve semptom gruplarının üzerinde anlaşmaya varılmış tanılar biçiminde kategorilenerek daha iyi anlaşılabilmesi için semptom tanımları ve sınıflamalar geliştirilmiştir. Tanılarda standartlaşma ile klinisyenler arasında güvenilir iletişimi arttırmak amacı ile araştırılmalar yapılmıştır. Ayrıca tanıların ve bu tanılara götüren semptomların belirlenmesi klinisyenleri bu verileri araştırmaya yöneltecektir. Tanılarda klinisyenler arasında yüksek düzeyde fikir birliği olması araştırmaların istatistiksel sonuçlarının güvenilirliğini ve karşılaştırılabilirliğini arttıracaktır.

Bazı yazarlara göre psikiyatrik bozuklukların prevalansı sosyal ve ekonomik faktörlerdeki değişkenlikten fazla etkilenmemekte ve daha çok sabit kalma eğilimi göstermektedir (21, 26, 71, 72). Bu sosyal değişme ve stresörlerin önemli olmadığı anlamında alınmamalıdır. Sorun sosyal değişimde, neyin, nasıl, ne zaman, kimde, ne kadar etkin olduğu ve nasıl etkilediğini saptamaktır.

Tanıların doğruluğunu ölçmek için bir standart olarak kullanılabilecek bir kavram olan LEAD kavramından 1983 de Spitzer tarafından SCID'in tanıtıldığı bir yazıda söz edilmiştir (91). LEAD, Longitudinal, Expert 'deneyimli', All Data 'tüm bilgiler' sözcüklerinin ilk harflerinden oluşmuştur. Longitudinal, psikiyatrik değerlendirmenin bir tek görüşme ile sınırlandırılmaması, olgunun belirli bir süre izlenerek farklı dönemlerde yeniden değerlendirilmesi anlamındadır. Bozukluğun tüm dönemleri göz önüne alınarak yapılan değerlendirme daha sağlıklı olacak böylece daha sonraki dönemlerde ortaya çıkması beklenen semptomlar da

gözlenebilecektir. Deneyimli klinisyenlerin özenli ayırıcı tanı görüşmelerinden sonra, uyuşma sağlanamamış noktaları ayrıca tartışmaları yararlı olacaktır. Görüşmecilerin yalnızca olguyla görüşmeleri yerine bilgi verebilecek yakınları ile de görüşmeleri, daha önce gören hekimlerin tanı ve sağaltımları ile bunların sonuçlarını öğrenmeleri de daha doğru tanı koymaya katkıda bulunacaktır. Bütün bu noktalar göz önüne alınarak yapılacak bir ayırıcı tanı ve izleme süreci klinik psikopatoloji konusunda bilgilerimizi güçlendirecektir.

Tanımlayıcı yaklaşımla yapılan görüşmelerde de psikoanalitik bilgi alınabileceğini belirten bazı yazarlar vardır. H. Hendin 1981'de A. P. Haas ve H. Hendin 1987'de yayınladıkları makalelerinde yapılandırılmış ve klasik görüşmelerin olumlu ve olumsuz yönlerini belirtmişler, her iki görüşme türünün olumlu yönlerinden yararlanabilecek ve psikodinamik bilgi alınabilecek bir görüşme modeli önermişlerdir (36, 41). Daha sonra da bu görüşmenin geçerliğinin araştırmalarında yüksek bulunduğunu belirtmişlerdir. Yazarlar yapılandırılmış ve psikoanalitik görüşmelerin olumlu yanlarını şöyle sıralamışlardır. Psikoanalitik yönelimli görüşmenin önemi olgunun bilinç düzeyinde olmayan bilgiye ulaşabilmesi ve psikososyal sorunlara ışık tutmasıdır. Yapılandırılmış görüşmenin gücü ise olgunun davranış kalıpları ve normalden uzaklaşma miktarı konusunda bir tablo oluşturmasındadır. İki tür görüşmenin olumlu yanlarından yararlanma amacı ile bir sentez oluşturulmuştur. Bu sentez özellikle 4-5 seans görülebilecek araştırma olgularının bilgilerini almada yazarlarca yararlı bulunmuş suisid, stres, madde kötü kullanımı ile ilgili psikososyal çalışmalarda kullanılmıştır.

## 1.2 Psikiyatride Sınıflama ve önemi

Mental bozuklukların etyolojisi ve patofizyolojisi genellikle bilinmemektedir. Bu da hastalıkların açık ve belirgin betimlenerek birbirinden ayırt edilebilmesi çabalarının önemini arttırmaktadır. Kuşkusuz zaman içinde bazı hastalıkların özgün biyolojik etkenler, bazılarının özgün psikolojik etkenler, pek çoğunun ise psikolojik, biyolojik ve sosyal nedenlerin birbiri ile etkileşimi sonucu oluştuğu saptanacaktır. Ancak halen etyoloji konusunda bilgilerimiz oldukça sınırlıdır. Bu nedenle tanımlamalar genellikle bozukluğun klinik özellikleri ile sınırlandırılmıştır. Tanımlayıcı yaklaşım mental bozuklukların tanı sınıfları olarak gruplandırılmasında kullanılır.

Sınıflama, belli amaçlar için bir takım saptanmış kriterler ışığında fenomenleri kategorilere göre düzenleyerek, karmaşayı azaltan bir anlaşmalar grubudur. Bir mental bozukluklar sınıflaması ise bazı ortak özelliklere dayanarak çeşitli sınıflara toplanmış bir özgün mental bozukluk kategorileri listesidir. En geniş anlamı ile mental bozukluklar sınıflamasının amacı iletişim, kontrol ve anlamadır. Bu kavramları açıklarsak, iletişim ile sınıflamanın kullanıcılar arasında doğru ve yeterli bilgi alışverişini sağlamasından söz edilmektedir. Çok fazla sayıda terim, bunun bir kısaltması olan ve o terimler topluluğuna verilen isim olan tanı ile anlatım bulmaktadır. Kesin olarak kabul edilmiş önemli kategori özelliklerini özetlemede standart kısaltma yolları olarak tanı adları kullanılır.

Kategorileri uygulamada iletişimin geçerli olması için klinisyenler arasında yeterli düzeyde anlaşma olması gereklidir. Bir sınıflamanın varlığı iletişimi sağlamaya yetmeyebilir, iyi iletişim bu sınıflamayı kullananların sınıflamanın koşullarına tam uymasına, kategorilerde tanımlanan özellikleri yeterli bilmelerine bağlıdır.

Mental bozuklukların kontrolü, ideal olarak tedavi ile önlenmeleri ya da seyirlerinin hafifletilmesidir. Bu nedenle kontrol bir mental bozukluklar sınıflamasının en önemli amacıdır. Eğer hiç bir sağaltım ya da önlem bilinmiyorsa, kontrol hastalığın doğal seyrini ve eşlik eden özelliklerini bilerek duruma başedebilme ile sınırlı kalır.

Anlama mental bozuklukların nedenlerini, gelişim ve oluşmalarını kavramayı içerir. Sıklıkla bir mental bozukluk, nedeni ve patolojik süreci anlaşılmadan da sağaltılabilir. Bu nedenle anlama tek başına bir amaç olmaktan çok hastalığı kontrol edebilmeye yardımcı olduğu için istenir.

**Bir Mental Bozukluklar Sınıflaması için Zorunlu Varsayımlar**

Aşağıdakiler mental bozukluklar sınıflaması için zorunlu varsayımların tümünü özetlemektedir (93).

1. Nisbeten farklı ve klinik olarak anlamlı, davranışsal ya da psikolojik sendromları, semptom ya da davranış paternleri olan bireyler vardır. Sözü edilen bireylerin davranışsal görünümünün rastlantısal oluşmadığı, anlamlı bir şekilde sendrom ya da kalıplarda toplandığı anlamına gelir. 'Klinik olarak anlamlı' deyimini bir mental bozukluklar sınıflamasının çok hafif ya da çok sınırlı durumları genellikle içermediğini belirtir. Sendrom, bir çok insanda zaman içinde kesintisiz tekrarlayarak görünen bir semptom ya da bulgu gruplaşmasıdır. Bir örnek, ilgi, zevk kaybı ya da



depresif mizaca insomni, iştahsızlık, konsantrasyon güçlüğü, psikomotor bozukluk ve değersizlik düşünceleri gibi semptomların eşlik ettiği, depresif sendromdur. Mental bozukluk adı verilen hemen tüm durumlar davranışsal sendromlardan ibarettir. Bununla birlikte birkaç mental bozukluk, başka semptom ya da bulgu olmaksızın yalnızca tek bir temel semptomla karakterizedir. Örneğin, psikoseksüel disfonksiyon olan fonksiyonel dispareunia, ağrılı cinsel ilişki yanısıra bozukluk için bir organik temele işaret eden hiç bir başka semptom ya da bulgunun olmayışı ile karakterizedir. Böyle olgularda tek bir davranış, bir sendromdan çok rahatsızlığı karakterize eder.

2. Davranışsal sendromlar ya da paternler, tipik olarak ya bir acılı semptom (distres) ya da bir veya daha fazla işlev alanlarında yetersizlik doğurduklarından istenmezler. Bu nedenle, istenmeyen durumları tedavi etmek ya da engellemek için yöntemler olmalıdır. Bu varsayım, durumun sakıncalı olduğuna ve hangi koşullarda sağaltılması gerektiğine karar vermenin kimin sorunu olduğunu (hasta, toplum, bir mental sağlık uzmanı) belirtmez bu nedenle, hangi durumun hastalık olduğuna ya da buna kimin karar vereceğine ilişkin sorular sıklıkla sorulmuştur. Bu varsayım nedeni ile özellikle anti-psiikiyatri akımınca, psiikiyatrinin kişiyi topluma entegre etmek için kullanılan bir araç olduğuna ve bireyin özgünlüğünün göz ardı edildiğine ilişkin eleştiriler yöneltilmiştir.

3. Kişide bir davranışsal, psikolojik ya da biyolojik disfonksiyon olduğu, rahatsızlığın kişi ile toplum arasında bir çatışma ile sınırlı olmadığı şeklinde bir çıkarsama vardır. Yani mental hastalık anlayışı kişide bir tuhaflığın olduğunu söyler. Neyin doğasında bozukluk olduğu 'davranışsal', 'psikolojik', ya da 'biyolojik' şeklinde kavramsallaştırılsa da, kişide bir miktar işlev bozulduğu çıkarsamasından kimse kaçınmaz. Doğal bir sonuç olarak, bozukluk, bir kişi ile toplum arasında çatışma ile sınırlı olduğunda onaylanan ya da onaylanmayan fakat kendi başına bir mental bozukluk olmayan-bir sosyal düzen dışılık gösterir.

4. Davranışsal sendromlar ya da paternler; birlikteki özellikler, seyir, sağaltıma yanıt, aile paterni ve etyoloji gibi, sendromun tanımına dahil edilmemiş değişkenlerle farklı ilişkilere sahiptir. Bu, bir davranışsal sendrom karakteristiklerine sahip bir kişinin, tanı koymakta gerekenden öte, yararlı bilgiler ifade ettiği anlamına gelir. Örneğin, bir kişinin sürekli ve tam bir depresif sendromu olduğu biliniyorsa, klinisyen hipokondriyazis ve anksiyete gibi özelliklerin olası olduğunu bilir ve sonucu

öngörebilme, etkin bir sağaltımı seçme ve olası nedensel faktörler hakkında fikir yürütebilmesinde yararlı olabilecek ek bilgiler edinmiş olur. Bu bilgiler, sendromun klinik özelliklerini tanımlamamasına karşın sendromu anlamamıza katkıda bulunacak bilgilerdir

5. Bir davranışsal sendrom ya da paternin değişik dış durumlara ilişkisinin kapsamı, o andaki kesit tabloya ek olarak diğer özelliklerin dahil olmasıdır. Bunlar süreç, öyküdeki davranışsal özellikler ve nedenleri kapsar. Örneğin, amfetamin kullanımı ile çıkan psikotik sendrom, madde kullanımı olmaksızın çıkan benzer görünümlü psikotik sendromlardan farklı bir mental bozukluk olarak tanımlanır. Bir bozukluğun tanımına böyle özellikleri eklemek dış etkenler hakkında tanımın o anki kesitsel, davranışsal, sendromla sınırlı olduğunda bilinenlerden daha fazla ve daha yararlı ek bilgiler sağlar.

Neden bilindiğinde ya da tahmin edildiğinde genellikle bu, hastalığın tanımına ve adına dahil edilir, çünkü bir etyoloji bilgisi önleme ve hastalıkla baş etmeye önemli ölçüde katkıda bulunabilir. Örneğin Amfetamin Deliran Bozukluğu amfetaminin etyolojik rolüne işaret eder. Bir Mental bozukluk sınıflamasında yalnızca bazı kategoriler tanımlarında etyolojiler içerdiklerinden DSM-III'den itibaren, nedenin mutlak bilindiğini belirtmeyen 'bozukluk' terimini kullanmak alışıl gelmiştir. Bu durumların görünüşleri aslında psikolojik ve davranışsal ise de, alışıl gelmiş olarak 'mental' bozukluklar olarak isimlendirilirler.

6. Mental bozukluklar semptomatik içerikleri bakımından değişir. Bu nedenle, bir takım diyagnostik sınıfları bir hiyerarşiye organize etmek mümkündür. Hiyerarşide yüksek bir sınıftaki kategori, daha düşük bir sınıftaki kategorinin özelliklerini içerebilir, fakat tersi mümkün değildir. Örneğin organik beyin sendromu hiyerarşide şizofreniden önde gelir ve şizofrenide olan delir ve halusinasyonları içerir oysa şizofrenide organik beyin sendromunda görülen bilinç bulanıklığı görülmez.

Bazı varsayımlar ise mental bozukluklar sınıflaması düşünlüğünde sıklıkla oluşturulmuş ise de her bozukluk için zorunlu kabul edilmemiştir. Bunlar aşağıdaki gibidir (93):

1. Organizmadaki bir biyolojik anormallik ya da disfonksiyon durumu sıklıkla açıklar. Bununla birlikte, genelde bir mental bozukluk olarak sıralanan çoğu durumlar için bir biyolojik anormallik gösterilemez. Böyle bir özellik gösterilebildiği durumlarda ise durum mental bozukluk

sınıflamasından uzaklaştırılır. Her mental bozukluğun organizmada mutlak bir biyolojik anomali sonucu açıklanabilmesi elbette zorunlu bir varsayım değildir.

Fobileri anlamada psikolojik modelin kullanımı gibi başka modeller bazı durumlarda daha anlamlı olabilir. Şizofreni, Bipolar bozukluk gibi durumlarda etyolojide biyolojik bir anomali olduğu varsayımı bu günkü bakışın önemli kısmının temelini oluşturur. Bununla birlikte bazı cinsel kimlik bozuklukları gibi diğer birçok bozukluğun gelişimini anlama çabaları daha çok psikolojik yapıları içermiştir.

Mental Bozukluk sınıflaması kullanıcılarından pek çoğu mental bozuklukların çoğunun etyolojisinin tek bir etkenle sınırlı olmayıp multifaktöryel olduğunu varsayarlar. Bu varsayım hastalıkların, nedensel etkenlerle karşılaşma şiddeti, çevresel etkiler ve kişinin direncini içeren nedensel faktörlerin bir kombinasyonu olduğu biçimindedir.

2. Her bir mental bozukluk, normale kendi arasında olduğu kadar diğer kategorilerle kendi arasında da mesafe içeren farklı bir antitedir. Kategorilemenin kullanışlılığı, klasifiye edilen maddede mesafenin bulunmasını gerektirmez. Örneğin, günlük yaşamdaki bir kişilik paterni bile belirli bir şiddet dizisi üzerinde bölümlenebilir ve ılımlı formlar daha yaygın görülür, ayrıca kişilik paterni bölümlemesinin sosyal ya da mesleki bozulmanın birlikte olduğu parçası için bir kategori tanımlamak daha yararlı olur.

3. Her tanısal kategori içinde tam bir psikopatoloji homojenitesi vardır. Bu varsayım özgün bir psikopatolojisi olan her bireyin aynı psikopatolojileri olduğu ve herhangi bir anlamlı farklılık taşımadığını söyler. Varsayım bir kategoriye sınıflananın yalnızca o kategorinin özelliklerini taşıdığını varsayar. Oysa şizofrenisi olan ya da depresyonlu kişiler tanı kategorilerinin özelliklerini taşımanın yanı sıra kendi aralarında da farklılıklar gösterirler, yani kişi olarak farklı özellikler taşırlar.

Bu varsayımın olumsuz sonuçlarından birisi rahatsızlığını oluşturan mental bozuklukla kişinin eşitlenmesidir. Örneğin şizofrenisi olan Ahmet bey yerine şizofren Ahmet denebilmesi gibi.

Mental bozukluk sınıflamasını oluşturan varsayımları sıraladıktan sonra sınıflamaların tarih içindeki gelişimleri ve dönemlerinin önemli sınıflamaları gözden geçirilecektir. İlk resmi mental bozukluk sınıflaması 1840'da ABD nüfus sayımında kullanılmış olan ve zeka gerilikleri ile akıl hastalıklarını birlikte alan tek kategorili sınıflamadır. Bundan 40 yıl sonra 1880'de önemli bir ilerleme

gösterilerek yine nüfus sayımında kullanılan sınıflamada mental bozukluklar 7 kategoriye ayrılmıştır. 1889'da Paris'de toplanan Mental Bilimler Uluslararası Konferansında Morel ve arkadaşlarınınca hazırlanmış 11 kategorilik sınıflama kabul edilmiş ve kullanılmıştır (50, 93).

