



**T. C.**

**ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ**

**TIP FAKÜLTESİ**

**RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ PSİKİYATRİ  
KLİNİĞİNDE YATAN PSİKOTİK VE PSİKOTİK OLMAYAN  
HASTALARDA TEKRARLAYAN YATIŞLARIN KARŞILAŞTIRILMASI**

**Dr. MERVE TSAKIR CHASAN**

**UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI**

**Prof. Dr. GONCA KARAKUŞ**

**ADANA-2019**

## TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bana yardımcı olan, uzmanlık eğitimime katkıda bulunan bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım Prof. Dr. Lut TAMAM'a, Doç. Dr. Feridun BÜLBÜL'e, Yrd. Doç. Dr. Soner ÇAKMAK'a, Dr. Mehmet Emin DEMİRKOL'a, tezimin her aşamasında büyük emeği geçen, verdiği içten destek ve moral ile tezimi tamamlamamda önemli katkıları olan tez danışmanım Prof. Dr. Gonca KARAKUŞ'a, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı ve Nöroloji Anabilim Dalı öğretim üyeleri ve çalışanlarına, tüm çalışma arkadaşlarıma, servis ve poliklinik hemşire ve personeline, çalışmalarım sırasında sabır ve sevgileriyle her zaman yanımda olan canım annem, babam, kardeşim ve hayat arkadaşım Uğur ÇALDAŞ'a teşekkür ediyorum.

# İÇİNDEKİLER

|                                                                                           |      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| TEŞEKKÜR.....                                                                             | I    |
| İÇİNDEKİLER .....                                                                         | II   |
| TABLOLAR LİSTESİ.....                                                                     | V    |
| KISALTMA LİSTESİ .....                                                                    | VI   |
| ÖZET .....                                                                                | VIII |
| ABSTRACT.....                                                                             | X    |
| 1. GİRİŞ VE AMAÇ.....                                                                     | 1    |
| 2. GENEL BİLGİLER .....                                                                   | 3    |
| 2.1.RUHSAL BOZUKLUKLARIN TANISAL ANLAMI, SINIFLANDIRILMASI<br>VE TARİHÇESİ.....           | 3    |
| 2.1.1.Ruhsal Bozuklukların Tanısal Anlamı ve Sınıflandırılması.....                       | 3    |
| 2.1.2.Ruhsal Bozuklukların Sınıflamasının Tarihçesi .....                                 | 4    |
| 2.2.PSİKOZ VE NEVROZ(PSİKONEVROZ) KAVRAMLARI.....                                         | 6    |
| 2.3.PSİKOTİK BELİRTİLİ RUHSAL BOZUKLUKLAR .....                                           | 10   |
| 2.3.1.Şizofreni Açılımı Kapsamında Ve Psikozla Giden Diğer Bozukluklar .....              | 10   |
| 2.3.1.1.Şizofreni.....                                                                    | 11   |
| 2.3.1.2.Şizofreni ile İlişkili Bozukluklar.....                                           | 13   |
| 2.3.1.3.Şizotipal Kişilik Bozukluğu .....                                                 | 16   |
| 2.3.2.Psikotik Belirtilerin Görüldüğü Diğer Durumlar .....                                | 16   |
| 2.3.2.1.Depresif Bozukluklarda Psikotik Belirtiler.....                                   | 17   |
| 2.3.2.2.Bipolar ve İlişkili Bozukluklarda Psikotik Belirtiler .....                       | 18   |
| 2.3.2.3.Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklarda Psikotik Belirtiler<br>..... | 20   |
| 2.3.2.4.Kişilik Bozukluklarında Psikotik Belirtiler .....                                 | 21   |
| 2.4.PSİKOTİK BELİRTİLİ OLMAYAN RUHSAL BOZUKLUKLAR .....                                   | 22   |
| 2.5.RUHSAL BOZUKLUKLARDA SAĞALTIM .....                                                   | 24   |
| 2.5.1.Ruhsal Bozukluklarda Sağaltımında Genel İlkeler .....                               | 24   |
| 2.5.2.Psikoterapiler .....                                                                | 26   |
| 2.5.3.Psikofarmakolojik Tedaviler .....                                                   | 26   |
| 2.5.4.Beyin Uyarım Yöntemleri .....                                                       | 27   |
| 2.6.RUHSAL BOZUKLUKLARDA HASTANE YATIŞ ENDİKASYONLARI VE<br>GENEL ÖZELLİKLERİ.....        | 27   |

|                                                                                                                                                                                                     |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 2.6.1.Ruhsal Bozukluklarda Yatış Endikasyonları .....                                                                                                                                               | 27        |
| 2.6.2. Ruhsal Bozukluklarda Hastane Yatışlarının Genel Özellikleri .....                                                                                                                            | 32        |
| 2.7.RUHSAL BOZUKLUKLARDA TEKRARLAYAN YATIŞLAR VE DÖNER KAPI FENOMENİ.....                                                                                                                           | 34        |
| 2.7.1.Tekrarlayan Yatışlar .....                                                                                                                                                                    | 34        |
| 2.7.1.1.Psikotik Belirtili Bozukluklarda Tekrarlayan Yatışlar .....                                                                                                                                 | 34        |
| 2.7.1.2. Psikotik Belirtili Olmayan Hastalarda Tekrarlayan Yatışlar .....                                                                                                                           | 35        |
| 2.7.2. Döner Kapı Fenomeni .....                                                                                                                                                                    | 36        |
| 2.7.2.1.Kurumsal Temelli Merkezlerden Toplum Temelli Merkezlere Geçiş.....                                                                                                                          | 36        |
| 2.7.2.2.Döner Kapı Fenomeni Oluşumunda Etkili Faktörler.....                                                                                                                                        | 38        |
| 2.7.2.3.Döner Kapı Fenomeni Olgularını Azaltmaya Yönelik Çalışmalar.....                                                                                                                            | 39        |
| 2.7.2.3.1. Sosyodemografik Çalışmalar ve Önemi.....                                                                                                                                                 | 39        |
| 2.7.2.3.2. Klinik Verilerin Önemi .....                                                                                                                                                             | 39        |
| 2.7.2.3.3.Toplum Temelli Bakım Planı Uygulamalarının Önemi.....                                                                                                                                     | 40        |
| <b>3. GEREÇ VE YÖNTEM.....</b>                                                                                                                                                                      | <b>43</b> |
| 3.1.Verilerin Toplanması .....                                                                                                                                                                      | 43        |
| 3.2.Veri toplama Araçları.....                                                                                                                                                                      | 44        |
| 3.2.1.Sosyodemografik Veri formu .....                                                                                                                                                              | 44        |
| 3.2.2. Klinik Veri Formu .....                                                                                                                                                                      | 44        |
| 3.3. İstatistiksel İşlemler .....                                                                                                                                                                   | 45        |
| <b>4. BULGULAR.....</b>                                                                                                                                                                             | <b>46</b> |
| 4.1.Kliniğimizde Yatarak Sağaltım Gören Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri.....                                                                                                       | 46        |
| 4.2. Psikotik Bulgusu Olan ve Olmayan Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ve Klinik Verilerinin Karşılaştırılması.....                                                                           | 52        |
| 4.3. Tek Yatışı Olan ve Tekrarlayan Yatışı Olan Hastaların Yatış Süreleri Açısından Karşılaştırılması .....                                                                                         | 59        |
| 4.4. Tekrarlayan Yatışı Olan Psikotik Olan Ve Psikotik Olmayan Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ve Klinik Verilerinin Karşılaştırılması .....                                                 | 59        |
| 4.5. Döner Kapı Fenomenine Uyan (Ardışık 18 Ay İçinde 3 Ve Üzeri Yatışı Olan) Psikotik Olan Ve Psikotik Olmayan Hastaların Sosyodemografik Özellikleri Ve Klinik Verilerinin Karşılaştırılması..... | 63        |
| <b>5. TARTIŞMA.....</b>                                                                                                                                                                             | <b>68</b> |
| <b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>                                                                                                                                                                    | <b>79</b> |
| <b>7. KAYNAKLAR .....</b>                                                                                                                                                                           | <b>81</b> |

|                                              |            |
|----------------------------------------------|------------|
| <b>EKLER .....</b>                           | <b>100</b> |
| <b>EK-1-Sosyodemografik Veri formu .....</b> | <b>100</b> |
| <b>EK-2 Klinik Veri Formu .....</b>          | <b>101</b> |
| <b>EK-3 Etik Kurul Onayı .....</b>           | <b>103</b> |
| <b>ÖZGEÇMİŞ .....</b>                        | <b>104</b> |



## TABLÖLAR LİSTESİ

|                                                                                                                                                                                                          |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tablo 1. Psikoz ve Nevroz ayrımı .....                                                                                                                                                                   | 9  |
| Tablo 2. Kliniğimizde Yatarak Sağaltım Gören Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ve Alışkanlıkları.....                                                                                               | 47 |
| Tablo 3. Kliniğimizde Yatarak Sağaltım Gören Hastaların Klinik Özellikleri .....                                                                                                                         | 50 |
| Tablo 4. Psikotik Bulgusu Olan ve Olmayan Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre ve Alışkanlıklarına Göre Karşılaştırılması .....                                                                 | 53 |
| Tablo 5. Psikotik Bulgusu olan ve Olmayan Hastaların Yatış Sayılarına Göre Karşılaştırılması .....                                                                                                       | 54 |
| Tablo 6. Psikotik Bulgusu olan ve Olmayan Hastaların Klinik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması .....                                                                                                   | 56 |
| Tablo 7. Psikotik Bulgusu olan ve Olmayan Hastaların Hastalık Ana ve Ek Tanılarına Göre Karşılaştırılması .....                                                                                          | 58 |
| Tablo 8. Tek Yatışı Olan Ve Tekrarlayan Yatışı Olan Hastaların Yatış Süreleri Açısından Karşılaştırılması .....                                                                                          | 59 |
| Tablo 9. Tekrarlayan Yatışı Olan Hasta Grubunda Psikotik Olan Ve Olmayanların Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin ve Alışkanlıklarının Karşılaştırılması .....                                     | 60 |
| Tablo 10. Tekrarlayan Yatışı Olan Hasta Grubunda Psikotik Olan Ve Olmayanların Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması .....                                                                             | 62 |
| Tablo 11. Döner Kapı Fenomenine Uyan (Ardışık 18 Ay İçinde 3 Ve Üzeri Yatışı Olan) Psikotik Olan Ve Psikotik Olmayan Hastaların Sosyodemografik Verilerinin ve Alışkanlıklarının Karşılaştırılması ..... | 64 |
| Tablo 12. Döner Kapı Fenomenine Uyan (Ardışık 18 Ay İçinde 3 Ve Üzeri Yatışı Olan) Psikotik Olan Ve Psikotik Olmayan Hastaların Klinik Verilerinin Karşılaştırılması ....                                | 66 |

## KISALTMA LİSTESİ

|                |                                                                                                                                              |
|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ABD</b>     | :Amerika Birleşik Devletleri                                                                                                                 |
| <b>AMATEM</b>  | : Alkol Madde Bağımlılığı Araştırma, Tedavi ve Eğitim Merkezi                                                                                |
| <b>DSM</b>     | :Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders( Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı)                                  |
| <b>DSM-I</b>   | :Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-I( Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı-I)                              |
| <b>DSM-II</b>  | :Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,Second Edition ( Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, İkinci Baskı)    |
| <b>DSM-III</b> | :Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition ( Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Üçüncü Baskı)    |
| <b>DSM-IV</b>  | :Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition ( Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Dördüncü Baskı) |
| <b>DSM-5</b>   | :Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition ( Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci Baskı)   |
| <b>DSÖ</b>     | :Dünya Sağlık Örgütü                                                                                                                         |
| <b>D2</b>      | :Dopaminerjik reseptör 2                                                                                                                     |
| <b>EKT</b>     | :Elektrokonvülsif tedavi                                                                                                                     |
| <b>GAP</b>     | : Group for the Advancement of Psychiatry                                                                                                    |
| <b>GTD</b>     | :Genel Tıbbi durum                                                                                                                           |
| <b>ICD</b>     | :International Classification of Disease (Uluslararası Hastalık Sınıflandırması)                                                             |
| <b>ICD-10</b>  | :International Classification of Disease-10 (Uluslararası Hastalık Sınıflandırması-10)                                                       |

|               |                                                                                       |
|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ICD-11</b> | :International Classification of Disease-11(Uluslararası Hastalık Sınıflandırması-11) |
| <b>Min</b>    | : Minimum                                                                             |
| <b>Max</b>    | : Maksimum                                                                            |
| <b>M.Ö</b>    | : Milattan Önce                                                                       |
| <b>OKB</b>    | :Obsesif Kompulsif Bozukluk                                                           |
| <b>PD</b>     | :Psikotik Depresyon                                                                   |
| <b>SAB</b>    | :Sosyal Anksiyete Bozukluğu                                                           |
| <b>TRSM</b>   | :Toplum Ruh Sağlığı Merkezi                                                           |
| <b>Vb.</b>    | :Ve Benzeri                                                                           |
| <b>YY</b>     | :Yüzyıl                                                                               |

## ÖZET

### ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ PSİKİYATRİ KLİNİĞİNDE YATAN PSİKOTİK VE PSİKOTİK OLMAYAN HASTALARDA TEKRARLAYAN YATIŞLARIN KARŞILAŞTIRILMASI

**Amaç:** Bu çalışmada Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri kliniğinde yatarak sağaltım gören psikotik olan ve olmayan olguların tekrarlayan yatış oranlarının belirlenmesi, tekrarlayan yatışlar açısından sosyodemografik ve klinik değişkenlerin karşılaştırılması amaçlanmaktadır.

**Gereç ve Yöntem:** 01.07.2013-30-06.2017 tarihleri arasında, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri kliniğinde yatarak sağaltım gören tüm hastalar retrospektif olarak çalışmaya dahil edilmiştir. Hastalar psikotik olan ve olmayan olarak iki gruba ayrılmıştır. Bu hastalardan oluşturulan gruplar sosyodemografik ve klinik değişkenler açısından karşılaştırılmıştır. Çalışmaya dahil edildiği yatışla beraber 18 ay içinde birden fazla yatışı olan hastalar tekrarlayan yatış; 3 ve üzeri yatışı olan hastalar döner kapı fenomeni olarak kabul edilmiştir. Tekrarlayan yatışı ve döner kapı fenomeni olan olgular diğerleri ile sosyodemografik ve klinik değişkenler açısından karşılaştırılmıştır.

**Bulgular:** Çalışmaya alınan 903 hastanın yaş ortalaması  $40,02 \pm 14,31$  idi. Hastaların çoğunluğu kadın (% 64,5), evli (% 57,3), çocuklu (59,8), ilköğretim ve üstü düzeyde eğitim aldığı (% 91), çalışmadığı (% 76,3), kentte yaşam sürdüğü (% 93), aile ile yaşadığı (%95,7) bulunmuştur. Hastalık ana tanıları en sık ‘Depresyon Bozuklukları’ (%35,3), 2. Sıklıkta ‘Şizofreni ve psikoz ile giden diğer bozukluklar’(%18,2), 3. Sıklıkta ‘Bipolar ve ilişkili bozukluklar’ (%17,8) bulunmuştur. Tüm hastaların %38,7’i psikotik, %61,4 psikotik olmayan grupta olduğu görülmüştür. Tüm hastaların %24’ünü tekrarlayan yatışları olan hastalar, % 6,9’unu döner kapı fenomeni hastaları oluşturmuştur. Tekrarlayan yatışı olan hastaların %36,4’ü psikotik olan grupta, % 63,6’sı psikotik olmayan grupta olduğu görülmüştür. Psikotik hastaların %22,7’sinin, psikotik olmayan hastaların %24,8’inin tekrarlayan yatışı olduğu görülmüştür. Psikotik olan ve olmayan hastalar arasında yatış sayıları açısından anlamlı farklılık görülmemiştir.

**Sonuç:** Tekrarlayan yatışta etkili olan çok sayıda faktör vardır. Psikotik bulgu varlığı bu faktörlerden sadece biridir. Bu faktörlerin tümünün değeriendirildiğı ileriye dönük, psikoz varlığının ölçeklerle değeriendirildiğı, geniş hasta sayısına sahip izlem çalışmalarına ihtiyaç vardır.

**Anahtar Sözcükler:** Döner Kapı Fenomeni, Psikotik, Tekrarlayan Yatış



## ABSTRACT

### COMPARISON OF REHOSPITALISATIONS IN PSYCHOTIC AND NON-PSYCHOTIC PATIENTS IN THE PSYCHIATRIC CLINIC OF ÇUKUROVA UNIVERSITY FACULTY OF MEDICINE

**Objective:** The aim of this study was to determine the rates of recurrent hospitalizations of psychotic and non-psychotic patients who were treated as inpatients in the psychiatry clinic of Çukurova University Medical Faculty and to compare sociodemographic and clinical variables in terms of recurrent hospitalizations.