1840	1880	1889
idiosi (Aptallık)	Mani Melankoli Monomani Parezi Demans Dipsomani Epilepsi	Mani Melankoli Periodik Delilik Progresif Sistemantik Delilik Demans Organik ve Senil Demans Dipsomani

Tablo I: ilk Mental Bozukluk Sınıflamaları

1923'de mental bozukluklar nedeni ile hastanede yatan hastaların sayımı Amerikan Psikiyatri Birliğinin 1917'den beri kullandığı sınıflama ile yapılmıştır. 1917 sınıflaması 'Standart Classified Nomenclature of Disease' adlı sınıflamanın 1935'de basılıp 1937'de yaygınlaşmasına dek kullanılmıştır (18, 93). 1937 sınıflaması ise daha çok kronik olgulara yöneldiği için ikinci Dünya Savaşı sırasında çıkan akut başlangıçlı psikoza, psikosomatik bozukluklar gibi sorunları kategorilere ayırmada yetersiz kalmıştır.

1948'de Dünya Sağlık örgütü (WHO) 1900'den beri kullanılan ve her 10 ya da 20 yılda bir gözden geçirilen Uluslararası Ölüm Nedenleri Listesinin altıncı gözden geçirme sürecinde ismi 'Uluslararası Hastalık, Yaralanma ve Ölüm Nedenleri Sınıflaması El Kitabı' (ICD-6) olarak değiştirildi ve ilk olarak 'Mental, Psikonevrotik ve Kişilik Bozuklukları' başlığı altında mental bozukluklar sınıflaması içerdi (93, 109). Bu sınıflama 10 psikoza, 9 psikonevroza, 7 davranış, kişilik ve zeka bozukluğu kategorileri içeriyordu. Yetersiz bulunduğu İngiltere, Finlandiya, Yeni Zelanda, Peru ve Tayland dışında resmi kullanıma alınmadı ve yaygın kabul görmedi. ICD-6 birçok kişilik bozuklukları, uyum bozuklukları ve demans gibi önemli konuları içermiyordu.

ICD-6'nın yaygın kullanılmaması üzerine bir İngiliz psikiyatrist olan Erwin Stengel, WHO adına bunun nedenlerini araştırdı. Stengel araştırması sonucu mental bozukluklar

sınıflamasının uluslararası düzeyde yaygın kabul edilmemesinin nedeni olarak tanı terimlerinin bir çok psikiyatrik ekol arasında tartışma konusu olan etyolojik yaklaşımların etkisi altında olduğunu belirtti. önerisi tüm tanıların işlevsel olarak tanımlandığı ve etyolojik etkilerin olmadığı bir sınıflama geliştirmekdi. Bu öneri ilk bakışta oldukça kolay gözükmesine karşın daha sonraki çalışmalar bunun çok kolay olmadığını göstermiştir.

1952'de ICD-6'ya alternatif olarak Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından DSM-I (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- Mental Bozukluklar Tanı ve İstatistik El Kitabı) geliştirildi (50). DSM-I büyük ölçüde George Raines tarafından hazırlandı, özellikleri kullanılabilirliği azalmış 1935 sınıflamasının yerini alması ve ilk kez kategori tanımlamaları sözlüğü içermesi idi. Tanı kategorileri tanımlamalarında sıkça kullanılan reaksiyon sözcüğü dönemin etkin bir ekolu olan Meyer okulunun etkisini belirtiyordu ve psikoanalitik kavramların yaygın izleri özellikle nevrozlar ve kişilik bozuklukları tanımlamalarında görülebiliyordu.

ICD-7 1955'de basıldı ve ICD-6'nın aynı idi. ICD-6'nın yaygın kullanım kazanamamasının nedenleri ile nasıl düzeltilebileceği Dünya Sağlık Örgütü çalışmaları ile araştırıldı. Bu çalışmalar ve düzeltmeler yardımı ile hazırlanan ICD-8 1966'da basıldı, bundan 4 yıl sonra, 1972'de ICD-8'in terimler sözlüğü basıldı (46, 93).

1965'de ICD-8 hazırlıkları süresince Amerikan Psikiyatri Birliğince ICD-8 sınıflamasına dayanan, ancak bu sınıflamanın Amerika Birleşik Devletleri için tanımlamalar sözlüğünü içeren bir sınıflama hazırlandı ve bu sınıflama 1968'de DSM-II adıyla kullanıma girdi. DSM-II'de reaksiyon terimi geniş ölçüde sınıflamadan çıkartıldı ve DSM-I'den farklı olarak klinisyenler birden fazla tanı varsa bu tanıların hepsini koymaya yönlendirildi.

1975'de uzun yıllar yaygın kabul görmüş olup halen kullanılmakta olan ICD-9 yayınlandı, bu sınıflamanın terimler sözlüğü ise 1978'de kullanıma girdi (46). ICD-9 sınıflamasının önemli bir özelliği, farklı kültürleri olan ülkelerde bozuklukların görünümünün önemli değişiklikler gösterebileceği düşünülerek kategori özelliklerinin ve tanımlamaların oldukça esnek ve dış hatları ile belirtilmesi idi. Bu özellik ise sınıflamanın kullanılabilirlik ve kapsama düzeylerini arttırmaya karşın güvenilirliği azaltan etkenlerden biri olan yorum değişkenini arttırmıştır.

1980'de 200'den fazla tanı kategorisi içeren DSM-III

basılmıştır. Amaçları doğadaki mental bozuklukları kapsamlı ve doğru yansıtmak, klinik ve araştırma ortamında kullanılabilir ve ICD-9 ile karşılaştırılabilir olmaktır.

DSM-IV'ün 1990'da, ICD-10'un 1992'de çıkması planlanmaktadır (5, 97). 1983'de APA ICD-10'un hazırlıklarına katılmak üzere davet edilmiş, bundan bir süre sonra DSM-III-R çalışma grubu oluşturulmuş, amaçlar aşağıdaki gibi belirtilmiştir:

1. Sağaltım ve bаетmede klinik yararlılık
2. Tanı kategorilerinin güvenilirliği
3. Farklı teorik yönelimleri olan klinisyen ve araştırmacılarca kabul
4. Sağlık uzmanlarının eğitiminde yararlılık
5. ICD-9-CM kodları ile karşılaştırmayı sağlama
6. Gerekliliği kesin olmadıkça geleneğe ters düşen yeni kavram ve terimlerden kaçınma
7. Daha önce yetersiz kullanılmış tanı terimlerinde yeterliliği amaçlama ve kullanışlılığı kalmamış terimlerden kaçınma
8. Tanı kategorilerinin geçerliğine ilişkin yeterli araştırma verisi
9. Araştırma olgularını tanımlamaya uygunluk
10. DSM-III-R gelişimi süresince klinisyen ve araştırmacı eleştirilerine açık olma

1987'de DSM-IV'e hazırlık olmak üzere DSM-III-R yayınlanmıştır (5). DSM-III-R'de Yaygın Gelişimsel Bozukluk, Zeka Gerilikleri ile birlikte ikinci eksen, Hiperaktif/Dikkat Eksikliği ise Conduct Bozukluğu ile birlikte gruplandırılmış, Hiperaktivitesiz Dikkat Eksikliği ve Çocukluğun Şizoid Bozukluğu sınıflamadan çıkartılmıştır. Diğer önemli değişiklikler ise Affektif Bozuklukların Mizaç Bozuklukları adını alması, Alkol ve Madde Bağımlılık ve Kötü Kullanım tanı koyma sisteminin değişmesidir. İki yeni kişilik bozukluğu (Self-Defeating ve Sadistik Kişilik Bozuklukları) önerilmiş, hiyerarşiye ilişkin bazı kurallar değiştirilmiş (hiyerarşide alt basamakdaki bir bozukluk ile üst basamakdaki bir bozukluğun birlikte olabileceği kabul edilmiştir, örneğin Şizofrenik Bozukluk+Panik Bozukluk gibi), Paranoid Bozukluğun adı Deliran Bozukluk olarak değiştirilmiş ve araştırılması gereken yeni tanımlar (Geç Luteal Faz Disforik Mizaç) önerilmiştir. DSM-III'deki atipik sözcüğünün yerini NOS (Not Otherwise Specified- Başka Türle Sınıflandırılmayan) sözcükleri almıştır. DSM-III-R'de V. eksen değiştirilmiş ve standart bir skala (GAS) eklenmiştir. GAS değerlendirmesi son bir yıl ve son bir ay olmak üzere iki bölümdür (5).

1987'de ICD-10 87 Taslağı basılmıştır. ICD-9 ve ICD-10 arasında iki önemli farklılık vardır. Bunlardan ilki ICD-9'daki psikoz nevroz ayırımının ICD-10'da yapılmamasıdır. Nevrotik depresyon dışındaki tüm nevrozlar F4 bölümünde toplanmıştır. İkinci önemli fark ise bozuklukların deskriptif benzerliklerine göre gruplandırılmasıdır. ICD-10'da kodlama sistemi de değiştirilmiş ve kolaylaştırılmıştır. Bölümler FO-F9 arasında, alt başlıklar FO1-FO9.0-9 arasında numaralandırılmıştır (110).

ICD-10 87 Taslağı ile DSM-III-R sınıflamaları arasındaki önemli bir farklılık genelde tanımlamaların ICD-10'da daha esnek, yoruma açık olması, DSM-III-R'de ise daha net belirlenmiş, detaylı ve daha az esnek olması biçiminde gözlenmiştir, bu da ICD-9 ile DSM-III arasındaki farklarla benzerdir (4, 5, 110). Tablo II'de önemli sınıflamalar özetlenmiştir.

Yıl	Sınıflama adı	Hazırlayıcılar	Özellikler
1840	A.B.D. Nüfus Sayımı		1 Kategori
1880	A.B.D. Nüfus Sayımı		7 Kategori
1889	Paris Mental Bzk. Uluslararası Konf.	Morel ve ark.	11 Kategori
1917		APA-NIMH	
1935	S.C.N.D.	Amerikan Tıp Brl.	El kitabı
1948	ICD-6	WHO	26 Kategori
1952	DSM-I	APA-G.Raines	Terim Szl. içermesi
1955	ICD-7	WHO	6 ile aynı
1965	DSM-II	APA	çoğul tanı Rx. terimi az
1966	ICD-8	WHO	72de Terim Szl.
1975	ICD-9	WHO	78de Terim Szl.
1979	DSM-III	APA	
1987	DSM-III-R	APA	
1987	ICD-10(1987 Taslağı)	WHO	

Tablo II: Sınıflamaların Gelişimi ve önemli Sınıflamalar

### 1.3 Güvenirlik ve Geçerlik Kavramları, Türleri

#### Güvenirlik

Bir mental bozukluklar sınıflamasının ya da özgün bir tanı kategorisinin güvenilirliği kullanıcıların bir seri olguda koydukları tanıların ne derece aynı olduğudur (93). Ruhsal hastalıkların bireylerde farklı tablolar göstermesi, objektif tanı koyucu yöntemlerin sınırlılığı, tanı

yöntemlerinin dolaylı oluşu, etyoloji ve fizyopatolojinin yeterli bilinmeyişi ruhsal hastalıkların tanı güvenilirliğini azaltır. Psikiyatri tanı güvenilirliği çalışmalarının en çok yapıldığı bilim dallarından biridir, bunun da nedeni psikiyatrik tanılarda güvenilirliğin yeterince yüksek olmamasıdır.

Psikiyatrik tanılarda güvenilirliği azaltan hata kaynakları başlıca 3 grupta toplanmıştır (93):

1. Kriter Değişkenliği: Klinisyenlerin tanı koymak için kullandıkları ölçütlerin farklı olmasıdır. Üzerinde anlaşma sağlanmış tanı kriterleri yoksa her hekim kendi kişisel kavramları ya da sezgilerini kullanarak tanı koymak zorundadır. Ayrıca klinisyenlerin kullandığı teknik terimlerin tanımındaki farklılıklar da kriter değişkenliği içinde değerlendirilir.

2. Bilgi Değişkenliği: iki klinisyenin aynı olgudan farklı bilgi alması ile oluşan bir değişkenliktir. Bu klinisyenlerin bilgi kaynakları farklı olduğunda ya da aynı kişiden farklı yanıt aldıklarında doğar. Görüşme tekniklerinin değişikliği ya da farklı soruların sorulması nedeni ile iki klinisyen değişik bilgiler almış olabilir. Bu hatanın etkisini azaltmak için yapılandırılmış görüşmeler kullanılabilir.

3. Gözlem ve yorum değişkenliği: Klinisyenlerin aynı semptomu farklı değerlendirmeleridir. Bu hata kaynağı klinisyenlerin yeterli ve standart bir eğitim almaları ile en aza indirilebilir.

Tanı güvenilirliğini değerlendirmek için kullanılan en bilinen üç yöntem vardır ve bu 3 yöntemin de kendine özgü avantaj ve dezavantajları vardır.

Tanı Güvenirliği Değerlendirme Yöntemleri (85, 93):

Birlikte görüşme yöntemi: Güvenirlik çalışmalarında en yaygın kullanılan yöntemdir, iki ya da daha fazla görüşmecinin görüşme sırasında ya da kayıtlardan bir seri olgunun aynı görüşmesini izleyerek tanı koymasıştır. Genellikle biri görüşmeyi yürütür, diğeri ise gözlemcidir ve dilerse sonunda ek sorular sorabilir. Bu yöntemin avantajı olgunun yalnızca bir kez değerlendirilmesi ve ikinci kez çağırılması gibi güçlüklerin olmamasıdır. Bilgi değişkeni en aza indirildiğinden kriter değişkenini sınamak için en iyi yöntemdir. Dezavantajları ise tanı güvenilirliğini aldatıcı olarak yükseltebilmesidir. Klinisyenler aynı görüşmeyi birlikte değerlendirdiklerinden tanıların tamamen bağımsız olamamasıdır.

Test-Yeniden Test Yöntemi: iki klinisyenin birden fazla olguyu aralıklı olarak değerlendirmesi yöntemidir. Daha az



yaygındır, olgunun durum değişkenliğini en aza indirmek için mümkün olan en kısa aralıklarla (ki bu sıklıkla 1-2 gündür) görülmesi uygundur. Bu yöntemin avantajı her iki görüşmecinin bağımsız tanı koyabilmeleridir. Bekleneceği gibi bu yöntemin güvenilirliği daha düşüktür. Dezavantajı olguyu ikinci bir kez çağırma güçlüğü ve düşük güvenirliliğin ekip üzerindeki olumsuz etkisidir.

Hasta Dosyası Yöntemi: iki ya da daha fazla klinisyenin bir seri olgunun kayıtlarını bağımsız olarak gözden geçirip tanı koymalarıdır, daha az kullanılan bir yöntemdir. Avantajı olgu gruplarının dilediği gibi seçilebilmesi, ender tanı gruplarının bulunabilmesi, örneklemin popülasyonu tam temsil edebilecek biçimde düzenlenebilmesi olanaklarını sağlamasıdır. Bilgi değişkenini en aza indirmiştir. Dezavantajı klinisyenin kesin tanı koyabilmesi için yeterince bilgi içeren geniş yazılmış olgu dosyası bulma güçlüğüdür. Bir diğer dezavantajı ise kayıtları tutan kişi çeşitli davranışların anlamlılığı konusunda zaten bir eleme yapmış olduğundan yaşamsal durumları genelleme güçlüğüdür. Olgu kayıtları yönteminin bilgi değişkenini en aza indirmesi ve güvenirliliğinin yüksek olması beklenirken diğer iki yöntemden daha düşüktür. Diğer yöntemlerde görüşmeler tanı için daha çok bilgi sağlarken bu yöntemdeki kayıtlardaki yetersizlik ya da net belirtilmeyen semptomlar yorum değişkenini yükseltir bu da tanı farklılıklarına yol açar.

Bir sınıflamanın tüm tanılarının güvenilirliği en az kullanışlı ve en güç yorumlanabilen güvenirliktir, tek tek tanılarının güvenilirliği daha anlamlı ve kullanışlıdır (93).

Tanı güvenilirliğini azaltan etkenlerle ilgili bir çalışmada güvenilirliği azaltan etkenlerden 2/3 ünün farklı tanı kriterleri kullanımından olduğu gözlenmiştir (72). Ayrıca hekimlerin eğitiminde standartlaşma gözlem ve yorum değişkenini azaltacaktır. Bilgi değişkenini aza indirmenin bir yolu da yapılandırılmış görüşme kullanmaktır. Yapılandırılmış görüşmeler özellikle araştırmalarda tanı güvenilirliğini ve buna bağlı olarak araştırmaların karşılaştırılabilme olanağını sağlar.

#### Geçerlik

Bir mental bozukluk sınıflamasının geçerliği, sınıflamadaki her tanı kategorisinin, ne kadar iletişim, kontrol ve anlamayı sağladığı ve sınıflamadaki her kategorinin sözü edilmiş olan geçerlikleri ne derece taşıdığıdır (93). Bir tanı aracının geçerliği ise farklı bir kavramdır ve çoğu zaman bu iki kavram karıştırılır. Bir tanı aracının

geçerliği gerçek olguları hangi duyarlıkta ayırt edebildiği ve araştırdığı tanılara ne kadar zgn olduğudur. Aynı özelliği ldğ bilinen bağımsız bir prosedür ile araştırılan araç karşılaştırılarak ölçülür.

Kapsam ve fizibilite kavramları mental bozukluklar sınıflamasının geçerliğini değerlendirmede önemli iki kavramdır. Kapsam bir sınıflamanın bozukluğu olan tüm bireyleri ne oranda sınıflayabildiği, fizibilite ise sınıflamanın mental sağlık çalışanlarınca ne oranda kullanılabildiğidir (72).