**Method:** All patients who were hospitalized in the psychiatry clinic of Cukurova University Medical Faculty between July 1, 2013 and June 30, 2017 were included in the study retrospectively. The patients were divided into two groups as psychotic and non-psychotic. The groups were compared in terms of sociodemographic and clinical variables. Patients with and more than one hospitalization within 18 months of period are considered as recurrent hospitalisation and patients with a hospitalization of 3 or more were considered as a revolving door phenomenon. Cases with recurrent hospitalization and revolving door phenomenon were compared with others in terms of sociodemographic and clinical variables.

**Results:** The mean age of the 903 patients included in the study was  $40,02 \pm 14,31$  years. The majority of the patients were female (64,5%), married (57,3%), have children (59,8), received primary and higher education (91%), was unemployed (76,3%), and lived in the city (93%), lived with the family (95,7%). The most common diagnoses were 'Depression Disorders' (35,3%), 2nd frequency 'Schizophrenia and other disorders with psychosis' (18,2%), 3rd frequency 'Bipolar and related disorders' (17,8%). 38,7% of all patients were in the psychotic group and 61,4% were in the non-psychotic group. 24% of all patients had recurrent hospitalizations and 6.9% of patients had revolving door phenomena. It was seen that 36,4% of the patients with recurrent hospitalization were in the psychotic group and 63,6% were in the non-psychotic group. It was seen that 22,7% of psychotic patients and 24,8% of non-psychotic patients had recurrent

hospitalization. There was no significant difference between psychotic and non-psychotic patients in terms of number of hospitalizations.

**Conclusion:** There are many factors that are effective in recurrent hospitalization. The presence of psychotic symptoms is only one of these factors. There is a need for prospective follow-up studies that evaluate all of these factors and assess the presence of psychosis with scales and have a large number of patients.

**Keywords:** revolving door phenomenon, psychotic, recurrent hospitalization



## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Günümüzde ruhsal bozuklukların tanısal ölçütleri ve sınıflandırmaları DSM ve ICD( International Classification of Disease) (Uluslararası Hastalık Sınıflandırması) kılavuzlarına göre yapılmaktadır. Ruhsal Bozuklukları sınıflandırmada geçmiş dönemde kullanılan nevroz ve psikoz kavramlarının günümüzde daha çok klasik ve tarihsel önemi bulunmaktadır. Nevroz; bireyde bunalıya ya da bunalıya karşı olan savunma belirtileri ile giden, bireyin gerçeği değerlendirme yetisinin bozulmadığı, toplumsal uyumun fazla bozulmadığı, psikozlara göre bütün işlevlerde bozukluğun daha hafif olduğu rahatsızlıklar kümesi olarak tanımlanmaktadır. Psikoz ise; bireyin gerçeği değerlendirme yetisinin bozulduğu, içgörünün olmadığı, kişilerarası ilişkilerde, gerçeklerden uzaklaşarak kendine has bir yaşantı yaşadığı, duygu, düşünce ve davranışlarda bozuklukların olduğu ruhsal bozukluklar olarak tanımlanmaktadır.<sup>1,2</sup>

Ruhsal bozukluklar kabaca psikoz ve nevroz olarak ayrılan, teorik bilgilerle tanı konup, tedavinin düzenlenebildiği, prognozun öngörülebildiği bir durumla sınırlı değildir. Bu başlıkların altına konamayacak pek çok belirti ve ruhsal bozukluklar bulunmaktadır.<sup>3</sup>

Psikiyatrik bozuklukların, özellikle de psikotik belirtilerin belirgin olduğu bozuklukların, neden olduğu hastalık yükleri yüksektir. DSM-5 (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci Baskı)'e göre; Şizofreni açılımı kapsamında ve Psikozla giden diğer Bozukluklar (Şizofreniform Bozukluk, Şizoaffektif Bozukluk, Sanrısız Bozukluk, Kısa Psikotik Bozukluk, Katatoni, Tanımlanmamış) aynı başlık altında toplanmıştır. Şizotipal kişilik bozukluğu da bu açılım kapsamında ele alınmıştır.<sup>4</sup> Bu hastalıkların dışında psikotik belirtilerin eşlik ettiği duygudurum bozuklukları, obsesif kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluklar, madde kullanım bozuklukları ve genel tıbbi duruma (GTD) bağlı bozukluklara da sık rastlanmaktadır.<sup>3</sup>

Psikiyatrik bozukluklar diğer tüm branşlara göre hastanede ortalama kalış süresi uzun olarak bilinir. <sup>5</sup> Özellikle psikotik hastalıklar hastalık sürelerinin uzun, hastanede kalış sürelerinin uzun olması ile önemli bir konudur. Yatan hastaların psikiyatrik tanı oranlarının dağılımı açısından, %27–37 sıklığında psikotik bozukluk tanılı hastalardan

oluştugu ve bu hasta grubunun ortalama bir aya yakın yatış süreleri olduğu bildirilmiştir.<sup>6,7</sup>

Psikotik hastalıkların, özellikle şizofreni ve duygudurum bozukluğu hastalarının hastanede kalış sürelerinin uzun, beraberinde getirdikleri hastalık yüklerinin ağır olması nedeni ile tekrarlayan yatışlarının daha yüksek sıklıkta olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır.<sup>7-11</sup> Öte yandan psikotik olmayan hastalıklardan Depresyon ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu tanıları ile izlenmiş olan hastaların tekrarlayan yatışlarının daha yüksek sıklıkta olduğunu gösteren çalışmalar da bulunmaktadır.<sup>12,13</sup>

Bu çalışmada 01.07.2013-30-06.2017 tarihleri arasında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniğinde Yatan Psikotik ve Psikotik Olmayan Hastalarda sosyodemografik ve klinik değişkenlerinin karşılaştırılması, tekrarlayan yatış oranlarının belirlenmesi, psikotik hastaların tekrarlayan yatış açısından bir risk faktörü olup olmayacağının belirlenmesi amaçlanmıştır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1.RUHSAL BOZUKLUKLARIN TANISAL ANLAMI, SINIFLANDIRILMASI VE TARİHÇESİ

#### 2.1.1.Ruhsal Bozuklukların Tanısal Anlamı ve Sınıflandırılması

Ruhsal hastalıkların sınıflandırılması günümüzde sendrom temelli olarak yapılmaktadır. Çoğunlukla hasta gruplarında birlikte bulunan bulgu ve belirtilerin klinik gözlemlerine ve karakteristik gidiş, tedaviye olan yanıtlarına göre sınıflandırma şekillenmektedir. Tanı ve sınıflandırmanın temel amacı birbirlerinden ayrı patofizyoloji ve/veya etyoloji ile ayrılan hastalıkları belli bir düzen içinde tanımlayabilmektir. Ruhsal hastalıklar için de patofizyoloji/etyoloji tanımlama amaçlı pek çok çalışma yapılmış ancak az sayıda birkaç bozuklukta (Alzheimer hastalığı, Vasküler Demans, Huntington Hastalığı ve Amfetamine bağlı psikoz ya da Wernicke Korsakoff sendromu gibi madde kullanımına bağlı sendromlar) bu amaca yönelik veriler elde edilebilmiştir. Psikiyatride tanı alan bozukluk ya da hastalıkların çoğu birlikte görülme eğiliminde olan, karakteristik bir gidiş ve prognozu olan belirtilerin birlikte görülme halidir, yani sendromlardır. <sup>1,14</sup>

Ruhsal Bozukluklarda sınıflandırma hastaları damgalamak için değil, çeşitli amaçlara hizmet için konulan tanı bütünlükleridir. Tanı düşünce anlayışımıza düzen ve yapı kazandırır. Klinik fenomenlerin karmaşıklığını azaltır. Ruhsal Bozukluklar ortak özelliklerine göre sınıflandırılır ve her ana sınıflamada özgül sendromlar daha ayrıntılı olarak tanımlanmasına sebebiyet verir. Bu şekilde ruhsal hastalıkların daha rahat öğrenilmesi ve anlaşılması kolaylaşır. Tanılar ister istemez etyoloji ve/veya patofizyoloji açısından değil, sendromal özellikler açısından belirtilir. <sup>1,14</sup>

Tanılar klinisyenler arası iletişimi kolaylaştırır. Belirli bir hastalığın sergilediği klinik görünüm hakkında net bir açıklama yapmış olur. Bir tanı, hastanın oluşturduğu ya da kayıtlarını sonradan inceleyen diğer klinisyenler için bilgileri kısaca özetler. Klinisyenlerin karakteristik gidiş ve sonlanımı görmesine, hastalığın sonraki süreciyle ilgili öngörülerle yol izlemesini sağlar. Aynı zamanda uygun tedavi seçmek için de tanı

sınıflamaları dikkate alınır. Psikiyatrinin bilimsel olarak ilerlemesi ile tanı sınıflamalarına yönelik tedavilerin yanı sıra belirti kümelerine yönelik tedavilerde uygulanmaya başlanır. Örneğin antipsikotik ilaçlar sadece psikotik belirtilerin tipik olduğu ‘Şizofreni’de değil; psikotik belirtilerin görüldüğü duygudurum bozukluklarında da kullanılmaktadır.<sup>1,14</sup>

Tanı ve sınıflandırmalar malpraktis ve diğer davalarda hukuki işlerde de kullanılmaktadır. Psikiyatristler cerrahi ve diğer klinik branşlarına göre en az dava edilenler olsa da psikiyatride en sık görülen yanlış tanı ve tedavi yaklaşımları, intihar ile ilişkili durumlar açısından dikkatli olunmalıdır.<sup>15</sup> Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabının (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) (DSM) psikiyatride tanısal sistemi daha açık hale getirmesi ile hukuk çalışanları ve psikiyatristler sınıflama ve hastalıklar ile ilgili pek çok şey öğrenmişlerdir.<sup>1,14</sup>

Daha az sıklıkla kullanım amaçlı olarak tanılar sağlık epidemiyologları tarafından dünyadaki birçok hastalığın insidans ve prevalansını belirlemede ve sigorta kapsamı hakkında karar vermede, maluliyet gerektirecek durumları belirlemede, bazı sınavlara girecek olanlara kolaylık sağlamada ve diğer önemli fırsatlarda kullanılmaktadır.<sup>1,14,16</sup>

Psikiyatri kendi alanındaki bozuklukların tanısal süreçlerini tutarlı, kapsamlı şekilde resmileştirip yayınlayan tıp dünyasında tek uzmanlık dalı olma özelliği gösterir. Bu özellik psikiyatrideki bozuklukların büyük bir kısmının özgül laboratuvar testleri, kesinleşmiş patofizyoloji ve/veya etyoloji olmamasından kaynaklanması olasıdır.<sup>1,14,16</sup>

### **2.1.2. Ruhsal Bozuklukların Sınıflamasının Tarihçesi**

Ruhsal bozuklukların tanımlanmasında ve sınıflandırılmasında ilk önemli adım Alman bir psikiyatrist Emil Kraepelin tarafından atılmıştır. Tanımlayıcı psikiyatrinin kurucusu sayılan Kraepelin’in Dementia praecox ve manik depresif psikoz arasında yaptığı kategorik ayırım gibi bazı tanımlamalar halen geçerliliğini koruyan çalışmalardır.<sup>2</sup>

20. yüzyılın ikinci yarısına doğru 2. Dünya savaşı sırasındaki çevresel zorlanmalar ve ruhsal belirtiler arasındaki ilişkinin askeri hekimler aracılığıyla gösterilmesi ile tanımlayıcı psikiyatrinin ağırlığı azalmış oldu. Psikanalizin getirdiği dinamik ilkeler ile de kişinin işlev düzeyinin ölçülmesi ve etyolojide sosyal etkenlerin aranması ihtiyacı doğdu. İlerleyen dönemde psikofarmakoloji alanındaki gelişmelerle tanımlayıcı psikiyatriye ilgi yeniden artmış oldu. Psikiyatride tanı koyma ve tanısal sınıflama yapma süreci, Amerikan Birleşik Devletleri(ABD)'nde ulusal profesyonel bir ekip olan Amerikan Psikiyatri Birliğinin, psikiyatride kullanılan tüm tanıları özetleyen, bir tanı koymak için olması gereken belirtileri belirleyen ve bu tanıları birlikte bir sınıflandırma sisteminde düzenleyen bir rehber oluşturmasıyla yeniden alevlenmiş oldu. Bu rehber Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM) olarak adlandırıldı. 1952' de ilk yayınlanan DSM-I oldu<sup>1,14</sup> Yıllar içinde DSM-II, DSM-III, DSM-IV revize edilmiş olarak sunuldu. Mevcut durumda psikiyatrideki tanımlar 20 yıla yakın bir sürede gelen, 2013 yılında yayınlanan DSM-5'e göre konmaktadır.<sup>4</sup> DSM-5'in gelmesi ile çok eksenli yaklaşım ortadan kaldırılmış olup, tanımlar ortak nöral katmanlar, genetik ve çevresel risk etkenleri, biyogöstergeler, kişilik özellikleri, bilişsel süreçler, belirti benzerlikleri, ortak tedavi yanıtları gibi değişkenlerin göz önüne alınması ile konulmuş oldu.

DSM'nin bazı avantaj ve dezavantajları bulunmaktadır. Bu sistem ile tanımların güvenilirliği büyük ölçüde arttırılmış, tanısal sürece açıklık getirilmiş, öykü alma kolaylaşmış, ayırıcı tanı kolaylaşmış olsa da; beraberinde klinisyenlere bazen yaptıkları hakkında yanlış bir kesinlik duygusu vermeye, aynı anda birden fazla tanı koyarak yanlış uygulanan polifarmasilere sebebiyet vermiştir.<sup>1,14,17</sup>

ABD' de tüm yapı ve düzen sağlamaya yönelik DSM dizgeleri geliştirilirken daha çok Avrupa psikiyatrisinin etkisi altında ICD(International Classification of Diseases) kılavuzları yayınlanmıştır.<sup>2</sup>Dünya Sağlık Örgütü'nün geliştirdiği hekimlikteki bütün hastalıkların uluslararası sınıflandırmasını içeren ICD'nin 5. bölümü ruhsal bozuklukları tanımlar ve sınıflandırır. En son yayınlanmış ICD kılavuzu 2018 yılında ICD-11 ( International Classification of Disease-11)(Uluslararası Hastalık Sınıflandırması-11) olmuştur. Güncel ICD kılavuzları tanımlama ve tanı kılavuzlarında hastanın klinik sürecin doğallığı içinde değerlendirilmesinin daha olası olduğunu öne sürmektedir.<sup>1,14,16,18</sup>

Hem DSM hem de ICD, ruhsal bozuklukların tanısall ölçütleri ve sınıflandırmaları, standart bir tanımlamaya doğru birbirlerine yaklaşan iki tanımlama sistemi özelliği gösterip, alanımızda sürekli gelişim gösteren, yenilenen bilginin, bugün için üzerinde görüş birliğine varılan durumunu yansıtmaktadır. Her iki tanı dizgesi de yeni gelişmelere açık olduklarını her baskıda açıkça belirtmektedir.<sup>1,2,4</sup>

Ülkemizde psikiyatrik eğitimi olan kurum ve kuruluşlarda DSM ve ICD dizgeleri birlikte kullanılmalıdır. Ancak uygulamada, hastalıkların sınıflandırılmasında ve kodlanmasında uluslararası dizgeye uyan ve devletleri bağlayan anlaşmalara göre hastane kayıtlarında ICD kullanılması zorunludur.<sup>1,14,16,18</sup>

## **2.2.PSİKOZ VE NEVROZ (PSİKONEVROZ) KAVRAMLARI**

Ruhsal Bozuklukları sınıflandırmada geçmiş dönemde kullanılan, ICD-10 ( International Classification of Disease-10)(Uluslararası Hastalık Sınıflandırması-10) ve DSM-5'te kesin olarak kullanılmayan bu terimler, ICD 10'da yalnızca genel bir başlığı belirleyici terimlerden biri olarak ve tırnak içinde kullanılmaktadır. Günümüzde psikoz ve nevroz kavramlarının daha çok klasik ve tarihsel önemi bulunmaktadır.<sup>1,14,16,18</sup>

Nevroz; bireyde bunalıtı ya da bunalıta karşı özel savunma belirtileri ile giden, bireyin gerçeği değerlendirme yetisinin bozulmadığı, toplumsal uyumun fazla bozulmadığı, psikozlara göre bütün işlevlerde bozukluğun daha hafif olduğu rahatsızlıklar kümesidir.<sup>2</sup>Nevroz terimini ilk olarak 1777 yılında William Cullen tanımlamıştır. Ateş ya da fokal bir hastalık olmaksızın duyuşsal ya da motor bozuklukların olması ile karakterize olarak tanımlamıştır. Bu başlık altına koma, hipokondriasis, spazmlar (histeride dahil), delilik dahil etmiştir. Daha sonra nevroz tanımı geniş ya da dar anlamda kullanılmaya devam etmiştir. 19. yy.(yüzyıl) 'da nevroz aynı anlamda organik temeli olmayan sinirsel bozukluklar yerine kullanılmıştır. Bu tabloların çeşitli vücut sistemleri üzerine (sindirim, kardiyopulmoner, ürogenital) etkilerinin klinik ya da anatomik nedenlerle ilişkili olmadığı ve hastalarının hiçbir zaman gerçeklikle ilişkilerinin kopmadığı vurgulanmıştır.<sup>19</sup>

Psiko analistlere göre nevroz, altta yatan fizyolojik ya da anatomik bir bozukluk olmaksızın Ödipal kompleks ve buna bağlı ilişkili savunma düzeneklerinin yer aldığı intrapsişik çatışmalardan kaynaklanan belirtiler sergileyen ruhsal bozukluklardır.