Sensitivite ve spesifite geçerlik ölümünde iki önemli kavramdır. Sensitivite aracın gerçek olguları ayırtedebilme, spesifite ise aracın gerçek olmayan olguları saptayabilme yeteneğidir. Bir başka anlatım ile bir aracın sensitivitesi ne duyarlılıkla gerçek olguları ayırt ettiği, spesifitesi ise aracın araştırdığı konulara ne kadar zgn olduğudur (72). Farklı geçerlik tipleri vardır ve bir tipten diğerine geçildiğinde geçerlik düzeyi değerisebilir.

Mental Bozukluk Sınıflaması için Geçerlik Tipleri (93):

1. ilk Bakış Geçerliği(Face Validity): ilk bakışta bir kategorinin o bozukluğu olan birinin karakteristik özelliklerini ne kadar iyi tanımladığıdır. Bir kategoriye tanımlamada genellikle ilk adım olmakla birlikte değer fazla olmayan geçerlik türüdür.

2. Tanımlayıcı Geçerlik (Descriptive Validity): Belirli bir mental bozukluğun karakteristik özelliklerinin diğer mental bozukluk ya da durumlara oranla ne derece tanımlanan kategoriye özgü olduğunun belirlenmesidir.

3. Öngörücü Geçerlik: Bozukluğun, gidiş, komplikasyonlar ve sağaltıma yanıt gibi hastanın geleceğine ait bazı özellikleri öngörmeye ne denli yaradığıdır.

4. Yapısal Geçerlik: Bir bozukluğun etyoloji ya da fizyopatolojisini açıklamada yardımcı olan bir teorinin ne düzeyde kanıtlandığıdır. En önemli geçerlik türü olmakla birlikte en zor gösterilen geerliklerden biridir.

Tanı koyma sürecinin geçerliğine işlevsel geçerlik denir. Gerektiğinde bilinen, kabul görmüş bir tanı koyma süreci yeni geliştirilen bir tanı koyma sürecinin geçerliğini sınamakta kullanılabılır. Yapılandırılmış görüşmeyi klinik görüşme ya da başka bir yapılandırılmış görüşme ile karşılaştırma gibi. Bu yolla yapılan araştırmalarda işlevsel geçerlikten söz edilebilir.

Bir Tanı Aracı için Geçerlik Tipleri (72):

1. ilk bakış Geçerliği
2. Kriter Geçerliği
3. içerik Geçerliği
4. Prosedürel Geçerlik
5. Yapısal Geçerlik

1973 yılında Rosenhan ünlü çalışması 'Sahte hastalar' konusunu tartışırken psikiyatride radyografi, kan testi gibi tanı geçerliğini arttıran yöntemlerin olmadığını bu nedenle de psikiyatrik tanılarının yalnızca yüz geçerliği olduğu savını ileri sürmüştü. Rosenhan psikiyatride objektif tanı yöntemlerinin olmayışı konusunda her ne kadar haklı ise de yalnızca ilk bakış geçerliği olduğunu söylemek yeterli olmaz, tanımlayıcı ve öngörücü geçerliklerde kullanılmaktadır ve kullanıcılar sıklıkla kriterleri araştırarak tanısal süreci gözden geçirirler. Araştırmacılar, özellikleri tanımlamada fikir birliği olmaması nedeni ile, klinisyenlerin güvenilir tanı koyamadığı bir tanı kategorisi için özgün bir kriter geliştirmek isterse, önerilen kriter ile bu kriter olmadan konulan tanıları arasında bir ilişki göstermek zorundadır ve süreci bir kriter gibi kullanabilir. Uyuşma özgün kriterin tanı koymak için geçerli olduğunu gösterir. Bu durumda prosedürel geçerlik kullanılmaktadır. Ayrıca biyolojik test, psikolojik test, görüşme gibi birden fazla parametrenin kullanıldığı çalışmaların geçerliğin sınırlanmasında yardımcı olur. Deskriptif, yapısal ve prosedürel geçerlik en yaygın tanısal geçerlik tipleridir.

Geçerlik ve Güvenirlik ilişkisi

Bir tanı kategorisinin geçerliği bir tanı aracı yardımı ile ölçüldüğüne göre önce bu araç geçerli ve güvenilir olmalıdır. Bir tanı aracının geçerliğinin yüksek olması için güvenilirliğinin de yüksek olması gerekmektedir. Hatalı bilgi ile öngörü yapılamayacağına göre bir araç önce güvenilir olmalıdır. Geçerlik güvenirlikten yüksek olamaz ve yüksek güvenirlilik yüksek geçerliği garanti etmez. Mental bozukluk sınıflaması ya da bir tanı aracının değerlendirilmesinde ilk yapılacak işlem önce ne kadar güvenilir olduğunu sonra da geçerlik tiplerini araştırmaktır.

#### 1.4 Yapılandırılmış Görüşmeler (Tanıtımı ve Gelişim)

Daha öncede belirtildiği gibi mental bozukluk tanılarının güvenilirliğini azaltan önemli etkenlerden biri de klinisyenlerin tanı görüşmelerini farklı biçimde yapmaları ve buna bağlı olarak olgulardan farklı bilgi almalarıdır. Bu durum bilgi değişkenliğine yol açar. Bunu en aza indirmenin yolu ise klinisyenlerin olgulara aynı soruları aynı sırada sorarak bilgi almalarıdır. Bu yolla alınmış olan bilgilerdeki kişiler arası farklar görüşme tekniği ile ilgili farklar olmaktan çok gerçek farklar olacaktır. Bu da sonuçları daha güvenilir yapar.

Standart bilgi eksikliğini fark ettiren önemli çalışmalardan biri 1960lı yılların başında NIMH tarafından düzenlenen geniş bir psikotrop ilaç etkinliği çalışmasıdır. Bu çalışmada psikotrop ilaçların etkinliğini araştırmak amacı ile çeşitli merkezlerden toplanan hasta dosyalarındaki veriler sağlıklı bir karar vermeyi engelleyecek kadar birbirinden farklı ve yetersiz bulunmuştur (24). Bu gibi çalışmaların ortaya koyduğu yetersiz, değişken veri tabanının düzeltilmesi ve semptomları tanımaya yarayacak bilgilerin standart biçimde ve detaylı olarak alınması için görüşme modelleri geliştirilmiştir.

Yapılandırılmış görüşmelerde bir psikiyatrik tanı koymak için gerekli tüm bilgiler ve bu bilgileri araştırmak için hastaya sorulması gereken sorular saptanır ve belirli bir sırayla sorulur. Yanıtlar bir çizelge ya da bilgisayar programı ile değerlendirilerek tanı koyulur. Görüşme süresince tutulacak yollar, atlamalar ve yanıtların işaretlenmesi bir dize anlaşmalar olarak önceden belirlenmiştir.

Ayrıca yapılandırılmış görüşmeler süreci ve sonucu öngörmede en ayırteci ve seçici ölçütlerle ilgili ileri çalışmaların yapılmasını uyararak nozolojiyi geliştirir. Kriterlerin doğruluğunu gösteren patognomonik belirtilerin yokluğunda tanısız yaklaşımı geçerli kılabilen en önemli yollardan biridir.

Halk sağlığı uzmanları, önlem ve sağaltım için gereken hizmetleri, sağaltım ve sosyal destek kurumlarının dağılım özelliklerini planlamak için mental hastalıkların yaygınlığı ve bağlantıları konusunda güvenilir verilere gerek duyarlar. Bunun içinde yapılandırılmış görüşmelerin vazgeçilmez ve önemli araçlar olduğu epidemiyolojik çalışmalar gereklidir.

Epidemiyolojinin bilimsel gerekliliği ve kullanımı 'önleme' ve 'kontrol edebilme' ile yakından ilgilidir.

önleme ve kontrol edebilmenin geliştirilmesini amaçlayan alan çalışmaları topoğrafik bir harita yerine geçecektir. Epidemiyolojik araştırmaların yardımı ile çizilen bir dış çerçevenin yol göstericiliğinde daha odaklanmış bazı çalışmalar gerçekleştirilebilir, karşılaştırılabilir. İyi planlanmış ve ortak bir teknik dil kullanan uluslararası çalışmalar karşılaştırma, risk faktörlerini saptama ve tanımlamada kullanılabilir (29).

Poliklinik merkezli bakış açısı görülememiş hastalar sorunu nedeniyle yalnızca psikopatolojiyi anlamamızı eksik bırakmayacak aynı zamanda sağaltılmayanların başetme ve bozuk adaptasyonlarını da tanımamızı önleyecektir. Yapılandırılmış görüşmelerin kullanıldığı alan çalışmaları görülmeyen olguları da saptayarak bozukluğun şiddeti ile özgün, çevresel, biyolojik ya da psikolojik ve davranışsal özelliklerin ilişkileri konusunda ipuçları verecektir.

#### 1.5 önemli Yapılandırılmış Görüşmeler

Yapılandırılmış görüşmelerin ilk örneği 1961'de Spitzer tarafından hazırlanmış olan 'Mental Status Schedule' dir (32). Tanı koyucu bilgisayar programlarının en bilinen örnekleri ise 1968'de Spitzer ve Endicott'un hazırladığı DIAGNO ve 1974'de Wing ve Cooper'ın hazırladığı CATEGO, 1974'de Fischer ve arkadaşlarınınca geliştirilen DIAX'dır (27, 38, 45, 93, 62, 111).

1959'da Wing, Cooper, Sartorius tarafından yapılandırılmış görüşmelerin en yaygın kullanılan örneklerinden olan PSE (Present State Examination-Şimdiki Durum Muayenesi) yayınlanmıştır (7, 32, 51, 72). PSE son 1 ayki durumla sınırlıdır ve bazı bozuklukları sormaz. Bir çok kapsamlı çalışmada kullanılmış ve psikiyatrik bozuklukların önemli özellikleri, psikiyatrik kavramlarda uluslararası farklılıklar gibi konularda bilgilerimizin gelişmesine katkıda bulunmuştur.

PSE Dünya Sağlık örgütünün düzenlediği iki büyük uluslararası çalışmada, ABD-İngiltere Tanı Araştırması ve Uluslararası Şizofreni Pilot Çalışmasında (IPSS-International Pilot Study of Schizophrenia) kullanılmıştır (72). PSE alkol ve ilaç kullanımlarını içermez, geçmişi araştırmaz, yalnızca son bir aydaki durumu sorgular ve tanı koyabilmek için bilgisayar programı (CATEGO) gerekmektedir yani klinisyen tanı koyma sürecini görüşme boyunca izleyemez (45).

1972'de Spitzer ve Endicott tarafından DSM-II tanımlarını DIAGNO adlı bilgisayar programı yardımı ile koyan CAPPS

(Current and Past Psychopatology Scale-Şimdiki ve Geçmiş Psikopatoloji Çizelgesi) geliştirilmiştir (93). Bu görüşmenin özelliği tanı koyma sürecinin görüşme formunda izlenemesi ve yalnızca son bir ay verilerini araştırmasıdır.

Spitzer ve Endicott 1978'de RDC kriterlerine göre tanı koyan SADS'i tanıtmıştır (24). RDC (Research Diagnostic Criteria-Araştırma Tanı Kriterleri) Feighner kriterlerinin modifikasyonu ile geliştirilen bir grup tanı ölçütüdür ve 23 tanı kategorisi içerir (2, 23, 30, 35, 42, 45, 88). RDC, DSM-III hazırlıklarına ilişkin çalışmalar sırasında yeniden geliştirilecek ve düzeltilecek tanı kriterlerini belirlemede yaygın olarak kullanılmıştır.

SADS, şimdiki epizodun en şiddetli dönemindeki semptomları detaylı tanımlar ve değerlendirme öncesi haftadaki psikopatolojinin özellikleri ve şiddet düzeyini belirtir (22, 24, 42, 53). Tanı koyucu bilgiyi sağlayan kriter ve soruların geliştirilmesi, tanı, prognoz ve bozukluk şiddeti değerlendirmesi için RDC ölçütleri ile belirlenmiş 24 psikiyatrik tanıyı araştırmak üzere geliştirilmiştir. SADS, SADS-C (şiddet ve değişim ölçümü), SADS-L (halen hasta olmayanlar için yaşam boyu prevalans) tipleri olan görüşmenin 104 yatan hastada joint ve test-retest güvenilirlik çalışmasında sonuçlar güvenilir bulunmuştur. SADS, SCID'e en çok benzeyen yapılandırılmış görüşmedir. Deneyimli klinisyenlerin 3 aylık eğitim programı sonrası kullanabildiği bir görüşme olduğundan geniş alan çalışmalarında pek kullanılmamıştır. Klinik çalışmaların yanı sıra bildirilen en büyük seri New Haven'da 511 olguluk bir izleme çalışmasıdır (22, 24, 38, 42, 53).

1981'de NIMH tarafından epidemiyolojik alan tarama programında kullanılmak üzere Robins ve Helzer DIS (Diagnostic Interview Schedule)'i geliştirmiştir (3, 12, 13, 43, 59, 75). DIS'in önemi klinik psikopatoloji bilgisi gerekmemesi ve kısa bir eğitim almış, psikiyatrist ya da psikolog olmayan görüşmeciler tarafından uygulanabilmesidir. DIS'in profesyonel görüşmeciler tarafından uygulanabilirliği ve tanıların bilgisayar programı ile konması geniş alan taramalarında kullanımını arttırmaktadır. DIS'in yapısı şöyledir; sorular görüşmeci tarafından mümkün olduğunca tonlamasız ve yüksek sesle okunur, evet ya da hayır yanıtı puanlanır ve her semptom bu şekilde değerlendirilir. Tanı için gerekmeyen sorular formda belirtilen atlama önerileri doğrultusunda atlanır. Daha sonra veriler bilgisayar programı aracılığı

ile tanıya dönüştürülür. Semptomlar RDC ve Feighner Kriterleri sistemindeki tanı kategorilerini de değerlendirebilecek genişlikte düzenlenmiş olmasına karşın yalnızca seçilmiş DSM-III tanıları değerlendirilmektedir. DIS yaşam boyu dönemi sorgular ve bazı bozuklukların başlangıç yaşı, tekrarlama sayısı gibi önemli özelliklerini içerir. Birden fazla hastalık varsa ya da bozukluk en hafif şekilde geçmişse bile eğer semptom varsa bunu belirtmeye de yarar. DIS görüşmesinin bir başka özelliği ise bu modelle gerçekleştirilmiş çalışmaların hipotezlerinin bilgisayar programı ile anında kontrol edilebilirliğidir. DIS'in en zayıf noktası ise gözlemcinin değerlendirmedeki payını en aza indirmesidir.

DIS'in profesyonel görüşmecilerce kullanılabilirliğini araştırma amacı ile çalışmalar yapılmış daha sonra geniş alan tarama çalışmalarında kullanılmıştır. Regier, Myers, Kramer, Robins ve arkadaşları 5 yerleşim yerindeki 20 000 kişi ile yapılan DIS görüşmelerini ve bu kişilerin 1 yıl sonraki yeniden değerlendirmelerini incelemişler ve DIS'in insidans ve prevelans yönünden kullanılabilir olduğunu, kültürel ve demografik özelliklerin etkisini araştırmada yararlı olduğunu belirtmişlerdir (21, 29, 59, 71, 76).

Basım Yılı	Adı	Tanı Kriterleri	Hazırlayıcılar	Bilgisayar Programı
1964 (Mental Status Schedule)	MSS		Spitzer, Fleiss Burdock	
1968 (Present State Examination)	PSE	35 CATEGO Send.	Wing, Cooper, Sartorius	CATEGO
1970 (Psychiatric Status Schedule)	PSS	DSM-I Tanısı	Spitzer, Endicott	DIAGNO
1972 (Current and Past Psychopathology Scales)	CAPS		Endicott, Spitzer	
1972 (Renard Diagnostic Interview)	RDI	Feighner Kriterleri		
1978 (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia)	SADS	24 RDC Tanısı	Endicott, Spitzer	
1981 (Diagnostic Interview Scale)	DIS	31 DSM-III Tanısı	Robins	DIS Prg.
1985	SCID	33 DSM-III-R Tanısı	Spitzer, Williams,	

Tablo III: önemli Yapılandırılmış Görüşmeler

1968'de Spitzer ve Endicott PSS uyguladıkları 200 olguluk serilerinde ortalama ağırlıklı Kappa değerinin 0.29 olarak bulmuşlardır. Spitzer ve Endicott 1969'da DIAGNO bilgisayar programı ile tanı koyan CAPPs görüşme formu ile yaptıkları 46 olguluk çalışmada ağırlıklı Kappa değerini 0.45 olarak bulmuşlardır (38).

1972'de Fleiss ve Spitzer CAPPs kullandıkları 740 olguluk seride ağırlıklı kappa değerini 0.48 olarak hesaplamışlardır (87). 1974'de Hirschfeld ve Spitzer ise aynı görüşme formu ile yaptıkları 212 olguluk seride kappa değerlerini 0.40-0.59 arasında bulmuşlardır (38). Endicott ve arkadaşları, RDC ile tanı koyan SADS'ın retest çalışmasında, 11 değişik tanı kategorisi için ortalama kappa değerinin 0.69 olarak bulmuşlardır (24). Yine Endicott ve arkadaşları 1978 yılında 150 olguluk bir seride SADS görüşmeleri yaparak 0.82-0.99 arası kappa değerleri bildirmişlerdir. 1974'de Fisher 129 olguluk bir grupta yapılan çalışmada, PSE ile tanı uyuma oranını %75 olarak gözlemiştir (27). Helzer, Robins ve arkadaşları Renard Tanı Görüşmesinin kappa değerlerini 0.52 - 0.77 arasında bulmuşlardır (39).

Anthony ve arkadaşları 1985'de DIS ile yaptıkları 3481 olguluk bir çalışmada klinisyen olmayan görüşmecilerin, deneyimli klinisyenlerle uyuma düzeylerinin düşük olduğunu bildirmişlerdir (3).

#### 1.6 Yapılandırılmış Görüşmeleri Değerlendirme Yöntemleri

Bir tanı aracı olan yapılandırılmış görüşmelerin ne kadar doğru tanı koyduğu, olguları hangi duyarlılıkta ayırt edebildiği önemli kavramlardır. Bu kavramları araştırma amacı ile geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılır. Geçerlik çalışmaları için bir dış kriter kullanılır. Dış kriter aşağıdakilerden biri olabilir:

Geçerlilik kriteri olarak başka bir yapılandırılmış görüşme: Bir görüşmenin geçerliği başka bir görüşme ile sınanabilir. Örneğin, bir grup hastaya SCID ile DIS birlikte uygulanıp farklılıklar tartışılabilir.

Geçerlilik kriteri olarak klinik görüşme: Yapılandırılmış görüşme ile elde edilen tanıları deneyimli bir klinisyenin görüşmesi ile elde edilen tanılarıyla karşılaştırılabilir.

Geçerlilik kriteri olarak laboratuvar testleri: Psikiyatride spesifik laboratuvar testleri olmamasına karşın DST gibi kullanılabilir bazı testler vardır.



Geçerlilik kriteri olarak sağaltıma yanıt: En çok kullanılan yöntemlerden olmasına karşın birçok değişkeni de içerdiğinden tek başına yeterli olmaz.

Geçerlilik kriteri olarak hastalık süreci: Anterospektif çalışmaların yöntemleri içinde yer alan bir yöntemdir.

Güvenirlik çalışmaları üçüncü bölümde belirtilmiş olan birlikte görme, yeniden test ve dosya tarama yöntemlerinden herhangi biri ile yapılabilir. Önemli yapılandırılmış görüşmeler ve güvenilirlik çalışmaları tablo halinde belirtilmiştir. Veri değerlendirmesi bilgisayar programı ile yapılmış olan güvenilirlik çalışmaları ise ayrı bir tablo olarak Tablo V'de gösterilmiştir (38).



Yazar	Yıl	Olgu Sayısı	Tanı Kriteri	Görüşme	Sonuçlar	Dış Kriter
Anthony	1985	3481 810	DSM-III DSM-III	DIS DIS	% 6.92 tanı+ 0.02-0.35	GHQ Klinik Gr.
Bech	1984	29	ICD-9	SADD-5	0.66	RDC Newcastle Scales
Burnam	1983	90 61	DSM-III DSM-III	DIS DIS		
Endicott	1978	150	RDC	SADS SADS-L	0.82-0.99	SCL-90 KAS-R
Fischer	1974	1202	ICD-9	DIAX (PSE)	% 73	Klinik Gr.
Frances	1984	76	DSM-III	DIB		Klinik Gr.
Gallagher	1983	102	RDC	BDI	% 16.67	Klinik Gr.
Gammon	1983	17	RDC	K-SADS-E	% 29 +	Klinik Gr.
Gastpar	1983	573	ICD-9	SADD	% 1.8-10.1	
Helzer	1981	120	Feighner	Renard Diag. Int.	K 0.62	Klinik Gr.
Hostetter	1983	120	RDC	RDC Grş.	K 0.71-1.00	SADS-L
Kantor	1976	200		PSI	K 0.39	
Kasa	1984	25		CPRS	K 0.52-1.00	
Karno	1983	9	DSM-III	DIS		
Lanyon	1978	100		PSI	K 0.62	
Lanyon	1978	54		PSI	K 0.66	
Lanyon	1978	58		PSI	K 0.73	
Leichner	1984	51		Cln. Oral Exam.	K 0.13	
Luria	1979	104	RDC	PSE	K 0.84	
Mc Donald	1984	50	RDC	SADS	K 0.70-0.98	
Mezzich	1982	1111	DSM-III	Diagn. Format	% 83+	
Myers	1982	9000	DSM-III	DIS		Alan Trm.

Overall11	1979	166	RDC	CDCS	%50.6 -	Washington U. Kl. Gr.
Perris	1984	209		CPRS	0.64	Self Rating
Robins	1981	216	DSM-III	DIS	0.57	RDC Feighner
Regier	1984	20000	DSM-III	DIS	0.92 +	Alan Trm.
Spitzer	1974	100	MSER PAR	DIAGNO-III	K 0.43 K 0.59	Klinik Gr.
Spitzer	1978	218	RDC	SADS	K 0.40-1.00	
Spitzer	1979	281	DSM-III	DSM-III Kr	K 0.78	
Spitzer	1985	102	DSM-III	SIDP	K 0.70	
Weller	1985	86	DSM-III	DIS	K 0.72	PDI
Wing	1975	1037	ICD	PSE		
Witchen	1985	329	DSM-III	DIS	K 0.31-0.91	AMDP

Tablo IV: önemli Yapılandırılmış Görüşmeler, Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmaları

Yazar	Olgu Sayısı	Tanı Kriterleri	Veri Kaynağı	Uyum Düzeyi
Altman, Evenson & Cho (1976)	3278	Klinik Tanı 10 Kategori	MS Çeklist Çeklist 20item	Kw .59 Kw .57
Benfari & Leighton (1970)	290	Klinik Tanı 28 Semp. Pat.	Alan Tarama Formu	K .73 .61
Benfari, Leighton, Beiser & Coen (1972)	120	Klinik Tanı 34 Semptom Üzerinden	Görüşme Formu	K .77 .67
Cassano, Castrogiovanni & Conti (1976)	76	Klinik Tanı	IMPS (Inpatient Multidimensional Psychiatric Scale)	%79
Fischer (1974)	1202	Klinik Tanı 3 Kategori	PSE-DIAX	%74
	129	Klinik Tanı 3 Kategori	PSE-DIAX	%75
Fleiss, Spitzer, Cohen & Endicott (1972)	740	Klinik Tanı 11 Kategori	CAPPS-Bayesian M Discriminant F DIAGNO II	Kw .43 Kw .48 Kw .48
Hirschfeld, Spitzer & Miller (1974)	212	Klinik Tanı 8 Kategori	CAPPS-Bayesian M DIAGNO II	K .59 K .40
Markin (1975)	976	Klinik Tanı 5 Kategori	MSS SHI	%65
Melrose, Stroebel & Glueck (1970)	413	Klinik Tanı 14 Kategori	CAPPS	K .18
Peck (1974)	893 276	Klinik Tanı 13 Kategori	Self-Report Adj. Checklist	%84
Scharfetter, Moerbt & Wing	115	Klinik Tanı 2 Kategori	PSE-CATEGO	%82
Singer, Cohen, Garfinkel & Srole (1976)	695	Psikiyatrist Puanlaması	Alan Tarama Formu	%69
Sletten, Ulett, Altman & Sundland (1970)	1715	Klinik Tanı 12 Kategori	MS Checklist	K .47

Spitzer & Endicott (1968)	54	Hipotetik Tanı 25 Kategori	PSS-DIAGNO	Kw .59
	200	Klinik Tanı 25 Kategori	PSS-DIAGNO	Kw .28
	57	Klinik Tanı 25 Kategori	PSS	Kw .30
Spitzer & Endicott (1969)	46	Hipotetik Tanı 46 Kategori	CAPPS-DIAGNO II	Kw .51
		Klinik Tanı 46 Kategori	CAPPS-DIAGNO II	Kw .45
Spitzer & Endicott (1974a)	77	Klinik Tanı 75 Kategori	MSER-DIAGNO III PAR	Kw .36
Spitzer & Endicott (1974b) ve Spitzer, Endicott Cohen & Fleiss (1974)	100	Terapist Tanısı 79 Kategori	MSER-DIAGNO III PAR	Kw .36
Wing & Nixon (1975)	1186	Klinik Tanı 2 Kategori	PSE-CATEGO	%95
WHO (1975)	1439	Klinik Tanı 3 Kategori	PSE-CATEGO	%87

Tablo V: Bilgisayar programları ile veri değerlendirmesi  
yapılmış güvenilirlik çalışmaları

## 1.7 Uluslararası Çalışmalar ve Çeviri

Kültürler arası yaklaşım fenomenlerin farklı kültürlerdeki özelliklerini karşılaştırma düşüncesinden doğmuştur. Psikolojik antropolojistler kognitif, entelektüel, ilgi alanları konularının yanı sıra projektif testler, yaşam öyküleri, rüya yorumları ve aile ilişkileri incelemeleri gibi derinlemesine çalışmalara da yönelmişlerdir. İlk önemli kültürlerarası çalışma A. Leighton ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilen ve Kanada ile Nijerya gibi iki farklı kültürdeki bulguları karşılaştırmayı amaçlayan 'Yoruba'lardaki Psikiyatrik Bozukluklar Çalışması'dır. Bu çalışma örneklemin iyi seçilmemesi, psikofizyolojik semptomların enfeksiyöz, paraziter ve nutrisyonel faktörlerden ayrılamaması ve sosyokültürel özellikler için seçilen endikatörlerin kültürden bağımsız olması nedeni ile eleştirilmiştir (26).

Dünya Sağlık Örgütü Uluslararası Şizofreni Pilot Çalışması (WHO International Pilot Study of Schizophrenia-IPSS) sıklıkla yanlış olarak kültürler arası bir çalışma olarak adlandırılır. IPSS çalışmasında kültürlerarası bazı özellikler olmakla birlikte daha çok uluslararası farkları araştıran bir çalışmadır.

iki büyük uluslararası çalışma vardır, bunlardan ilki Amerika Birleşik Devletleri ve İngiltere Tanı Projesi olup 1960ların başlarında bu iki ülkedeki Şizofreni ve Affektif Bozukluklar tanımlarını koymadaki farklılıkları araştırma amacı ile başlatılmıştır. Her iki ülkede büyük hasta gruplarına PSE uygulanarak hastaların mı yoksa tanı kavramlarının mı farklı olduğu araştırılmış ve farkın ABD'de İngiltere'ye oranla çok daha geniş şizofreni kavramı olmasından kaynaklandığı kanısına varılmıştır. Bu çalışma semptomları ayırt etmede (gözlem ve yorum değişkeni) ve teknik terimleri tanımlamada (kriter değişkeni) önemli farklılıklar olduğunu göstermiştir. Amerikalı psikiyatristlerin özellikle şizofreniyi düşündürülenler olmak üzere tüm alanlarda psikopatolojinin derecesini daha yüksek puanlama eğilimi gösterdikleri, düşünce bozuklukları kavramlarının ise çok geniş olduğu sonucuna varılmıştır. Bu da uluslararası alanda kriter değişkeni ile birlikte gözlem ve yorum değişkeninin bulunduğunu göstermiştir (7, 51, 72).

ikinci büyük uluslararası çalışma, Dünya Sağlık Örgütü'nün düzenlediği 'IPSS-Uluslararası Şizofreni Pilot

Çalışması'dır. Bu çalışmada gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde standart tanı araçları ve tanı koyma sürecinin klinisyenlerce kullanımının psikopatolojiyi tanımlamada ne kadar güvenilir olduğu araştırılmıştır. Ayrıca bu ülkelerdeki hasta gruplarının benzer olup olmadığı ve izleme sonuçları kontrol edilmiştir. PSE 7 dile çevrilerek Danimarka, Hindistan, Nijerya, İngiltere, Rusya, Paraguay, Tayvan ve Amerika Birleşik Devletleri başkentlerinde yapılan çalışmada kullanılmıştır. Bu çalışmada yüksek güvenilirlik düzeyleri gözlenmiş olup özellikle Moskova ve Washington'dan gelen sonuçlarda oradaki psikiyatristlerin şizofreni kavramının daha geniş olduğu gözlenmiştir. IPSS çalışmasında görüşme verileri bilgisayar programı CATEGO ile tanı haline getirilmiştir. izleme çalışmaları görüşme öncesi hastalık süresi, ülkenin gelişmişlik düzeyi ve şizofreninin nasıl tanımlandığı arasında karmaşık bir etkileşim olduğu ve bu değerlerin yükselmesi ile prediktif geçerliğin arttığını göstermiştir (72).

Uluslararası çalışmalarda kullanılan ya da gelişmiş ülkelerde hazırlanıp gelişmekte olan ülkelerdeki araştırmalarda kullanılmak istenen tanı araçlarının çevirisi ve adaptasyonu özenli çalışma isteyen, oldukça güç bir iştir. Bazı skalaların sözlük çevirisi de denen tam çeviri ile kullanılmasına karşın yazarlar literalden çok semantik çeviriyi önermektedirler (13, 16, 108). Tanı araçlarından PSE, DIS, SCL-90 ve SCID İngilizceden pek çok dile çevrilmiş ve araştırmalarda kullanılmıştır (13, 16, 43, 44). Brislin uluslararası çalışmalarda kullanılmış çeviri yöntemlerini derlemiş, bunlardan en sık kullanılan 4 tanesini şöyle sıralamıştır:

1. Tersine çeviri (Back Translation); bilingual kişinin çevirinin orjinaline kör olarak skalayı orjinaline yeniden çevirmesidir. Bu işlemden sonra orjinal ve tersine çeviri formlarının farklı yönleri karşılaştırılır, anlam kaybı olup olmadığı tartışılır.
2. Bilingual olgularla her iki dildeki versiyonların kullanıldığı uygulamalar yapıp sonuçlar karşılaştırılır.
3. Bilingual danışma ekibi oluşturup yeni çeviri önerileri araştırarak çok yönlü bakış sağlanır, skala ve çeviri toplu olarak okunur ve ortak kararlar son şekil verilir.
4. Çeviri gerçek olgulara uygulanır ve son düzeltmeler deneme sonuçlarına göre yapılır.

Emik bir davranışa bir kültürde verilen anlam, etik ise sözcüğün evrensel anlamıdır. Emik-etik ikilemi çeviri çabalarının ana sorunlarından olmuştur (72).

Brislin çeviride gerekli ana prensipleri aşağıdaki gibi özetlemiştir.

1. Kısa, basit cümleler kullanmak (16 kelimedenden az).
2. Pasif kelimeler yerine aktif kelimeler seçmek.
3. Karmaşa ve karışıklıktan kurtulmak.
4. Subjektif ve koşullara bağlı durumlardan kaçınmak.
5. Genel terimler yerine özgün sözcükler kullanmak.

Çeviride kullanılabilecek bir başka teknik de Werner ve Campbell'in tanımladığı bir tekniktir (72). Çeviri ve tersine çeviri yapıldıktan sonra skala tersine çeviri formundan yeni bir dile çevrilir. Her iki çeviri sürecinde çevrilemez, anlaşılması güç yerler saptanıp üzerinde durulur ve skala kendi dili içinde daha az idiomatik, daha kolay anlaşılabilir ve daha basit biçime sokulur, diğer dillere çevirisi de bu son düzeltilmiş form üzerinden yapılır.

Literatürde, çeviri çalışmalarında birden fazla yöntemin bir arada kullanılması oldukça sıklıdır.

#### 1.8 SCID Tanıtımı ve Kullanımı

1983'de Spitzer bir yazısında yeni geliştirdikleri bir yapılandırılmış görüşmeyi tanıtmış ve DIS ile karşılaştırmıştır (91). SCID (Structured interview for DSM-III-R) hazırlama çalışmaları DSM-III-R çalışma grubu ile yakın ilişki içinde sürdürülmüş ve 5.1987'de DSM-III-R'nin yayınlanmasından sonra son şekli verilmiştir (95).

SCID esnek ve klinik görüşme özellikleri olan, görüşmeciye bulabildiği her bilgi kaynağını kullanma, gerekli olursa olguyu diğer bilgilerle yüzleştirme olanağı tanıyan bir görüşme modelidir. Son aydaki ve yaşam boyu tanıları DSM-III-R kriterlerine göre saptar.

SCID'de pek çok açık uçlu soru vardır ve olguyu evet/hayır yanıtlarından çok semptomu kendi sözcükleri ile tanımlamaya yönlendirir. Olgu soruyu anlamazsa görüşmeci yeniden ve daha açıklayıcı biçimde, hastanın sözcüklerini kullanarak sorabilir. Soruların dizimi ise deneyimli bir klinisyenin ayırıcı tanı sürecini andırır biçimdedir.

SCID görüşmesi ile araştırılan tanılar Tablo VI'da gösterilmiştir (96).



AFFEKTİF BOZUKLUKLAR

Bipolar  
Mayör Depresyon  
Distimi (son 2 yıl)  
BTS Affektif Bozukluk (\*)

PSİKOTİK BOZUKLUKLAR

Şizofreni  
Şizofreniform Bozukluk  
Şizoaffektif Bozukluk  
Deliran Bozukluk  
Kısa Reaktif Psikoz  
BTS Psikotik Bozukluk

MADDE BAĞIMLILIK BOZUKLUKLARI

Alkol  
Sedatif-Hipnotik  
Kannabis  
Stimülanlar  
Opiyoidler  
Kokain  
Hallusinojenler-PCP  
Diğer Maddeler

\* BTS: Başka TürLü Sınıflandırılmayan

ANKSİYETE BOZUKLUKLARI

Panik Bozukluğu  
Panik Bozukluğu  
olmaksızın Agorafobi  
Sosyal Fobi  
Basit Fobi  
Obsesif-Kompulsif Bzk.  
Yaygın Anksiyete Bzk  
(son 6 ay)  
BTS Anksiyete Bozukluğu

SOMATOFORM BOZUKLUKLAR

Somatizasyon Bozukluğu  
Hipokondriyazis  
(Yalnız şimdiki epizod)  
Ayrılaşmamış Somatoform Bzk.  
BTS Somatoform Bozukluk

YEME BOZUKLUKLARI

Anoreksiya Nevroza  
Bulimiya Nevroza  
BTS Yeme Bozukluğu

UYUM BOZUKLUĞU

(Yalnız şimdiki epizod)

Tablo VI:SCID'de Yer Alan 1. Eksen Bozuklukları

SCID'de pek çok açık uçlu soru vardır, denegi evet/hayır yanıtları yerine semptomu tanımlamaya yönlendirir. Hasta soruyu anlamazsa görüşmeci yeniden ve daha açıklayıcı biçimde, hastanın sözcüklerini kullanarak sorabilir. Soruların dizimi ise deneyimli bir klinisyenin ayırıcı tanı sürecini andırır biçimdedir.