Horney'e göre nevroz, genellikle belli bir toplum içinde yaşayan bir insanı, toplumdan büsbütün ayırmamakla birlikte, ferдин sağlığını, etkinliğini ve verimliliğini olumsuz yönde etkileyen davranış bozukluğudur. Nevroz insan ilişkilerinde bozukluklar ve çatışmalardan ileri gelmektedir. İnsan ilişkileri ise, belirli toplum ve kültürle göre, değişik biçimler aldığı için, nevrozların oluşumunda sosyo-kültürel etkenler önemli olmaktadır.<sup>20</sup>

Aykan'a göre nevroz, genellikle ruhi bir hastalık, kişinin çevresine bir tepkisi, ruhi ya da fizyolojik işlevlerin aşırı bir belirtisi ya da kişide, biyolojik kaynaklı dürtülerin yarattığı ruhani çatışmalar olarak tanımlanmaktadır.<sup>21</sup>Bunun yanında nevrozikler, daha çok iç dengesi bozulmuş, ancak çevreye uymaya ve kendini değiştirmeye uğraşan, sosyal hayatla ilişkisi devam eden kişilerdir. Bunlar kendi iç dengesini korumak için çevresini değiştirmeye, çevrenin dikkatini çekmeye çalışırlar. Bu durum da çevre ile sık zıtlasma halinin oluşmasına sebep olmaktadır.<sup>22</sup>

ICD 10' da nevrozik, stresle ilgili ve somatoform bozuklukların sınıflandırması şöyledir: Fobik Bunaltı Bozuklukları, Başka Bunaltı Bozuklukları, Obsesif Kompulsif Bozukluklar, Ağır Strese Tepki ve Uyum Bozuklukları, Disosiyatif Bozukluklar, Somatoform Bozukluklar, Başka Nevrotik Bozukluklar<sup>2</sup>

DSM-5'te ise bu bozukluklar beş ayrı tanı başlığı altında yer almaktadır: Anksiyete Bozuklukları, Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar, Travma ve Stresle İlişkili Bozukluklar, Disosiyatif Bozukluklar, Somatik Belirti bozuklukları ve İlişkili Bozukluklar<sup>2</sup>

Psikoz; bireyin gerçeği değerlendirme yetisinin bozulduğu, içgörünün olmadığı kişilerarası ilişkilerde, gerçeklerden uzaklaşarak kendine has bir yaşantısının olduğu, duygu, düşünce ve davranışlarda bozuklukların olduğu ruhsal bozukluklardır. Bir hastada psikozu değerlendirmek için sanrılar, varsanılar, dezorganize davranış ya da düşünceleri sorgulamak gereklidir. İlk olarak Ernst von Feuchtersleben tarafından ortaya atılan bir terimdir. M.Ö.(Milattan önce) 1400 yıllarından kalmış olan Hint Veda yazılı metinlerinde, bugün özellikle ağır bir gidiş gösteren şizofreni hastalarında karşılaştığımız çıplak dolaşan, kendine bakımı ileri derecede azalmış, yaşamlarını boş bir biçimde sürdüren ya da dinle aşırı şekilde meşgul olan, kendisini Tanrı ya da Peygamber zanneden, zehirleneceğinden korkan kişilerden söz edilmiştir.<sup>23</sup>Tarihsel

süreç içerisinde İsviçreli ruh hekimi Eugen Bleuler kişinin ruhsal yaşamındaki yarılmaya önem vererek (schisme) Yunanca aklın bölünmesi (splitting of the mind) anlamına gelen “şizofreni” terimini önermiştir. Bu terim halen günümüzde kullanılmaktadır. Bleuler şizofreninin temel belirtilerini 4 ana başlık altında toplayıp bunlara “4A Belirtisi” ismini vermiştir. Bu 4 temel belirti; “Assosiyasyon Bozukluğu, Autizm (otizm), Ambivalans ve Affektif Bozukluk” şeklindedir. Bleuler bu temel belirtilere “birincil” denmesi gerektiğini ifade etmiş; sanrı, varsanı, katatoni ve motor bozuklukların ise “ikincil belirtiler” olduğunu vurgulamıştı ve hala günümüzde bu terimler kullanılmaktadır. Son olarak 20. yy.’ın ortalarında Alman ruh hekimi Kurt Schneider şizofreninin betimlenmesinde fenomenolojik kavramların kullanmasını önererek, şizofreni için tanısal olan “birincil” ve “ikincil” belirtilerden söz etmiştir.<sup>1,2,19,23-26</sup>

Öztürk'ün psikoz ve nevroz ayrımını yaptığı tablo aşağıda gösterilmiştir.(Tablo 1).<sup>2</sup>

**Tablo 1. Psikoz ve Nevroz ayrımı**

|                                       | Psikoz                                                        | Nevroz                                                                                                  |
|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Hastalığın şiddeti                    | ağır                                                          | görece hafif                                                                                            |
| Kişilik bütünlüğü ve benlik işlevleri | dağılmış                                                      | dağılmamış                                                                                              |
| Benlik sınırları                      | belirsiz                                                      | belirli                                                                                                 |
| Beden imgesi                          | bozuk                                                         | bozuk değil                                                                                             |
| Gerçeği değerlendirme                 | bozuk                                                         | bozuk değil                                                                                             |
| Hastalığı kabullenme                  | olmayabilir                                                   | vardır                                                                                                  |
| Varsanılar                            | olabilir                                                      | yoktur                                                                                                  |
| Duygulanım bozukluğu                  | olabilir                                                      | olabilir                                                                                                |
| Düşünce biçim bozukluğu               | olabilir                                                      | yok                                                                                                     |
| Bilişsel yıkım                        | olabilir                                                      | yoktur                                                                                                  |
| Savunma düzenekleri                   | gerileme, yadsıma, yansıtma, içe atım, bölünme, somutlaştırma | bastırma, saplanma, yer değiştirme, yalıtım, karşıt-tepki kurma, yapma-bozma, konversiyon, somatizasyon |
| Topluma uyum                          | bozuk                                                         | yeterli, iyi olabilir                                                                                   |
| İş uyumu                              | bozuk                                                         | yeterli, iyi olabilir                                                                                   |
| İnsan ilişkileri                      | bozuk, tutarsız                                               | genellikle bozulmaz                                                                                     |

Freud ise psikanalitik yaklaşımla psikoz ve nevrozu kesin bir dille ayırmıştır. Freud'a göre nevroz; kişinin çocukluk çağında yaşadığı ve kaçındığı, daha sonra baskılayarak bilinçten uzaklaştırdığı çatışmaların yansımasıdır. Bir aktarım ilişkisi ile açığa çıkarılabilmektedir. Olgular psiko analize uygundur. Gerçeklikle işbirliği içinde id'in bir kısmını baskırlar. Psikoz ise; kişi ile dış dünya arasındaki çatışmalarla ilişkilidir, aktarım ilişkisine ve dolayısıyla psiko analize uygun değildir. Psikotik hastalar hastalıkları sırasında nevrozların ancak psikanalizle dışavurduğu bilinçdışı

ürünleri dışa vurabilir. İd'in hizmetinde gerçekliğin bir kısmından geri çekilme söz konusudur.<sup>1,2</sup>

Ruhsal bozuklar kabaca psikoz ve nevroz olarak ayrılan, teorik bilgilerle tanı konup, tedavinin düzenlenebildiği, prognozun öngörülebildiği bir durumla sınırlı değildir. Bu başlıkların altına konamayacak pek çok belirti ve ruhsal bozukluklar bulunmaktadır. Örneğin; kişilik bozuklukları, alkol ve madde kullanım bozuklukları, cinsel işlev bozuklukları, yeme bozuklukları gibi.<sup>3</sup>

## **2.3.PSİKOTİK BELİRTİLİ RUHSAL BOZUKLUKLAR**

### **2.3.1.Şizofreni Açılımı Kapsamında Ve Psikozla Giden Diğer Bozukluklar**

Psikiyatrik bozuklukların, özellikle de psikotik belirtilerin belirgin olduğu bozuklukların neden olduğu hastalık yükleri yüksektir. DSM-5'e göre; Şizofreni açılımı kapsamında ve Psikozla giden diğer Bozukluklar (Şizofreniform Bozukluk, Şizoaffektif Bozukluk, Sanrısız Bozukluk, Kısa Psikotik Bozukluk, Katatoni, Tanımlanmamış) aynı başlık altında toplanmıştır. Şizotipal kişilik bozukluğu da bu açılım kapsamında ele alınmıştır. Bu başlık altında ele alınan hastalıklar; sanrı, varsanı, darmadağın konuşma ya da düşünme, ileri derecede dağınık ya da olağandışı davranış (katatoni de dahil olmak üzere) ve negatif belirtiler alanlarının birinde ya da daha fazlasında görülen olağandışılık olarak tanımlanmaktadır.<sup>1,2,4</sup>

Şizofreni ve İlişkili Bozukluklarda genel olarak kişinin uyum ve işlev düzeyinin ileri derecede etkilenmesi, gerçeği değerlendirme yetisinin bozulması, iç görünün yoksun olması bulunmaktadır.<sup>1,2,4</sup>

Şizofreni ve İlişkili Bozukluklar hakkında yaşam boyu görülme sıklığı açısından kültürden kültüre ve farklı belirleyicilere göre farklılık göstermesi sebebiyle net bilgi edinilememektedir.<sup>1,2,4</sup>

### 2.3.1.1.Şizofreni

Psikotik bozuklukların ana örneği şizofrenidir.