Görüşmeci görüşmenin başında yakınma ve hastalık öyküsü konusunda bir ön tanı koyabilecek kadar bilgi alır sonra da tek tek semptomları soruşturur.

SCID'de tarama soruları ve atlama talimatları vardır. Eğer ilk sorulardan olgunun kriterleri karşılamıyacağı anlaşılırsa tanı için gereksiz olan diğer sorular atlanır. Kodlamanın mutlaka hastanın yanıtı olması gerekmez. Görüşmeci kriteri puanlar hastanın yanıtını değil.

Her tanı bölümü sonunda bir kronoloji bölümü vardır, görüşme tamamlandığındaysa özet puanlama cetveli doldurulur ve

tanıdan bağımsız olarak uyum fonksiyonlarının global değerlendirilmesi (V. eksen) yapılır.

Distimi, yaygın anksiyete bozukluğu, hipokondriyazis ve uyum bozukluğunda yalnızca şimdiki epizodu, diğer tanılarda şimdiki epizodu ve yaşam boyu prevelansı saptar.

Sayfa düzeni sayfanın solunda olguya sorular ve görüşmeciye direktifler ortasında kriterler, sağda kodlar şeklindedir. Puanlar: ?=Yetersiz bilgi, 1=Yok ya da yanlış, 2=Eşik altı, 3=Eşik ya da doğrudur.

SCID'in I ve II. eksen tanıları koyabilmek için 4 standart versiyonu vardır. Bunlar:

SCID-P (Hasta versiyonu):Yatan psikiyatrik hastalarda ya da psikoz ayırıcı tanısı yapılmak istendiğinde kullanılır.

SCID-OP (Ayaktan hasta versiyonu):Psikotik bozukluk ayırıcı tanısı yapmadan psikoz olasılığını belirtir. Psikotik bozukluğun ender rastlandığı gruplarda kullanılır.

SCID-NP (Sağlıklı kişi versiyonu): Olguların psikiyatrik hasta olmadığı çalışmalarda kullanılır. Yakınma bölümü dışında SCID-OP ile aynıdır.

SCID-II 12 DSM-III-R Kişilik bozukluğu tanısı koymak içindir.

SCID'de 7 ayrı mayör tanısal bölüm vardır ve her mayör tanısal sınıf kendi içinde bir bütün olduğundan istenen tanı bölümü çıkartılarak, sırası değiştirilerek, şiddet puanlama gibi ekler yapılarak, SCID-II ya da bir bölümü ile birlikte kullanılabilir.

SCID'nin Çince, Fransızca, Almanca, ispanyolca, Portekizce, Yunanca, Japonca ve İsveç dillerine uyarlama çalışmaları yapılmaktadır (95).

PSE, Şimdiki Durum Muayenesi adı ile 1978'de Savaşır, Öztürk ve Göğüş tarafından Türkçeye çevrilmiş, kullanıcılar arası güvenilirlik düzeyi yüksek bulunmuştur. Ancak yüksek güvenilirlik sağlayabilmek için kullanıcıların eğitim programına katılmaları gerekli görülmüştür. 1986'da DIS Hacettepe Üniversitesinde Kayatekin ve Öztürk tarafından çevrilmiştir (81). DIS'in bir bölümü ile prevelans çalışması ise kliniğimizde uzmanlık tezi olarak yapılmıştır. Son olarak 1988'de SCID Ege Üniversitesinde Sorias, Elbi, Nifirne, Mete, Saygılı ve arkadaşları tarafından dilimize çevrilmiş ve basılmıştır. Güvenirliği yüksek bulunan SCID'in geçerlik çalışmaları devam etmektedir.

## SCID Kullanımı

1. Her sayfanın sol tarafında görüşme soruları ve görüşmeciye direktifler vardır.
2. Her tanının ilk sorusu bozukluğun yaşam boyu öyküsünü sorguladığımızı belirtmek için 'Hayatınız boyunca hiç...' diye başlar. Affektif Bozukluklar bölümünde ise şimdiki ve geçmiş epizodlar ayrı ayrı soruşturulur. Olgu genel girişte halen hasta olduğunu düşündürecek bir bilgi verdi ise yaşam boyu zamana yönelik soru şimdiki zamana çevrilmelidir.
3. Bir soru hakkında hasta bilgi verdi ise soru daha önce alınmış olan bilgiyi doğrulayacak biçimde değiştirilmelidir. Yanıtları açmak gerektiğinde parantez içindeki sorular sorulabilir. Bunlar da yeterli olmazsa görüşmeci kendi sorularını sorarak kriteri puanlamak için gereken bilgileri araştırabilir.
4. Parantez içindeki 'KENDİ EŞDEĞERİ' yazısı görüşmecinin soruyu hastanın semptomu tanımlarken kullandığı sözcüklerle sorması gerektiğini belirtir.
5. Kriterler '?', '1', '2', '3' olarak kodlanır. ?= yeterli bilgi yok anlamındadır, bilgi sonra alınırsa değiştirilebilir, 1= Yok ya da yanlış, 2= Eşik altı, 3= Eşik ya da Doğru demektir.
6. Görüşmeci altında tanımlayın yazan kriteri 3 olarak kodlatan semptomu hastaya tanımlatıp forma bir örnek yazmak zorundadır.
7. Geçerli ve hızlı bir tanı koymayı sağlamak amacı ile tarama soruları ile giriş kriterleri karşılanmadığında atlama önerileri vardır, kodlama sonucuna göre gidilecek sayfalar kutular içinde belirtilmiştir.
8. Bazı iki maddeli bölümler '.... ya da ....' diye sorulmuştur ve kriterin bir bölümünün karşılanması 3 olarak kodlamaya yeter. Bazı maddeler ise 'hem ....., hem de .....' şeklindedir ve kriterin 3 olarak kodlanması için iki bölümünde karşılanması gerekir
9. 'Eşik altı' ile BTS arasında seçim yapmak gerektiğinde görüşmeci BTS tanısını koymalıdır.
10. Görüşmeci organik etyoloji nedeni ile tanının dışlanacağını düşünüyorsa organik dışlama kriterine atlayabilir.
11. Semptomlar hastanın ilaç alıp almadığına bakmadan var ya da yok diye kodlanmalıdır.

## 2. AMAÇ

Bu çalışmanın amaçları iki grupta toplanabilir.

1. Yapılandırılmış bir görüşmeyi Türkçeye çevirerek araştırmalarda kullanılabilen bir tanı aracı kazandırmak.

Psikiyatrik bozukluklar için patognomonik belirtilerin olmaması ayırıcı tanı sürecinde yapılandırılmış görüşmelerin önemini arttırır. Araştırmaların karşılaştırılabilmesi, klinisyenler arasında bilgi alışverişi ve ortak bir dil sağlamak için güvenilir bilgi ve doğru tanı önemlidir. Bilgi ve gözlem değişkenini azaltmak için tanı koyucu standart görüşmelerin son örneklerinden olan SCID dilimize çevrilmiştir. SCID araştırmaların karşılaştırılabilmesini sağladığı gibi tanı koyma sürecinde, tanı kriterlerinin geçerliğini de spontan olarak kontrol ettiği için kullanıcı tanıların deskriptif geçerliğini sınamış olur. Yaygın kullanılan, güvenilir ve standart bir tanı aracı her tür çalışmada olgu seçiminde ve epidemiyolojik çalışmalarda araştırmacılara yararlı olacaktır.

2. SCID Türkçe Versiyonunun birlikte görüşme yöntemiyle kullanıcılar arası uyuma düzeyini saptamak.

Elde edilen bilgilerin doğadaki gerçeklere ne kadar uyduğunu araştırmak için önce bilgilerin doğru ve güvenilir olması gerekir. Bir tanı aracı orjinal dilinde yüksek düzeyde güvenilir olup özenle çevrilmiş olsa da çeviri sürecinde anlam yitirme ve karmaşıklaşma riski taşır. Ayrıca görüşme formunun kültürel ve evrensel özelliklerinin kontrolü de gerekir. Bu nedenlerle bir tanı aracının güvenilir biçimde kullanılabilmesi için çeviri yeterli olmaz. Aracın çevrilen dildeki versiyonunun güvenilirliğini de bilmek gerekir. Bu amaçla, SCID Türkçe Versiyonu farklı kişiler tarafından kullanıldığında, aynı tanıya ne düzeyde ulaşıldığı araştırılmıştır. Bu çalışmada, SCID-P Türkçe Versiyonu'nun kullanıcılar arası güvenilirlik düzeyi yüksek olduğu hipotezi sınanmıştır.

### 3. YÖNTEM VE ARAÇ

#### 3.1 Populasyonun özellikleri ve örnek Seçimi

Çalışmaya E.Ü.T.F. Psikiyatri Kliniğine Mayıs-Eylül 1988 tarihleri arasında yatan hastalar yatışlarından sonraki 10 gün içinde alındı. E.Ü.T.F. Psikiyatri Kliniğinin 121 yatak kapasitesi ve iki kapalı, iki açık, bir nevroz servisi ile geniş spektrumu olan bir hasta grubu vardır. örneklem bu geniş spektrumlu hasta grubu arasından alınarak çalışma hastalarının mümkün olduğunca psikiyatri hastalarının doğadaki dağılımlarına uyması hedeflendi.

Çalışmaya alınan deneklerde şu özellikler arandı:

1. 17 yaşından büyük olma,
2. ilkokul mezunu olma,
3. Çalışmaya gönüllü olarak katılma,
4. Görüşme için gerekli asgari işbirliğini yapabilme.

Bu koşullarla deneklerin homojen bir sosyokültürel düzeyden olmalarına çalışıldı. Hasta alınmasına başlandıktan sonra hasta seçiminde farkedilmeyen hata kaynaklarının önlenmesi için kliniğimize yatan ve yukarıdaki özellikleri taşıyan tüm hastalar ayırimsız çalışmaya alındı.

#### 3.2 SCID'in özellikleri

SCID, deneyimli bir klinisyenin bazı anlaşma ve kurallara dayanarak DSM-III-R I. Eksen tanılarında en sık rastlanılan 33 tanesini araştırmasına yardımcı olabilecek bir tanı aracıdır. özellikleri şöyle sıralanabilir.

1. Her tanısal sınıf ayrı bir modül olduğundan modüller istenirse tek tek kullanılabilir, sıraları değiştirilebilir, başka skalalar eklenerek kullanılabilir.
2. SCID klasik tanı koyucu görüşme örnek alınarak hazırlanmıştır ve klasik görüşme konusunda deneyimli, psikopatoloji ve DSM-III-R'yi iyi bilen ruh sağlığı çalışanları içindir.
3. Sorular deneyimli bir klinisyenin ayırıcı tanı sürecini andırır biçimde sıralanmıştır.
4. Görüşme çizelgesi çok sayıda açık uçlu soru içerir. Sorular deneklere, görüşmecinin tanımladığı bir semptomu kabul ya da reddetmektense semptomları tanımlama olanağı verir.
5. DSM-III-R tanı kriterleri SCID içinde yer alıp görüşme sırasında değerlendirildiğinden, görüşmeci sürekli olarak tanı hipotezlerini kontrol etmektedir.
6. Görüşmeci tanı kriterinin karşılanıp karşılanmadığı konusunda karar vermek zorundadır. önceden belirlenmiş sorular sorduğu halde olgunun yanıtını aynen kabul etmek zorunda

değildir. Görüşmecinin var olduğunu düşündüğü bir semptomu hasta inkar ediyorsa semptom tartışılmalıdır. Ender olarak hastanın ısrarla inkar ettiği bir semptom var olarak işaretlenebilir. Hastanın tanımlamasına karşın görüşmeci bir semptomun varlığından kuşku duyarsa bunu yok olarak işaretlemelidir. Semptomun var olmadığını hastanın da kabul etmesi şart değildir.

7. Yalnızca şimdiki epizodun saptanabildiği Distimi, Yaygın Anksiyete Bozukluğu, Hipokondriyazis ve Uyum Bozukluğu dışında SCID, bir I. Eksen tanısının herhangi bir zamanda var olup olmadığını (yaşam boyu prevelans) ve son bir ay içinde semptomların varlığını ya da yokluğunu (şimdiki epizod) saptar.

8. Her I. eksen tanı bölümünün sonunda hastanın kronolojisi ile ilgili soru grubu vardır. Bunlar başlama yaşı, son bir ay içinde bulguların olup olmaması, alevlenme sayısı ve son beş yılın ne kadarında bulguların var olduğunu soruşturur.

9. Karar vermede görüşmeci yalnızca hastanın söylediklerini değil, hasta ile ilgili elde edebileceği tüm bilgi kaynaklarını kullanır. Yanıtlarının dosya bilgisi ile uyummadığı durumlarda olgu kibarca yüzleştirilebilir.

10. Görüşme sonunda klinisyen özet kodlama formuna tanıları kaydeder. Tanı koyulan bölümlerde görüşmeci tüm kriterlerin karşılanıp karşılanmadığı konusunda karar vermek zorunda olduğu halde özet kodlama formunda eşik altı tanıları da kaydedebilmektedir.

11. Global İşlev Düzeyi Skalası (GİDS) görüşme sonunda tanıdan bağımsız olarak hastanın geçen ay gözlenen en düşük işlev düzeyini belirtmek üzere doldurulur.

12. SCID görüşmecinin tanı açısından önemsiz semptomları sorgulamakla zamanını kaybetmemesi için genel tarama soruları ve uygun yerlere atlama talimatları konularak hazırlanmış hızlı bir tanı koyma aracıdır.

### 3.3 Çeviri ve Uyarlama Çalışmaları

Bilimin evrenselleşmesi, ülkeler arasındaki bilimsel ilişkilerin artması ve uluslararası çalışmalar, çevirinin önemini arttırmaktadır. Literatürde, çeviri skalası kullanan yazarlar çeviri yöntemlerini detaylı tanımlarlar. SCID'in çevirisinde, uluslararası çalışmalarda kullanılan yöntemler dikkate alınmış ve bazı çeviri kuralları belirlenip bu kurallara uyulmuştur. Çeviri kuralları saptamadaki amaçlar kolay anlaşılma, çeviri işleminde anlam yitirmemedir.

Brislin, Karno ve arkadaşları çeviri sırasında aşağıdaki kurallara uymak gerektiğini söyler:

1. Değişik kültürlerdeki kişilerce kolayca anlaşılabilme
2. Anlam doğruluğu
3. Belli kültüre özgü deyimlerin kullanılmaması
4. Kelime kelime çeviriden çok aynı anlamdaki cümleyi kullanma

Çeviri tekniği olarak Brislin ve arkadaşlarınınca uluslararası çalışmalarda kullanılmak üzere tanımlanmış 4 yöntemden çizelgenin son durumunun toplu olarak okunarak düzeltilmesi ve çevirinin bir ön uygulamasını yapıp yeniden düzenlenmesi teknikleri kullanılmıştır (15, 16, 43).

SCID'in çeviri dili literatürde Burnam, Karno, Chu ve Kasa'nın çalışmalarında belirttikleri özellikleri taşır.

Çeviri sırasında dikkat edilen özellikler:

1. Kısa ve basit cümle kullanımı
2. Karmaşık ve çapraşık cümlelerden kaçınma
3. Subjektiviteden kaçınma
4. Genel terimler yerine özel terimler kullanma

Belirtilen noktalara özen gösterilerek yapılan çeviriden sonra çevrilen bölümler ekibin farklı üyelerince gözden geçirilmiş, özellikle hastaya sorulan sorular için yeni öneriler eklenmiştir. Daha sonra bu form bir kez daha gözden geçirilmiş ve SCID'in özgün sayfa düzeni aynen korunarak ilk aşamanın son şekli verilmiştir.

ikinci aşamada SCID görüşmeciler tarafından bir grup hastaya uygulanmış, bu görüşmeler çeviri ekibi üyelerince izlenip tartışılarak hastaların soruları ne kadar anladığı kontrol edilmiştir. Bu kontrol ile anlaşılmasında güçlük çekilen cümleler yeniden gözden geçirilmiş ve SCID topluca okunarak son şekli verilmiştir. Çeviri tamamlandıktan sonra çizelgenin özellikleri ve kullanımı konusunda eğitim yapılmıştır.