Şizofreni; sanrı, varsanı, uygunsuz konuşma ve davranış gibi algı, düşünce ve davranışla ilgili alanlarda görülen çeşitli belirtilere neden olan, kişiyi sosyal ortamlardan uzaklaştıran bir ruhsal bozukluktur. Süreğen seyir göstermektedir. Negatif belirtilerin daha çok ve duygudurum belirtilerinin daha az görüldüğü bir sendromdur. Şizofreni yaygınlığı göreceli olarak düşük olsa da neden olduğu hastalık yükü oldukça yüksektir. Gençlik yıllarından başlayarak, işlevselliği bozar ve çevreyle önemli uyumsuzluk ve çatışmalar yaşamasına yol açar. Topluma maliyeti oldukça yüksektir. Yaşam boyu sıklığının %1 ile %1,4 arasında olduğu bildirilmektedir. Karşılaştırmalı verilerin toplanmasındaki güçlüklerle karşı, şizofreni insidansı ve yaşam boyu sıklığının tüm dünyada eşit olduğu bildirilmiştir.<sup>2,27-29</sup>

Türkiye’de 4 genel toplum, 4 özel nüfusta yapılmış çalışmada Şizofreni açılımı kapsamında ve Psikoza giden diğer Bozukluklar yaygınlığı 1000 kişide 8,9 olarak bulunmuştur. Şizofreni açılımı kapsamında ve Psikoza giden diğer Bozukluk hastalarının yataklı servis başvurularının % 26,9’unu oluşturduğu görülmüştür. Erkek cinsiyet tüm yaş gruplarında, her bir tahmin ve başvuru oranı için daha yüksek risk ile ilişkili saptanmıştır.<sup>30</sup>

Şizofreni belirtileri normal psikolojik fonksiyonların abartılmasını temsil ettiği varsayılan belirtiler (pozitif) ve diğer fonksiyonların azalmasını temsil eden belirtiler (negatif) şeklinde ayrılabilir.

Pozitif Belirtiler; 1-Varsanılar (işitme, somatik/dokunma, koku, görme, yorumlayıcı sesler, aralarında konuşan sesler 2- Sanrılar (kötülük görme, kıskançlık, dinsel, suçluluk/günahkarlık, büyüklük, somatik, alınma, kontrol edilme, düşünce okunması, düşünce yayımlanması, düşünce sokulması, düşünce çekilmesi) 3- Pozitif Yapısal Düşünce Bozukluğu (düşüncenin raydan çıkması, basınçlı konuşma, teğetsellik, enkoherans, mantıkdışılık, çevresel konuşma, çelinebilir konuşma, klang çağrışım) 4- Tuhaf Davranış 5- Uygunsuz Duygulanım olarak tanımlanır.<sup>2,31</sup>

Negatif Belirtiler; 1-Duygulanımda Düzleşme ya da Küntlük (değişmeyen yüz ifadesi, spontan hareketlerde azalma, jest dışavurumunun yokluğu, zayıf göz ilişkisi, duygulanımda yanıtsızlık, sesteki esnekliğin yokluğu) 2- Aloji (konuşma yoksulluğu, konuşma içeriğinin yoksulluğu, blokaj, yanıt verme süresinin uzaması )3- İstemsizlik-Apati (üst baş özeni ve temizlikte yetersizlik, iş ya da okulda sebatsızlık, fiziksel enerjinin azalması) 4- Anhedoni-Asosyallik (eğlenceye yönelik ilgi ve etkinliklerde azalma, cinsel etkinlikte azalma, yakınlık ve dostluk kurma yeteneğinde azalma, arkadaş ve akranlarla ilişkilerde yetersizlik) 5- Dikkat (Sosyal dikkatsizlik, testlerde dikkatsizlik) olarak tanımlanır.<sup>2,32</sup>

Mannheim grubu Şizofreninin (özgül olmayan) ilk belirtilerinin ortalama 23,3 olmak üzere, erkeklerde 22,5, kadınlarda 25,4 yaşında ortaya çıktığını bildirmiştir. Ortalama 24 yaşında ilk olarak negatif belirtiler görülür.<sup>33</sup>

Şizofreni erkeklerde daha erken başlamaktadır. İlk hastalığın başlangıç yaşı erkeklerde 3-4 yıl daha erken başladığı görülmektedir. Biyolojik açıklamasında ilk akla gelenler; kadın ve erkekte beyin gelişim hızındaki farklılıklar, cinsiyet kromozomlarının genetik etkisi ve hormonların psikotik belirtileri tetikleyici ya da baskılayıcı etki göstermesidir. İntrauterin dönemde beyin hücrelerinin göç etmesi ve korteksin iç bağlantılarının oluşması kadınlarda daha hızlı olmaktadır. Erkekte bu gelişimin yavaş olması sonucu, beynin prenatal ve perinatal travmalara açık olduğu dönemde gelişim daha uzun sürmektedir. Östrojenin etkisine bakarsak, psikotik belirtiler üzerine kısa dönemli etkisinin D2 reseptör "downregulation"u ile ilgili olduğu, uzun dönemde ise genetik yükün fenotipe yansımalarını etkilediği şeklinde özetlenebilir.<sup>34</sup>

Şizofreni tanılı hastaların yaklaşık %20'si hayatlarında bir kez özkıyım girişiminde bulunmakta iken % 5-6'sı özkıyım girişimi sonucu hayatlarını kaybetmektedir. Özkıyım girişimleri kimi zaman kendine ya da başkalarına zarar verme varsanlarına tepki olarak ortaya çıkmaktadır. Eşeyler arası anlamlı fark görülmezken, madde kullanım bozukluğu komorbiditeli genç erkeklerde oran anlamlı olarak yüksek görülebilmektedir. Diğer özkıyım girişimlerinde oranları arttıran faktörler arasında eşlik eden sosyal problemler, çökkünlük belirtileri ya da umutsuzluk olabilmektedir.<sup>4</sup>

Şizofreni hastalarında panik bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk (OKB), depresif bozukluk, kişilik bozuklukları ek tanı olarak görülebilmektedir. Bunlar arasında

en fazla birliktelik gösteren tanılar depresyon ve OKB olmakla birlikte, anksiyete bozuklukları da sık izlenmektedir. Şizofreni ile birlikte madde bağımlılığı ve kişilik bozuklukları da sık karşılaşılan durumlardandır. Kişilik bozukluklarından özellikle şizotipal, şizoid, sınırda, bağımlı kişilik bozuklukları şizofreni ile birliktelik göstermektedir.<sup>2,35</sup>

### **2.3.1.2.Şizofreni ile İlişkili Bozukluklar**

Yapılan araştırmalarda şizofreni dışındaki psikotik bozuklukların (şizoaffektif bozukluk, sanrısız bozukluk, kısa psikotik bozukluk) toplam yaygınlığının da şizofreni için bildirilen tahminler kadar yüksek olduğuna işaret etmektedir. Bu tanı gruplarının tekrarlayan yatış çalışmalarında özellikle değerlendirilmeleri diğer tanı grupları arasındaki oranlarının yüksek olması ile ilişkili olabilir.<sup>36-39</sup>

#### **1-Sanrılı Bozukluk**

En az 1 ay süren bir ya da birden fazla sanrının varlığı ile karakterizedir. Sanrı dışında şizofreninin diğer A tanı ölçütlerini kapsamamaktadır. Ruhsal ve toplumsal etkinlikteki işlevsellikteki bozulma şizofreni gibi diğer psikozla giden durumlarda görüldüğünden daha hafif düzeydedir, ya da yadırganacak kadar ağır değildir. Yaşam boyu görülme sıklığı %0,2'dir. Genel olarak eşeyler arasında görülme sıklığı açısından anlamlı fark bulunmamaktadır. Şizofreniye göre daha ileri yaşlarda görülmektedir.