### 3.4 Uygulama Eğitimi

Daha sonra da tartışılacağı gibi yapılandırılmış görüşmeler kullanılan çalışmalarda görüşmeci eğitimi önemlidir. Skalaların kullanımında deneyimli ve eğitilmiş görüşmecilerin daha başarılı oldukları bildirilmiştir (47, 81). Çalışmamızda görüşmeciler önce skalayı çok iyi öğrenmişler, görüşme formunu ezberledikten sonra meslekdaşlar ve hastalarda bireysel uygulamalar yaparak eğitim programı için ön hazırlıklarını tamamlamışlardır. Görüşmecilerin bireysel

hazırlanmalarından sonra eğitim programı başlamış, bu programın ilk bölümünde hasta-hekim ilişkisi konusunda klasik bilgiler eğitim programı başkanı tarafından anlatılmış, daha sonra SCID'in özellikleri ve kullanımı tartışılmıştır. Eğitim programının ikinci bölümünde görüşmeciler önce hasta rolü üstlenen hekimlerle diğer ekip üyelerinin önünde görüşme yapmış sonra da bunlar toplu olarak tartışılmıştır. Çizelge çok iyi tanındıktan sonra görüşmeciler diğer ekip üyeleri gözleminde SCID-P formunu akıcılık ve rahatlık kazanana dek en az 10 kez olmak üzere gerçek hastalarda uygulamıştır. Eğitim programı haftada 3 gün ikişer saatlik seanslar halinde 2 ay sürmüştür.

### 3.5 Uygulama Süreci

Görüşmeci eğitimi sonlandıktan sonra güvenilirlik çalışması için hasta alımına başlanmıştır. ilaç ve ECT gibi sağaltımların görüşmeyi etkilememesi için olgular, bu gibi sağaltımlar başlamadan görüşmeye alınmıştır.

Görüşmeler bu çalışma için özel olarak düzenlenen görüşme odasında yapılmıştır. Odanın düzenlenmesinde hastanın rahat edebileceği ve dış etkenlerin mümkün olabildiğince azaltıldığı bir ortam oluşturulmaya çalışılmıştır.

Görüşmeler birlikte görüşme (Joint interview) şeklinde yapılmıştır. Tüm çalışma iki görüşmeci (Dr. Hayriye Elbi ve Dr. Zeki Nifirne) tarafından yürütülmüş, yatan her hasta ilk 10 gün içinde ve mümkün olan en kısa zamanda çalışmaya alınmıştır. Çalışmacılardan biri hasta ile görüşürken, diğeri aynı odada fakat hastanın görüş alanının dışında oturarak görüşmeyi izlemiş, sonunda gerek görürse soru sormuştur. Sıra ile görüşmeci ve gözlemci değişerek, 45 ile 100 dakika arasında değişen, ortalama 1 saat süren 102 görüşme yapılmıştır. Bu görüşmelerden 52si kliniğe yatan, 50si ise ayaktan polikliniğe başvuran hastalarla yapılmıştır.

Görüşme sırasında alınan notlar görüşme sonunda hemen düzenlenmiş, ancak görüşmeciler tanımlar ve puanlama konusunda birbirleri ile konuşmayıp danışmak gereken durumlarda görüşme notlarını çalışmanın süpervizörü (Dr. Soli Sorias) ile tartışarak gerektiğinde düzeltmiştir. Çalışmaya bu şekilde 52 olgu alınmıştır.



### 3.6 Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma sonuçlarını bildirme yetersizlikleri, sonuçları değerlendirmede kullanılan istatistiksel yöntemlerin farklı oluşu tanı güvenilirliği çalışmalarını değerlendirmede güçlüklerle yol açmaktadır. Ayrıca nominal kategoriler için seçilecek istatistiksel yöntemler de sorun oluşturabilir (15). 1960'da Cohen tarafından güvenilirlik çalışmalarını değerlendirmede uygun bir istatistik yöntem olan Kappa istatistik önerilmiş bu yöntem daha sonra mental bozuklukların tanı çalışmaları sonuçlarını bildirmede yaygın olarak kullanılmıştır (85). Kappa indeksi uyuşma düzeyini, gözlenen uyuşmadan rastlantısal uyuşmayı çıkartarak hesaplar. Kappa -1 ile +1 arasında bir değer alır. Negatif değerler rastlantısal uyuşmanın da altında bir uyuşma gösterir. Tam uyuşma ise +1 dir. Kappa rastlantısal uyuşmayı göz önüne aldığından, uyuşma yüzdesi bildirmekten daha anlamlı bir yöntemdir. Bu nedenle çalışmamızda, görüşmeciler arası tanıda uyuşma düzeyi hem yüzde hem de Kappa ile hesaplanmıştır.

#### 4. BULGULAR

##### 4.1 Örneğin Tanıtılması ve Sosyodemografik Özellikler

Yöntem bölümünde belirtilen özellikleri taşıyan 52 hasta çalışmaya alındı. Bunlardan bir tanesi delirleri nedeni ile not tutulan bir görüşmeyi sürdürmek istememiş, bir başkası anksiyete nedeni ile görüşme sonuna dek odada kalamamıştır. Diğer 50 hasta ise görüşmeyi tamamlamıştır.

Çalışmaya alınan deneklerin 21'i kadın, 29'u erkektir, yaşları 20 ile 61 arasında olup yaş ortalaması 38.4'dür. Standart sapma 18.85'dir. Hastaların 20'si ilkokul, 17'si orta-lise, 13'ü yüksekokul mezunudur. 13'ü kırsal kesimde, 37'si kentde yaşayan olguların 27'si evli, 14'ü bekar, 9'u ise dul ya da boşanmıştır. 24'ü daha önce hiç hastaneye yatmamış, 6'sı 1, 11'i 2-4 kez, 9'u 5 ya da daha fazla hastaneye yatmıştır. Hastaların 18'i işsiz, 10'u ev kadını, 14'ü memur, 3'ü emekli, 5'i öğrencidir.

Tanı kesinliği karşılaştırması yapılan yatan ya da psikiyatri polikliniğine ayaktan başvuran 100 hastanın 55'i erkek, 45'i kadın olup 39'u ilkokul, 52'si orta-lise, 9'u yüksek okul mezunudur. Bu hastalardan 74'ü daha önce hiç hastaneye yatmamış ya da 1 kez yatmıştır, 15'i 2, 3 ya da 4 kez, 11'i 5 ya da daha fazla hastaneye yatmıştır. Yaşları 18-62 arasında olup 40'ı 18-29 yaşları arasında, 26'sı 30-39, 34'ü 40-62 yaşları arasındadır.

Çalışmaya alınan hastaların sosyodemografik özellikleri Tablo VII'de gösterilmiştir.

CİNSİYET	E	K	
	29	21	
YAŞ	20-29	30-39	40-61
	14	17	19
ÖĞRENİM	ilk	Orta-Lise	Yüksek
	20	17	13
ESKİ YATIŞ	0-1	2-4	5+
	30	11	9

Tablo VII: Sosyodemografik özellikler

#### 4.2 Görüşmecilerin SCID Tanılarında Uyuşma Düzeyleri

Birlikte görüşme yöntemi ile değerlendirilen 50 olguda Kısa Reaktif Psikoz, Şizoaffektif Bozukluk, Panik Bozukluğu Olmaksızın Agorafobi, Sosyal fobi tanıları her iki görüşmeci tarafından konmadı. Şimdiki Manik Sendrom, Distimi, Bipolar Bozukluk, Alkol ve Madde Bağımlılıkları, Basit fobi tanılarında iki görüşmeci arasında tam uyuşma sağlanmış, Geçmiş Mayör Depresif Sendrom, Şizofreni, Mayör Depresyon tanılarında ikişer hastada, Şimdiki Mayör Depresif Sendrom, Geçmiş Manik Sendrom, Şizofreniform Bozukluk, Deliran Bozukluk, Panik Bozukluk tanılarında birer hastada tanıda uyumsuzluk olmuştur. 50 hastanın 41'inde tanıda uyuşulmuş, 9'unda uyuşulamamıştır. Hastalarda koyulan tanılarının dağılımları ise Tablo VIII'deki gibidir.

MIZAÇ BOZUKLUKLARI	24
PSİKOTİK BOZUKLUKLAR	14
MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU	18
ANKSİYETE BOZUKLUKLARI	10
SOMATOFORM BOZUKLUKLAR	5
DiĞER BOZUKLUKLAR	8

Tablo VIII: Tanı Dağılımları

Birlikte görüşme yöntemiyle görüşmecilerin 50 hastaya koydukları tanılarının belli başlı tanı kategorilerine göre dağılımı ve her bir tanı için tanıda uyuşma yüzdesi ile Kappa katsayısı Tablo VI'da gösterilmiştir. Bu yöntemle tüm tanılar için uyuşma yüzdesi %98, Kappa ise 0.90 olarak hesaplanmıştır. Ayırdedilebilen örnek sayısının 4 den az olduğu tanı kategorileri için Kappalar hesaplanmamıştır. Tabloda görüşmeciler A (Dr. Z.N.) ve B (Dr. H.E.) harfleri ile gösterilmişlerdir.

	B+		B-		UYUŞMA	
	A+	A-	A+	A-	YÜZDE	KAPPA
SCID TANILARI						
SİMDİKİ M.DEPR.S.	10	1	0	39	0.96	0.87
GEÇMİŞ M.DEPR.S.	14	2	0	34	0.96	0.88
SİMDİKİ MANİK S.	8	0	0	42	1.00	1.00
GEÇMİŞ MANİK S.	9	1	0	40	0.96	0.82
DİSTİMİ	2	0	0	48	1.00	
KISA REAKTİF P.	0	0	0	50	1.00	
SİZOFRENİ	4	1	1	44	0.96	0.83
SİZOFRENİFORM B.	3	0	1	46	0.99	0.90
SİZOAFFEKTİF B.	0	0	0	50	1.00	
DELİRAN B.	3	0	1	46	0.98	0.85
BİPOLAR B.	12	0	0	38	0.98	0.95
MAYÖR DEPRESYON	8	2	0	40	0.92	0.70
ALKOL BAŞ.	10	0	0	40	1.00	1.00
SEDATİF BAŞ.	3	0	0	47	1.00	
KANNABİS BAŞ.	3	0	0	47	1.00	
OPİYOİD BAŞ.	1	0	0	49	1.00	
BASKA MADDE BAŞ.	1	0	0	49	1.00	
PANİK B.	1	1	0	48	0.98	
PBO AGORAFOBİ	0	0	1	49	0.98	
SOSYAL FOBİ	0	0	0	50	1.00	
BASİT FOBİ	2	0	0	48	0.98	
YAYGIN ANKS B.	1	1	0	48	0.97	
OBS. - KOMP. B.	4	0	2	44	0.97	0.84
SOMATİZASYON B.	0	0	0	50	0.98	
HİPOKONDRIYAZİS	0	0	0	50	1.00	
AND. SOMATO. B.	3	2	0	45	0.97	
SCID TANISI YOK	1	0	0	49	1.00	
BAŞKA DSM-III-R TN	4	3	1	42	0.50	

TÜM KAPPA = 0.90

TÜM YÜZDE = 0.98

Tablo VI: Birlikte görüşme yöntemiyle görüşmecilerin değişik tanılarda uyuma düzeyleri.

Tanıllarda uyuşma sağlanan ve uyuşulamayan olguların özellikleri Tablo X'da karşılaştırılmıştır.

	Tüm Olgular	Uyuşulan	Uyuşulmayan
CİNSİYET E	29	23	6
K	21	18	3
YAŞ 20-29	14	13	1
30-39	17	14	3
40-61	19	14	5
ÖĞRENİM İ	20	17	3
0-L	17	13	4
Y	13	11	2
ESKİ 0-1	30	26	4
YATIŞ 2-4	11	8	3
5<	9	7	2
SOSYAL DURUM KÖY	13	10	3
KENT	37	31	6

Tablo X: Tanılarda uyuşulan ve uyuşulmayan grubun sosyodemografik özellikleri karşılaştırması

#### 4.3 Tanı Kesinliği Uyuşma Düzeyi

Görüşmeciler tanıları puanladıktan sonra, o hastada var ya da yok diye kabul edilen tanıları hangi kesinlikte koyduklarını da belirtmişlerdir. Tanı kesinliği, 6 bozukluk grubunda az (1), orta (2), kesin (3) olarak belirtilmiş, uyuşulan ve uyuşulmayan hasta gruplarının özellikleri araştırılmıştır. Tanı kesinliği değerlendirmelerinde, 54 olgu tüm tanı gruplarında her iki görüşmeci tarafından kesin tanı, 3 olgu ise orta ya da az kesin tanı olarak işaretlenmiştir. Tanı kesinliğinde uyuşma yüzdeleri tanı gruplarına göre farklılıklar göstermektedir. Tanı kesinliği değerlendirmesi yapılan 100 hastalık grubumuzda %38 Mizaç Bozuklukları, %22 Psikotik Bozukluklar, %10 Madde Kullanım Bozuklukları, %9 Anksiyete Bozuklukları, %5 Somatoform Bozukluklar, %3 Uyum Bozuklukları, %13 Başka DSM-III-R Tanıları konulmuştur. Tanı gruplarına göre tanı kesinliğinde uyuşma ve uyuşmama oranları Tablo X'da gösterilmiştir.

	Uyuşma %	Uyuşmama %
MIZAÇ BOZUKLUKLARI	47.4	52.6
PSIKOTİK BOZUKLUKLAR	59.1	40.9
MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU	70.0	30.0
ANKSİYETE BOZUKLUKLARI	77.8	22.2
SOMATOFORM BOZUKLUKLAR	60.0	40.0
UYUM BOZUKLUKLUĞU	66.7	33.3
DiĞER BOZUKLUKLAR	53.9	46.1

Tablo X: Tanı gruplarına göre tanı kesinliğinde uyuşma yüzdeleri

Tanı kesinliğinde uyuşulan 57 ve uyuşulmayan 43 hastanın yaş, cinsiyet, eğitim, önceki yatış sayıları ve tanıları karşılaştırılmış ve sonuçlar histogramlarla özetlenmiştir.

		Tüm Olgular	Uyuşulan	Uyuşulmayan
CİNSİYET	E	55	34	21
	K	45	23	22
YAS	18-29	40	25	15
	30-39	26	16	10
	40-61	34	16	18
ESKİ	0-1	74	43	31
YATIS	2-4	15	9	6
	5<	11	5	6

Tablo X: Tanı kesinliğinde uyuşulan ve uyuşulmayan grubun sosyodemografik özellikleri

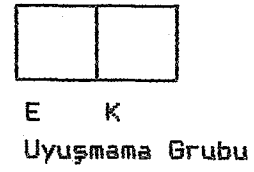
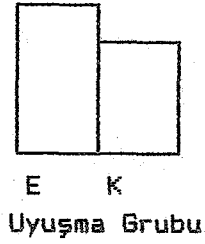
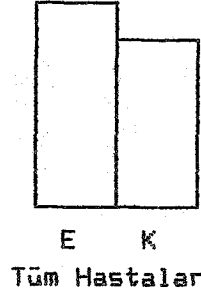
Tanı kesinliğinde uyuşulan ve uyuşulmayan hastaların tanı gruplarına göre dağılımı ise Tablo XI'de özetlenmiştir.

	Tüm Grup	Uyuşma	Uyuşmama
MİZAÇ BOZUKLUKLARI	38	18	20
PSİKOTİK BOZUKLUKLAR	22	13	9
MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU	10	7	3
ANKSİYETE BOZUKLUKLARI	9	7	2
SOMATOFORM BOZUKLUKLAR	5	3	2
UYUM BOZUKLUKLUĞU	3	2	1
DiğER BOZUKLUKLAR	13	7	6
TÜM HASTALAR	100	57	43

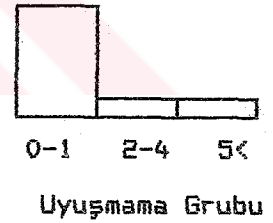
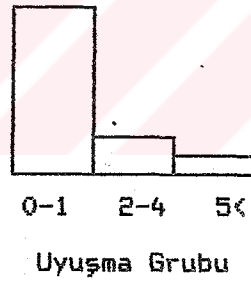
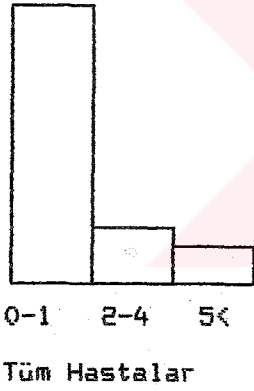
Tablo XI: Tanı kesinliği grubu tanı kategorilerine göre hasta sayısı

TANI KESİNLİĞİ HISTOGRAMLARI

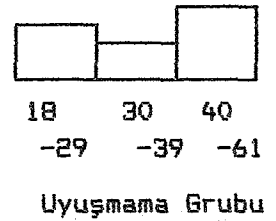
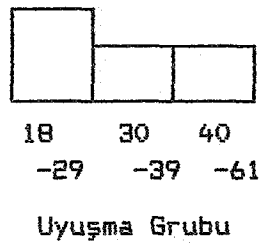
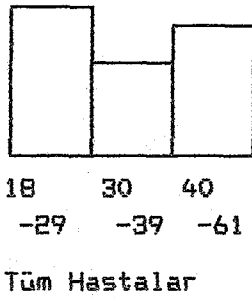
CİNSİYET



YATIŞ SAYISI

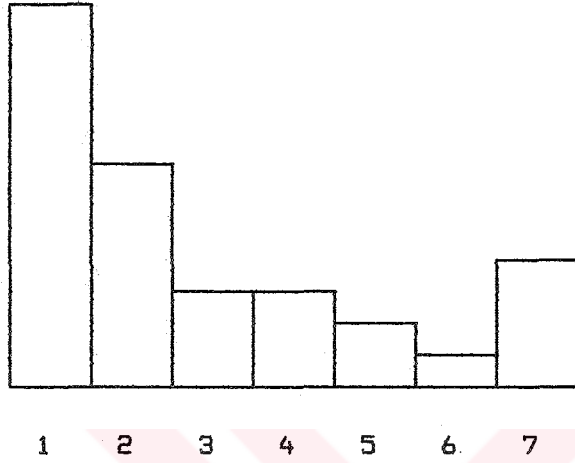


YAŞ



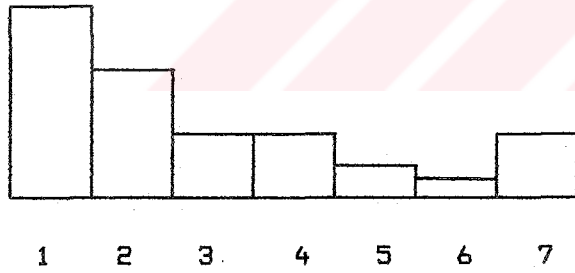


TÜM HASTALARIN TANI GRUPLARINA DAĞILIMI

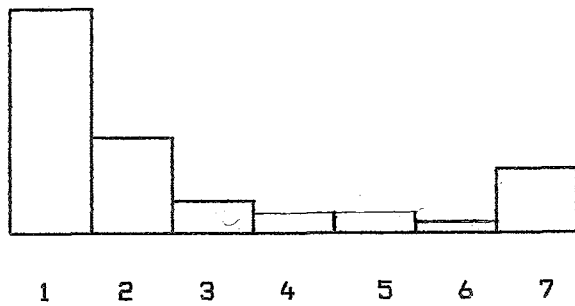


1. Mizaç Bozuklukları
2. Psikotik Bozukluklar
3. Madde Kullanım Bozuklukları
4. Anksiyete Bozuklukları
5. Somatoform Bozukluklar
6. Uyum Bozukluğu
7. Başka DSM-III-R Tanısı

TANIDA UYUŞULAN HASTALARIN TANI GRUPLARINA DAĞILIMI



TANIDA UYUŞULMAYAN HASTALARIN TANI GRUPLARINA DAĞILIMI



## 5. TARTIŞMA

Birlikte görüşme yöntemiyle saptanan görüşmeciler arası uyuşma düzeyleri oldukça yüksek bulunmuştur. Tanı kategorilerini tek tek ele aldığımızda aynı tanıya varma yüzdesi en düşük % 50, en yüksek % 100 bulunmuştur. Kappa değerleri de 0.70 - 1.0 arasında değişmektedir.