#### **2-Kısa Psikotik Bozukluk**

Sanrı, varsanı, ileri derecede darmadağın davranma ya da konuşma belirtilerinden en az biri olmalı ve bu belirtiler en az 1 gün, en fazla ise 1 ay sürmesi gerekmektedir. Belirtilerin sonlanması ile hastalık öncesi döneme tam olarak geri dönülmelidir. Birleşik Devletlerde ilk kez başlayan psikozların %9'u kısa psikotik bozukluktur.<sup>4</sup> Diğer psikotik bozukluk hastalarına göre stresle tetiklenme, ani başlangıçlı olma, kadınlarda daha fazla görülme gibi farklı özellikler gösterdiği bildirilmiştir.<sup>40</sup>

#### **3- Şizofreniform Bozukluk**

Sanrı, varsanı, ileri derecede darmadağın konuşma ya da davranma, negatif belirtilerden en az ikisinin en az 1, en fazla 6 ay süreyle olması; bu belirtilerin en az birinin sanrı,

varsanı ya da darmadağın konuşma olması gerekmektedir. Hastalık tanısı için sosyal ya da işle alakalı işlevsellikte bozukluk aranmamaktadır. Görülme sıklığı kültürler ve bölgeler arası farklılık göstermektedir. Başlangıçta şizofreniform bozukluk tanısı alanların üçte birinin bulguları 6 ayda gerileyip şizofreniform bozukluk tanısı alırken, üçte ikilik kısım sonunda şizofreni ya da şizoaffektif bozukluk tanısı almaktadır.<sup>4</sup>

#### 4-Şizoaffektif Bozukluk

Çökkün duygudurumun karşılandığı major depresyon ya da mani dönemi ile eşzamanlı olarak; sanrı, varsanı, ileri derecede darmadağın konuşma ya da davranma, negatif belirtilerden en az ikisinin olduğu, bu belirtilerin en az birinin sanrı, varsanı ya da darmadağın konuşma olduğu durum tanı kriterleri için gerekmektedir. Ayrıca tanı konabilmesi için hastalığın süresi boyunca majör depresyon ya da mani döneminin olmadığı en az 2 hafta süre ile sanrı ya da varsanılarının devamı gerekmektedir. Major bir duygudurum dönemini karşılayan tanı ölçütleri hastalığın açık ve ardakalan kesiminde toplam sürenin büyük çoğunluğunda bulunması gerekmektedir. Tanı konulurken şizofrenide olan sosyal ya da mesleki olarak işlevsellikte bozulma kriteri aranmamaktadır.<sup>4</sup>

Şizoaffektif Bozukluğun yaşam boyu görülme sıklığı %0,3 tür. Kadınlarda erkeklere göre daha sık görülmektedir. Bunun ana nedeni kadınlarda depresyon duygudurum bozukluğunun daha sık ortaya çıkıyor olması olabilmektedir. İçgörü azlığı sık görülür. Ancak içgörü azlıkları şizofrenidekine oranla daha az ağır seyretmekte ve daha az süreklilik göstermektedir. Hastalığın sonlanımı genellikle şizofreniye göre daha iyi, duygudurum bozukluğuna göre ise daha kötü seyretmektedir. En sık eşlik eden ek tanılar madde kullanım bozukluğu ve anksiyete bozuklukları olarak görülmektedir.<sup>4</sup>

#### 5- Maddenin/İlacın Yol Açtığı Psikotik Bozukluk

Maddenin/İlacın Yol Açtığı Psikotik Bozukluğun başlıca özelliği bir maddenin ve /ya da ilacın fizyolojik ilgili etkilerine bağlı olduğu düşünülen, belirgin sanrı ve/ya da varsanılardır. Bu belirtiler madde/ilaç yoksunluğu ya da entoksikasyonunda ortaya çıkmış olması gerekmektedir. Alınan madde/ilaç sanrı ve/ya da varsanıları ortaya çıkarabilmelidir. Sosyal ya da mesleki anlamda işlevsellikte bozulma şartı tanı konması için aranmaktadır. Alkol, kenevir, fensiklidin ve ilişkili maddeler, uçucular,

dinginleştirici, uyutucu ve kaygı gidericilerin entoksikasyonu psikotik belirti oluşturabilirken, alkol, dinginleştirici, uyuşturucu ya da kaygı gidericilerin yoksunluğunda da psikotik belirtiler ortaya çıkabilmektedir. Anestezik bazı ilaçlar, ağrı kesiciler, antikonvülzanlar, antikolinergik ilaçlar, antihistaminikler, antihipertansif ve kardiyovasküler ilaçlar, antimikrobiyal ilaçlar, antiparkinson ilaçlar, kemoterapötik ilaçlar( siklosporin, prokarbazin gibi ilaçlar), kortikosteroidler, kas gevşeticileri, antienflamatuar ilaçlar, antidepresan ilaçlar ve disülfiram ilaçlar psikotik belirti yaratanlar arasında sayılabilir. Psikotik belirti oluşturan toksinler arasında antikolinesteraz, organofosfor insektisidler, sarin ve diğer sinir gazları, karbon monoksit, karbon dioksit, benzin ve boyalar da sayılabilmektedir.<sup>4</sup>

İlk psikoz dönemi ile kendini gösteren kişilerin % 7-25'inin maddenin/ilacın yol açtığı psikotik bozukluk olduğu bildirilmektedir.<sup>4</sup>

Psikoaktif madde kullanım bozukluğuna en az bir psikiyatrik bozukluk eşlik etme sıklığı %70-75 arasında değişmektedir. Psikiyatrik bozukluk ve madde kullanım bozukluğunun birlikteliği hastalığın süresini ve tedavinin gidişatını olumsuz yönde etkilediğinden, farkedilmesi, bilinmesi ve tedavi edilmesi önemlidir.<sup>41</sup>

## 6- Katatoni

Katatoni, temel belirti ve bulguları mutizm, postür alma, stupor, motor rijidite, aşırı uyarılmışlık hali, yeme-içme reddi ve hipokinezi olan bir motor disregülasyon sendromudur.<sup>42</sup>Katatoni, nörogelişimsel, psikozla giden, bipolar bozukluklar ya da depresif bozukluklarla giden, beyinde folat eksikliği, otoimmün ve paraneoplastik sendromlar, hiperkalsemi, hepatik ensefalopati, homosistinüri, diyabetik ketoasidoza bağlı olarak vb. birçok durumda ortaya çıkabilir. DSM-IV'te katatoni şizofreninin bir alt tipi olarak belirtilmekte iken DSM-5'te şizofreninin bir alt tipi olarak yer almamakta; başka bir ruhsal hastalığa bağlı eşlik eden, başka bir sağlık durumuna bağlı ve belirlenmemiş olarak belirtilmektedir.<sup>4</sup>

## 7-Tanımlanmamış

Şizofreni açılımı kapsamında ve ilişkili diğer psikotik bozukluklar belirti özelliklerinin baskın olduğu ancak tanı kümesindeki herhangi birinin tanısı için tanı ölçütlerini tam

olarak karşılamayan durumlarda daha özgül bir tanı koymak için (örn; acil servis koşullarında) bu kategori kullanılır.