Bu değerler literatürdeki benzer çalışmaların sonuçları ile karşılaştırıldığında belirgin biçimde yüksektir. Örneğin, DSM-III'ün alan çalışmalarında Kappanın birlikte görüşme yöntemiyle 0.78, retest yönemiyle 0.66 bulunduğu bildirilmiştir (89, 90). Renard Tanı Görüşmesinin Kappa değerlerinin 0.52-0.77 arasında, Affektif Bozukluklar ve Şizofreni Çizelgesinin ise 0.69 olduğu bildirilmiştir (24, 40). Buna karşın Tablo IV ve Tablo V'de de görülebileceği gibi yüksek uyum düzeyi bildiren çalışmalar da vardır. Örneğin, Endicott 1978'de SADS ile yaptığı 150 olguluk çalışmasında 0.82-0.99, Hostetter 1983'te RDC kullandığı 120 olguluk seride 0.71-1.0, Luria 1979'da PSE ile yaptığı 104 olguluk çalışmada 0.84, McDonald 1984'de 50 olguluk serisinde SADS kullanarak 0.70-0.98 Kappa değerleri bulmuşlardır (24, 42, 51, 53). Bu çalışmada saptanan yüksek güvenirlik SCID'nin olumlu özelliklerinin yanısıra, görüşmecilerin konumu, eğitim programının yoğunluğu ile de ilgili olabilir.

Görüşmeci eğitim programları literatürde, PSE için haftada 1-2 kez, 1-3 ay, DIS için 7-10 gün sürekli olarak belirtilmiştir. Çalışmamızda ise görüşmeciler aynı kurumda, aynı süre eğitim görmüşlerdir, görüşmecilerin eğitimlerinin benzer olmasının uyuşmayı arttırmaya ise bilinen bir gerçektir. Ayrıca bu çalışma için haftada 3 gün 2 ay süre ile yaklaşık 48 saat süren bir görüşmeci programı uygulanmıştır bunun da literatürde belirtilen eğitim programlarına göre oldukça uzun ve detaylı bir görüşmeci eğitimi olduğu göz önüne alındığında uyuşmanın yüksekliği açıklanabilir.

Yapılandırılmış görüşmeler endüstrileşmiş ülkelerde geliştirilmiş daha sonra da gelişmekte olan ülkelere olduğu gibi benimsenmiştir. Son yıllarda gelişmekte olan ülkelere de metodolojiyi kendi özel koşullarına uygulama çabaları başlamıştır (16, 47, 108). Gelişmekte olan ülkeler, hızlı sosyal ve kültürel değişim, sosyoekonomik düzeylerdeki geniş yelpaze, geleneksel ve modern sağlık kurumlarının birlikte olması biçiminde değişken bir tablo oluşturmaktadır.

Gelişmekte olan ülkelerdeki yapılandırılmış görüşmelerin ise bu geniş tablonun her dilimine uyabilmesi gerekmektedir. Bu da adaptasyon çalışmalarını oldukça güçleştirmektedir. Yapılandırılmış görüşmeler daha heterojen bir gruba uygulanacağından esnekliğinin önemi daha da artmaktadır.

Görüşme formu yanıtlarının geçerlik kontrolü, güvenilir referans testlerin olmaması nedeni ile zordur. Görüşme verileri arasındaki farklılık görüşmede uygulanan metodoloji ile yakından ilgilidir. özgün ve kolay tanımlanabilen semptomlar olduğunda, basit bir dil kullanıldığında güvenilirlik artmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde, hastalığın öğrenilmiş kalıplarla ifadesinin daha yaygın olduğu ve halkın semptomlarını hekimlerin anlayabileceği dile çevirmede güçlükleri olduğu belirtilmiştir (47).

Yapılandırılmış görüşmelerin kullanıldığı araştırmalardaki hata kaynakları araştırılmış ve konuya ilişkin makaleler yayınlanmıştır. Hatalar örneklem seçimi, görüşme ve görüşmeci özellikleri, tamamlama oranı gibi alanlarda toplanmaktadır.

Görüşmecilerin özellikleri nedeni ile doğabilecek enformasyon ve yorum değişkenini azaltmak amacı ile görüşmeci eğitimi yapılabilir. Literatürde görüşmeci eğitimi ve süpervizyonunun hata kaynaklarını azaltmada yararlı olduğu bildirilmiştir (2, 3, 21, 24, 40, 42, 44, 47, 49).

Tamamlama oranı örneklemin özelliklerini değiştirebileceği için önemlidir. Tamamlama oranı düşük bir çalışmada örnek grupla alınan sonuç ile genelleme yapılamaz. Bu durumda araştırma kapsamına giremeyen olguların özellikleri ve tamamlanamama nedenlerini de araştırmak gerekir. DIS ile yapılan geniş bir alan tarama çalışmasında tamamlama oranı %75-95 arasında bildirilmiştir (21). Bu oran çalışmamızda %96.2dir.

Bir başka hata kaynağı görüşmeyi kullanan kişilerin görüşme formundaki kuralları tam uygulamaması, soruların sırasını, biçimini değiştirmesi, formda belirtilenler dışında atlamalar yapması gibi kural dışı skala kullanımıdır (21, 114). Alışkanlık kazandıkça görüşmecilerin formu ustaca uygulamalarına karşın bıkmaya ya da aşırı güven kazanma nedeni ile daha özensiz uyguladıkları böylece güvenilirliğin azaldığı bazı araştırmacılar tarafından gözlenmiştir (47). Bu hatayı azaltmak için günde 3-4 görüşmeden fazla yapmamaları, görüşmeci süpervizyonunun çalışma boyunca sürdürülmesi önerilmiştir.

Görüşmeci ile olgu arasında ortak bir dil kurulamaması olgunun yanıtlarının yanlış anlaşılmasına ve yanlış değerlendirmelere yol açabilir. Literatürde olgularla benzer sosyo-kültürel tabandan gelen ya da olguların sosyo-kültürel özelliklerini iyi tanıyan görüşmecilerin daha başarılı oldukları, bulguları daha doğru değerlendirdikleri bildirilmiştir.

Yapılandırılmış görüşme kullanılan çalışmalarda farkedilmeyen hata kaynakları (bias) da önemli yer tutar. Üç tip hata kaynağı tanımlanmaktadır. Bunlar:

1. Seçimde: örnek grubun uygun seçilmemesidir. Bu durumda örnek, evrenin özelliklerini yansıtmayacaktır. Olgu seçiminde klinik tanının kullanıldığı durumlarda seçicinin özelliklerinin seçilen grubu etkilemesi olasıdır.
2. Gözlemede: Değerlendirmede kişisel özellikler etkin ya da kullanılan araç geçersiz ise elde edilen bilgi hatalı olacaktır.
3. Süreçde: örnek grupta araştırılan özelliğin yanı sıra bu özelliği etkileyebilecek başka değişkenlerin tabloyu ve değerlendirmeleri etkilemesi ile oluşur. ilgisiz değişkenlerin tabloyu karıştırmasıdır.

SCID yeni geliştirilmiş ve güvenilirliği yüksek bir tanı aracıdır. Bundan sonra yapılacak çalışmalar SCID'in geçerliğini ve kullandığı DSM-III-R tanılarının geçerliğini araştırmaya yönelik olmalıdır.

Bu çalışmada, SCID'in iki görüşmecinin birlikte görüşmedeki uyuma düzeyi araştırılmıştır. Çoğul görüşmeci ile, birlikte görüşme ve test-retest çalışmaları yapılabilir. Örneğin video kayıt yöntemi ile görüşmelerin puanlanması, ikiden fazla ve farklı deneyimlilik düzeyinde görüşmecilerin görüşme sonuçları karşılaştırması yapılabilir. Çoğul görüşmecilerin uyuma düzeyini araştırmak için farkedilmeyen etkilenmeyi azaltan test-retest yöntemi kullanılabilir.

Güvenirliği yüksek olan SCID Türkçe Versiyonu'nun geçerliği sınırlanmamıştır. Başka bir skala, klinik görüşme, laboratuvar testleri gibi dış kriterle karşılaştırarak SCID'in geçerliği araştırılabilir. Çalışma süresince toplanan bilgiler oldukça geniş ve güvenilir bir veri tabanı oluşturacağı için izleme ya da kontrol çalışmalarında kullanılabilir. Ayrıca biyolojik, genetik, alan taraması çalışmalarında tanı aracı olarak kullanılabilir.

Bu gibi çalışmaların değeri çok merkezli oluşları ile artmaktadır. Ülkemizde yaygın kullanılan ve standart bir tanı aracının olmayışı verilerin karşılaştırılmasını güçleştirmektedir. Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde ekonomik ve sosyal özellikler geniş bir dağılım göstermektedir. Bu gibi araştırmaların sonuçlarının genelleştirilebilmesi için farklı sosyal, coğrafi ve ekonomik özellikteki grupları içeren, olgu sayısı fazla çalışmalar yapılması gerekir. SCID eğitim kursları düzenleyerek, çeşitli merkezlerde SCID kullanımını sağlamak, karşılaştırılabilir ve güvenilir veriler elde etmeye ve çok merkezli çalışmalar planlamaya yarıyacaktır.

Yedi dile çevrilmiş olan SCID'in bu dillerdeki versiyonlarının güvenilirlik çalışmaları yapılmaktadır. Bu çalışmaları yapan merkezlerle ilişkiye geçilmesi ve uluslararası çalışmalarda yer alınması dileğimizdir.



## ÖZET

Psikiyatride güvenilir tanı araçlarının az oluşu, tanının yalnızca görüşmelerle alınan bilgilerin yardımı ile konması, tanı koyma işlemine yönelik çalışmaların önemini arttırmıştır.

Yapılandırılmış görüşmeler tanı aracı olarak 1960'lardan bu yana yoğun biçimde kullanılmaktadır. PSE, SADS, DIS gibi çizelgeler bir çok çalışmada yaygın biçimde kullanılmış ve uluslararası düzeyde tanınmıştır. Bu yazının ilk bölümünde psikiyatrik tanı ve yapılandırılmış görüşmeler hakkındaki bilgiler gözden geçirilmiş ve SCID tanıtılmıştır.

Çalışmanın ilk aşaması SCID'in dilimize çevrilmesi olmuştur. Çeviride yabancı çalışmalarda uygulanıp yararlı bulunmuş olan yöntemler kullanılmıştır. Yazımızın yöntem ve araç bölümünde çeviri işlemi ve SCID'in özellikleri ayrıntılı olarak anlatılmıştır.

Çalışmanın ikinci bölümünde SCID'in güvenilirliği birlikte görüşme yöntemi ile araştırılmıştır. E.Ü.T.F. Psikiyatri Kliniğine peşpeşe yatan 50 hastaya SCID iki çalışmacı tarafından birlikte uygulanmıştır. Görüşmecilerin tüm tanılarda uyuma düzeyi % 98 dir. Şimdiki Manik Sendrom, Distimi, Bipolar Bozukluk, Alkol ve Alkol Dışı Madde Bağımlılıkları tanılarında iki görüşmeci arasında tam uyuma sağlanmıştır. İki görüşmeci arasındaki uyumsuzluğun en yüksek olduğu tanılar ise sırası ile Mayör Depresif Sendrom, Yaygın Anksiyete Bozukluğu, Geçmiş Manik Sendrom ve Şizofrenidir.

Çalışma sonuçları literatürdeki verilerle karşılaştırılmış ve SCID'in, klinisyenlerin hem aynı kriterleri kullanmalarına hem de hastalardan aynı bilgileri almalarına yardımcı olarak psikiyatrik tanının güvenilirliğini önemli ölçüde arttırdığı kanısına varılmıştır.

Her alanda iletişimin arttığı çağımızda, bilimsel çalışmalarda ortak bir dilin önemi açıktır. Özel bulguların yaygın olduğu psikiyatri son 30 yılda standardizasyon konusunda belirgin gelişme göstermiştir. Kültürlerin standart ölçümler üzerindeki etkisini gözden kaçırmadan ortak bir psikiyatri dili sağlamanın yolları tartışılmıştır.

7. KAYNAKLAR

1. Ancill RJ, Rogers D, Carr AC: Comparison of Computerised Self-Rating Scales for Depression with Conventional Observer Ratings. *Acta Psychiatr Scand* 71:315-317, 1983.
2. Andreasen NC, Endicott J, Spitzer RL, Winokur G: The Family History Method Using Diagnostic Criteria. *Arch Gen Psychiatry* 34:1229-1235, 1977.
3. Anthony JC, Folstein M, Romanoski AJ, et al: Comparison of the Lay Diagnostic Interview Schedule and Standardized Psychiatric Diagnosis. Experience in Eastern Baltimore. *Arch Gen Psychiatry* 42:667- 675, 1985.
4. APA: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. ed 3. Washington DC, 1980.
5. APA: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. ed 3-Revised Washington DC, 1987.
6. Beaber RJ, Marston A, Michelli J, et al: Brief Test for Measuring Malingering in Schizophrenic Individuals. *Am J Psychiatry* 142(12):1479-1481, 1985.
7. Bebbington P, Sturt E, Kumakura N: The Study of Depressive Disorders Using the PSE-ID-CATEGO System. *Acta Psychiatr Scand* 310:55-64, 1983.
8. Bech P Assessment Scales for Depression:the next 20 years. *Acta Psychiatr Scand(suppl)* 310:117- 130, 1983.
9. Bech P, Gjerris A, Andersen J, Rafealson OJ: World Health Organization Schedule for Standardized Assesment of Depressive Disorders (WHO-SADD 5) Item Combinations and Interobserverreliability. *Psychopathology* 17(5):244-252, 1984.
10. Beiser M, Fleming JAE, Iacono WG, Lin T: Refining the Diagnosis of Schizophreniform Disorder. *Am J Psychiatry* 145:695-700 1988.
11. Bobon D, Berthier MT: Comparaison de l'AMDP et du PSE sur la Base d'un Entretien Standardise Integre. *Ann Med Psychol* 142:865-869, 1988.
12. Boyd JH, Burke JD, Gruenberg E, et al: Exclusion Criteria of DSM-III:A Study of Co-Occurence of Hierarchy-Free Syndromes. *Arch Gen Psychiatry* 41:983-989, 1984.

13. Burnam MA, et al: The Spanish Diagnostic Interview Schedule. Reliability and Comparison with Clinical Diagnosis. Arch Gen Psychiatry 40(11):1189-1196, 1983.
14. Carey G, Gottesman RI: Reliability and Validity in Binary Ratings. Arch Gen Psychiatry 35:1454-1459, 1978.
15. Chang MM, Biddler G: Noncomparability of Research Results That Are Related to Psychiatric Diagnosis. Compr Psychiatry 26(2):195-207, 1985.
16. Chu CR, Lubin B, Sue B: Reliability and Validity of the Chinese Depression Adjective Check List. J Clin Psychol 40(6):1409-1413, 1984.
17. Craig JJ, Van Natta PA: Presence and Persistence of Depressive Symptoms in Patient and Community Populations. Am J Psychiatry 133:1426-1429, 1976.
18. Craig TJ, Goodman AB, Haugland G: Impact of DSM-III on Clinical Practice. Am J Psychiatry 139:922-925, 1982.
19. Craig TJ, Richardson MA, Pass R, Bregman Z: Measurement of Mood and Affect in Schizophrenic Inpatients. Am J Psychiatry 142(11):1272-1277, 1985.
20. Davidson J, Strickland R, Bregman Z: The Newcastle Endogenous Depression Diagnostic Index: Validity and Reliability. Acta Psychiatr Scand 69(3):220-230, 1984.
21. Eaton WW, Holzer CE, Korff MV, et al: The Design of the Epidemiologic Catchment Area Surveys. Arch Gen Psychiatry 41:942-948, 1984.
22. Eckblad M, Chapman LJ: Development and Validation of a Scale for Hypomanic Personality. J Abnorm Psychol 95(3):214-222, 1986.
23. Egeland JA, Hostetter AM, Eshleman CK: Amish Study, III: The Impact of Cultural Factors on Diagnosis of Bipolar Illness. Am J Psychiatry 140(1):67-71, 1983.
24. Endicott J, Spitzer RL: A Diagnostic Interview: The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia. Arch Gen Psychiatry 35:837-844, 1978.
25. Faltermaier T, Witcher HU, Ellman R, Lassel R: The Social Interview Schedule (SIS)-Content Structure and Reliability. Soc Psychiatry 20(3):115-124, 1985.



26. Favazza AR: Anthropology and Psychiatry. Comp. Textbook of Psychiatry'den. eds. Kaplan H, Sadock B. Ed 4, Williams & Wilkins Baltimore/London, 247-264, 1985.
27. Fischer M: Development and Validity of a Computerized Method for Diagnosis of Functional Psychosis. Acta Psychiatr Scand 50:243-288, 1974.
28. Frances A, Clarkin JF, Gilmore M, et al: Reliability of Criteria for Borderline Personality Disorder: A Comparison of DSM-III and the Diagnostic Interview for Borderline Patients. Am J Psychiatry 141(9):1080-1084, 1984.
29. Freedman DX: Psychiatric Epidemiology Counts. Arch Gen Psychiatry 41(10):931-933, 1984.
30. Gallagher D, Breckenridge J, Steinmetz J, et al: The Beck Depression Inventory and Research Diagnostic Criteria: Congruence in an Older Population. J Consult Clin Psychol 51(6):945-946, 1983.
31. Gastpar M The ICD-9 and the SADD-Criteria for Depression. Acta Psychiatr Scand(suppl) 310:31-41, 1983.
32. Ginsberg GL: Psychiatric Interview. Comp. Textbook of Psychiatry'den. eds. Kaplan H, Sadock B. Ed 4, Williams & Wilkins Baltimore/London, 482-486, 1985.
33. Greist JH, Gustafson DH, Stauss FF, et al: Computer Interview for Suicide Risk. Prediction. Am J Psychiatry 130(12):1327-1332, 1973.
34. Greist JH, Klein MH, Erdman HP: Routine On-Line Psychiatric Diagnosis by Computer. Am J Psychiatry 133(12):1405-1408, 1976.
35. Gruenberg AM, Kendler KS, Tsuang MT: Reliability and Concordance in the Subtyping of Schizophrenia. Am J Psychiatry 142(11):1355-1358, 1985.
36. Haas AP, Hendin H, Singer P: Psychodynamic and Structured Interviewing: Issues of Validity. Compr Psychiatry 28(1):40-53, 1987.
37. Hamilton NG, Green HJ, Mech AW, et al: Borderline Personality: DSM-III Versus a Previous Usage. Bull Menninger Clin 48(6):540-543, 1984.

38. Hedlund JL, Evenson RC, Sletten IW, Cho DW: The Computer and Clinical Prediction. Technology in Mental Health Care Delivery Systems' den Sidowski JB, Johnson JH, Williams TA Ablex Publishing Corporation New Jersey, 201-235, 1980.
39. Helzer JE, Clayton PJ, Pambakian R, Woodruff A: Concurrent Diagnostic Validity of a Structured Psychiatric Interview. Arch Gen Psychiatry 35(7):849-853, 1978.
40. Helzer JE, Robins LN, Croughan JL, Welner A: Renard Diagnostik Interview: It's Reliability and Procedural Validity with Physicians and Lay Interviewers. Arch Gen Psychiatry 38:393-398, 1981.
41. Hendin H, Siegel K: Psychodynamic and Structured Interviewing: A Synthesis. I. Rationale. Compr Psychiatry 22(2):153-161, 1981.
42. Hostetter AM, Egeland J, Endicott J: Amish Study, II: Consensus Diagnosis and Reliability Results. Am J Psychiatry 140(1):62-66, 1983.
43. Karno M, Burnam MA, Escobar JI, et al: Development of the Spanish Language Version of the National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule. Arch Gen Psychiatry 40:1183-1188, 1983.
44. Kasa M, Hitomi K: Inter-Rater Reliability of the Comprehensive Psychopathological Rating Scale in Japan. Acta Psychiatr Scand 71(4):388-391, 1985.
45. Kendell RE, Brockington IF, Leff JP: Prognostic Implications of Six Alternative Definitions of Schizophrenia. Arch Gen Psychiatry 36(1):25-31, 1979.
46. Kramer M, Sartorius N, Jablensky A, Gulbina W: The ICD-9 Classification of Mental Disorders: A Review of its Development and Contents. Acta Psychiatrica Scand 59:241-262, 1979.
47. Kroeger A: Response Errors and Other Problems of Health Interview Surveys in Developing Countries. Wld Hlth Statist Quart 38:15-37, 1985.
48. Kortmann F, Horn ST: Comprehension and Motivation in Responses to a Psychiatric Screening. Br J Psychiatry 17(4):354-369, 1988.
49. Leichner P, Sisler GC, Harper D: A Study of the Reliability of the Clinical Oral Examination in Psychiatry. Can J Psychiatry 29(5):394-397, 1984.

50. Lipkowitz MH, Idupugandi S: Diagnosing Schizophrenia in 1982: The Effect of DSM-III. *Am J Psychiatry* 142(5):634-637, 1985.
51. Luria RE, Berry R: Reliability and Descriptif Validity of PSE Syndromes. *Arch Gen Psychiatry* 36:1187-1195, 1979.
52. Malouff J: Develepment and Validation of a Behavioral Peer Rating Measure of Depression. *J Consult Clin Psychol* 52(6):1108-1109, 1984.
53. Mc Donald P, Endicott S, Endicott J: Informed Versus Blind: The Reliability of Cross-Sectional Ratings of Psychopathology. *Psychiatry Res* 12(3):207-217, 1984.
54. Mc Pherson FM, Gamsu CV, Kiemle G, et al: The Concurrent Validity of the Survey Version of the Clifton Assessment Procedures for the Elderly (CAPE). *Br J Clin Psychol* 24(2):83-91, 1985.
55. Mezzich JE, Coffman GA, Goodpastor SA: A Format for DSM-III Diagnostic Formulation Experience with 1111 Consecutive Patients. *Am J Psychiatry* 139:591-595, 1982.
56. Mezzich JE Admission Decisions and Multiaxial Diagnosis *Arch Gen Psychiatry* 139:591-595, 1984.
57. Mezzich JE: Multiaxial Diagnostic Systems in Psychiatry. *Comp. Textbook of Psychiatry*'den Kaplan H, Sadock B. Ed 4, Williams & Wilkins Baltimore/London, 613-616, 1985.
58. Miller IW, Bishop S, Norman WH, Maddever H: The Modified Hamilton Rating Scale for Depression :Reliability and Validity. *Psychiatry Res* 14(2):131-142, 1985.
59. Myers JK, Weissman MM, Tischler GL, et al: Six-month Prevalence of Psychiatric Disorders in Three Comminities. *Arch Gen Psychiatry* 41:959-967, 1984.
60. Nelson HF, Tennen H, Tasman A, et al: Comparison of Three Systems for Diagnosing Borderline Personality Disorder. *Am J Psychiatry* 142(7):855-858, 1985.
61. Othmer E, De Souza C: A Screening Test for Somatization Disorder (hysteria). *Am J Psychiatry* 142(10):1146-1149, 1985.

62. Overall JE, Hollister LE: Comparative Evaluation of Research Diagnostic Criteria for Schizophrenia. Arch Gen Psychiatry 36(10):1198-1205, 1979.
63. Paykel ES: The Clinical Interview for Depression. Development, Reliability and Validity. J Affective Disord 9(1):85-96, 1985.
64. Perris C, Eisemann M, Knorrning L, Perris H: Presentation of a Subscale for the Rating of Depression and Some Additional Items to the Comprehensive Psychopathological Rating Scale. Acta Psychiatr Scand 70(3):261-274, 1984.
65. Pietzcker A, Gebhardt R: Depressive Syndromes and Scales in the AMDP-System. Acta Psychiatr Scand(suppl) 310:65-84, 1983.
66. Pope HE, Lipinsky JF: Diagnosis in Schizophrenia Manic Depressive Illness. Arch Gen Psychiatry 35:811-828, 1978.
67. Post RD, Alford CE, Baker NJ, et al: Comparison of Self Reports and Clinicians' Ratings of Unipolar Major Depression. Psychol Rep 57(2):479-483, 1985.
68. Powell BJ, Penick EC, Othmer E: The Discriminate Validity of the Psychiatric Diagnostic Interview. J Clin Psychiatry 46(8):320-322, 1985.
69. Rafealsen OJ, Andersen J, Bech P, et al: Multi-Axial Classification of Depression: MULTI-CLAD-2 Case Record System. Acta Psychiatrica Scand(suppl) 310:85-102, 1983.
70. Reeves JC, Large RG, Honeyman M: Parasuicide and Depression :A Comparison of Clinical and Questionnaire Diagnosis. Aust NZ J Psychiatry 19(1):30-33, 1985.
71. Regier DA, Myers JK, Kramer M, et al: The NIMH Epidemiologic Catchment Area Program. Arch Gen Psychiatry 41:934-941, 1984.
72. Regier DA, Burke JD: Epidemiology. Comp. Textbook of Psychiatry'den Kaplan H, Sadock B. Ed 4, Williams & Wilkins Baltimore/London, 295-311, 1985.
73. Rehm LP, O'Hara MW: Item Characteristics of the Hamilton Rating Scale for Depression. J Psychiatr Res 19(1):31-41, 1985.

74. Roberts RE, Vernon SV: The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale: Its Use in a Community Sample. *Am J Psychiatry* 140(1):41-46, 1983.
75. Robins LN, Helzer JE, Croughan J, Ratcliff KS: National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule. *Arch Gen Psychiatry* 38:381-389, 1981.
76. Robins LN, Helzer JE, Weissman MM, et al: Lifetime Prevalence of Psychiatric Disorders in Three Sites. *Arch Gen Psychiatry* 41:949-958, 1984.
77. Robins LN: Epidemiology: Reflections on Testing the Validity of Psychiatric Interviews. *Arch Gen Psychiatry* 42(9):918-924, 1985.
78. Rogers R, Seman W, Wasyliw O: The RCRAS and Legal insanity. A Cross Validation Study. *Journal of Clin. Psychol* 39(4):554-559, 1984.
79. Roth M, Gurney C, Mountjoy CD: The Newcastle Rating Scales. *Acta Psychiatr Scand(suppl)* 310:42-54, 1983.
80. Sartorius N: The ICD-10 and Depression. *Acta Psychiatr Scand(suppl)* 310:103-105, 1983.
81. Savaşır I: Psikolojik Değerlendirme. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları'ndan.* (ed öztürk O) *Nurol Matbaacılık Ankara* 119-132, 1988.
82. Schaefer A, Brown J, Watson G, et al: Comparison of the Validities of the Beck Zung and MMPI Depression Scales. *J Clin Psychol* 53(3):415-418, 1985.
83. Shapiro S, Skinner EA, Kessler LG, et al Utilization of Health and Mental Health Services. *Arch Gen Psychiatry* 41:971-978, 1984
84. Siegel C, Alexander MJ: Acceptance and Impact of the Computer in Clinical Decisions. *Hospital and Community Psychiatry* 35(8):773 1984.
85. Spitzer RL, Cohen J, Fleiss JL, Endicott J: Quantification of Agreement in Psychiatric Diagnosis: A New Approach. *Arch Gen Psychiatry* 17:83-87, 1967.
86. Spitzer RL, Endicott J: Can the Computer Assist Clinicians in Psychiatric Diagnosis. *Am J Psychiatry* 131(5):523-530, 1974.
87. Spitzer RL, Endicott J, Cohen J, Fleiss JL: Constraints on the Validity of Computer Diagnosis. *Arch Gen Psychiatry* 31(2):197-203, 1974.

88. Spitzer RL, Endicott J, Robins E: Research Diagnostic Criteria Rationale and Reliability. Arch Gen Psychiatry 132:1187-1192, 1978.
89. Spitzer RL, Forman JBW, Nee J: DSM-III Field Trials: I. Initial Interrater Diagnostic Reliability. Am J Psychiatry 136:815-817, 1979.
90. Spitzer R, Forman JBW DSM-III Field Trials II. Initial Experience with the Multiaxial System. Am J Psychiatry 136:818-820 1979.
91. Spitzer RL: Psychiatric Diagnosis: Are Clinicians Still Necessary? Comprehensive Psychiatry 24(5):399-411, 1983.
92. Spitzer RL, Williams JBW: The DSM-III Classification Of Affective Disorders. Acta Psychiatrica Scand 24(5):399-411, 1983.
93. Spitzer RL, Williams JBW: Classification of Mental Disorders. Comp. Textbook of Psychiatry'den. eds. Kaplan H, Sadock B. Ed 4, Williams & Wilkins Baltimore/London, 591-612, 1985.
94. Spitzer RL, Williams JBW, Gibbon M: Structured Clinical Interview for DSM-III-R. Biometrics Research Department New York State Psychiatric Institute New York 1985.
95. Spitzer RL, Williams JBW: Structured Clinical Interview for DSM-III-R. Newsletter Biometrics Research Department New York State Psychiatric Institute New York 1986.
96. Spitzer RL, Williams JBW, Gibbon M: DSM-III-R Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi Türkçe Versiyonu. (Çeviri ed. Soriaş S) Ege Üniversitesi Bornova/izmir 1988.
97. Spitzer RL: Having A Dream. A Research Strategy for DSM-IV Arch Gen Psychiatry 45:871-874, 1988
98. Stangl D, Zimmerman M, Bowers W, Corenthal C: A Structured Interview for the DSM-III Personality Disorders. A Preliminary Report. Arch Gen Psychiatry 42(6):591-596, 1985.
99. Strauss JS, Gift TE: Choosing an Approach for Diagnosing Schizophrenia Arch Gen Psychiatry 34(10):1248-1253, 1977.

100. Thieman S, Csernansky JG, Berger PA: Rating Scales in Research: The Case of Negative Symptoms. *Psychiatry Res* 20(1):47-55, 1987.
101. Tischler GL: Evaluation of DSM-III. *Comp. Textbook of Psychiatry'den.* eds. Kaplan H, Sadock B. Ed 4, Williams & Wilkins Baltimore/London 617-620 1985.
102. Troisfontaines B, Bobon D, Digonnet C, et al: Factorial Structure of the AMDP Comparison with German Language Studies and Originality of the French Adaptation. *Ann Med Psychol* 142(6):870-880, 1984.
103. Van Den Hout MA, Griez E: Validity and Utility of the Present State Examination in Assessing Neurosis: Empirical Findings and Critical Considerations. *J Psychiatr Res* 18(2):161-172, 1984.
104. Vieweg BW, Hedlund JL: Psychological Screening Inventory: A Comprehensive Review. *J Clin Psychol* 40(6):1382-1393, 1984.
105. Weissman MM, Klerman GL: Epidemiology of Mental Disorders. *Arch Gen Psychiatry* 35:705-712, 1978.
106. Weller RA, Penick EC, Powell BJ, et al: Agreement Between Two Structured Psychiatric Diagnostic Interviews. *Compr Psychiatry* 26(2):157-163, 1985.
107. Welner A, Liss JL, Robins E: A Systematic Approach for Making a Psychiatric Diagnosis. *Arch Gen Psychiatry* 31(8):193-196, 1974.
108. West J, Al Karsi HH: An Arabic Validation of a Depression Inventory. *Int J Soc Psychiatry* 31(4):282-289, 1985.
109. WHO Diagnostic Reliability *Acta Psychiatr Scand(suppl)* 310:10-29, 1983.
110. WHO Tenth Revision of the International Classification of Diseases Chapter V (F): Mental Behavioural and Developmental Disorders. Geneva/WHO 1987.
111. Williams JBW: A Structured Interview Guide for the Hamilton Depression Rating Scale. *Arch Gen Psychiatry* 45:742-747, 1988.
112. Williams JBW, Spitzer RL: DSM-III Forum: Diagnosing the Personality Disorders Overlap and Alternative Approaches. *Hospital and Community Psychiatry* 34(7):1001-1002, 1983.

T. C.  
Fikseköğretim Kurulu  
Dokümantasyon Birliği

113. Wing J, Nixon J: Discriminating Symptoms in Schizophrenia: A Report from the International Pilot Study of Schizophrenia. Arch Gen Psychiatry 32:853-854, 1975.
114. Winokur G, Zimmerman M, Catoret R: Couse the Bible Tells Me So. Arch Gen Psychiatry 45:683-684, 1988.
115. Wittchen HU, Semler G, Zerksen D: A Comparison of two Diagnostic Methods. Clinical ICD Diagnosis VS DSM-III and Research Diagnostic Criteria Using the Diagnostic Interview Schedule? Arch Gen Psychiatry 42(7):677-684, 1985.
116. Zimmerman M, Coryell W: Reliability of Follow-Up Assessments of Depressed Inpatients Arch Gen Psychiatry 43(5):468-470, 1986.
117. Zimmerman M, Coryell W, Stangl D, Corenthal C: Diagnosing Personality Disorder in Depressed Patients. Acomparision of Patient and informant Interviews Arch Gen Psychiatry 45:733-737, 1988.