### **2.3.1.3.Şizotipal Kişilik Bozukluğu**

Şizotipal kişilik bozukluğu hezeyan düzeyinde olmamakla birlikte alınma düşünceleri, garip inanışlar, alışılmışın dışında algısal deneyimler, garip konuşma, paranoid düşünceler ve bunlarla ilişkili sosyal kaygılar, uygunsuz ya da kısıtlı duygudurum, garip ya da eksantrik görünüm/davranışlar ve yakın arkadaşların olmaması ile karakterizedir. Erkeklerde daha sık görülmektedir. Bu bozukluğu olan kişiler daha çok yaşadıkları kaygı ve çökkünlük belirtileri ile zorlandıklarında kısa psikotik bozukluk ya da şizofreniform bozukluk ek tanısı koydurmayacak düzeyde dakika ya da saatler süren gelip geçici psikoz dönemleri yaşayabilirler. Küçük bir oranı şizofreni ya da şizofreniform bozukluğa dönüşebilir. Yarısından çoğunda hayatlarının bir döneminde depresif bozukluk tanısı eklenmektedir.<sup>4</sup>

### **2.3.2.Psikotik Belirtilerin Görüldüğü Diğer Durumlar**

Şizofreni ile ilişkili Bozuklukların dışında psikotik belirtilerin eşlik ettiği duygudurum bozuklukları, madde kullanım bozuklukları ve genel tıbbi duruma (GTD) bağlı bozukluklara da sık rastlanmaktadır. Psikotik belirtilerin gözlemlendiği durumlarda hastalık yükü, hastanede kalış süresi, hastaneye yatış sıklığı psikotik belirtilerin görülmediği durumlara göre çok daha yüksek olması ile önem kazanmaktadır.<sup>3,29,43</sup>

2012 yılında ülkemizde yapılmış bir 4011 kişilik çalışmada psikotik belirtilerin görüldüğü 12 DSM-IV bozukluğunun yaşam boyu toplam yaygınlığı %2,62 olarak saptanmıştır. Her bir bozukluğun yaygınlık tahminleri ise şizofreni için %0,74, şizoaffektif bozukluk için %0,20, şizofreniform bozukluk için %0,05, sanrısız bozukluk için %0,10, kısa psikotik bozukluk için %0,12, psikotik bulgulu depresyon için %0,55, psikotik bulgulu bipolar I bozukluk için %0,37, madde kullanımına bağlı psikotik bozukluk için %0,20 ve tıbbi duruma bağlı psikotik bozukluk için %0,07 olarak bulunmuştur.<sup>30</sup>

Yakın zamanlı bir araştırma psikotik belirtilerin görüldüğü 12 DSM-IV bozukluğunun (şizofreni, şizofreniform bozukluk, şizoaffektif bozukluk, sanrısız bozukluk, kısa psikotik bozukluk, psikotik bulgulu depresyon, psikotik bulgulu bipolar I bozukluk, madde kullanımına ya da genel tıbbi duruma bağlı psikotik bozukluk) toplam yaşam boyu yaygınlığının % 3,5 olduğunu bildirmiştir.<sup>36</sup> Daha önce yayınlanan çalışmalardan daha yüksek bir oranla çalışmanın sonuçlanması, artış gösteren ciddi bir sorun olabileceğini göstermektedir.<sup>30</sup>

### **2.3.2.1. Depresif Bozukluklarda Psikotik Belirtiler**

Psikotik özellikli depresyon (PD) DSM-5’de majör depresyon bozukluğunda hastalığın ne denli ağır olduğundan bağımsız olarak ağırlık/gidiş belirleyici olarak belirtilmektedir.<sup>4</sup> PD ile ilgili literatür incelendiğinde, iki farklı görüşün ortaya çıktığı dikkati çekmektedir. Görüşlerden birine göre majör depresyon atağında hezeyan ve varsanların bulunması ile tanımlanan PD, depresyonun daha ağır bir şeklidir. Öteki görüşe göre psikotik özellikli depresyon ile psikotik özellikli olmayan depresyon farklı özellikler taşıyan ayrı birer klinik sendrom olarak görülmektedir. Bu ikinci görüş, psikotik özellikli depresyonun, klinik belirti ve bulgulardaki bazı farklılıklar, bazı biyolojik göstergeler, kalıtsal özellikler, hastalık seyri ve tedaviye yanıt bakımından psikotik olmayan depresyondan önemli oranda farklılaşmasından yola çıkmaktadır.<sup>44,45</sup>

Psikotik özellikli depresyonda klinik olarak, hezeyan ve varsanlar dışındaki belirti yelpazesi de farklı özellikler göstermektedir. Sözelimi, psikomotor ajitasyon ya da retardasyon, depresif ruminasyonlar, bilişsel işlevlerdeki bozukluk yani dikkat, hafıza, yürütücü işlevler gibi bilişsel alanlarda bozulmaların bulunması ve konfüzyon hali psikotik özellikli depresyonda daha sık görülmektedir.<sup>46-48</sup> Psikotik özellikli depresyonda hezeyanların içeriği yetersizlik, suçluluk, günahkarlık, cezalandırılmayı hak etme, beden organlarının çalışmaması ya da çürümesi, yok olma temaları ile ilgiliyse, bu hezeyanların duygudurumla uyumlu olduğundan bahsedilir. İşitme ve koku varsanları genellikle iftira eden veya suçlayan sesler duyma, pis kokular duyma şeklindedir. Psikotik özellikli depresyonda duygudurumla uyumsuz olan hezeyanlar da daha nadiren ortaya çıkabilmektedir; bunlar kötülük görme hezeyanları, düşünce

sokulması, düşünce yayılması ile etkilenme ve kontrol edilme hezeyanlarıdır. Bazen hezeyanların özellikle kötülük görme hezeyanlarının duygudurumla uyumlu olup olmadığının değerlendirilmesi kolay olmayabilir.<sup>49</sup> Ayrıca, bazı hastalarda aynı atak sırasında her iki tip hezeyan da birlikte görülebilmektedir.<sup>50,51</sup> Psikotik özellikli depresyon atağı sırasında, duygudurum ile uyumsuz hezeyanları bulunan hastalara takiplerde şizoaffektif bozukluk tanısı konulma oranlarının daha yüksek olduğu<sup>52</sup> ve hem bipolar bozukluk tip 1’de<sup>53</sup> hem de majör depresyonda duygudurumla uyumsuz hezeyanların bulunmasının hastalık seyrini olumsuz yönde etkilediği bildirilmiştir.<sup>54</sup> İlk atakta psikotik özellikli majör depresyon tanısı konulan ve yatarak tedavi gören hastaların klinik takiplerde önemli bir bölümüne iki uçlu bozukluk, bir bölümüne de şizoaffektif bozukluk tanısı konulmaktadır.<sup>52</sup>

Psikotik belirtilerin bulunduğu majör depresyon atakları, psikotik olmayan majör depresyon ataklarına göre akut dönemde daha uzun sürede iyileşmekte, daha sık nüks etmekte ve kronikleşme eğilimi göstermektedir.<sup>54</sup> Psikotik özellikli majör depresyonun ilk ataktan sonraki 2 yıl içinde nüks etme oranı yaklaşık % 45’tir.<sup>52,55</sup> Psikotik depresyonda intihar riski<sup>56</sup> ve intihar dışındaki nedenlerle ölüm<sup>57</sup> psikotik olmayan depresyonla kıyaslandığında daha yüksektir.

#### **2.3.2.2. Bipolar ve İlişkili Bozukluklarda Psikotik Belirtiler**

İçgörü hastanın hastalığının farkındalığı, belirtilerinin farkındalığı, tedaviye ihtiyacı hakkındaki düşüncesi, hastalığın sosyal sonuçlarının farkındalığı, belirtilere yönelik düşüncesi ve bu belirtileri açıklama şeklinin değerlendirilmesiyle saptanır. Yoğun farmakolojik ve psikososyal destek gerektiren ve kronik bir hastalık olan bipolar bozuklukta içgörü eksikliği sıkça görülür.<sup>58-61</sup> İçgörü eksikliği hastalığın klinik gidişine, tedavi uyumuna ve sosyal işlevselliğine olumsuz etki eden önemli bir faktördür.<sup>62,63</sup> Şizofrenide karakteristik olan içgörü eksikliği<sup>64</sup> bipolar bozuklukta duruma bağlıdır.<sup>65</sup> Duruma bağlılık görüngüsü belirti şiddetindeki değişiklik ile ilişkilidir. Aktif hastalık döneminde içgörü eksikken, belirtisiz dönemde içgöründe iyileşme gözlenen izlem çalışmaları bulunmaktadır.<sup>65,66</sup>

İçgörü psikotik özellikli bipolar bozuklukta hastalığın değişik evrelerinde güvenilir bir değişken olarak dikkate alınabilir. İçgörü araştırılırken hastaların

belirtilerin farkında olma, bunları tanımlama ve açıklama şekli değerlendirilmektedir. İçgörü yokluğu durumunda varsanı, uygunsuz duygulanım, saldırgan dürtüleri kontrol güçlüğü, cinsel dürtüleri kontrol güçlüğü, dikkat eksikliği belirtilerini yatıştırmakta güçlük çekilmektedir.<sup>65,66</sup>

Ülkemizde Bipolar Bozukluk tanılı hastalarda yapılmış bir çalışmada içgörü eksikliğini belirleyen etmenler araştırıldığında; hastaların yatış sayıları, atak özellikleri değerlendirildiğinde, içgörü eksikliğine etkilerinin olmadığı saptanmıştır.<sup>67</sup> Dell’Osso ve arkadaşlarının çalışmasında da özgül manik belirtilerin içgörü düzeyinde belirleyici olmadığı vurgulanmış ve içgörü ile yatış sayısı arasında bir ilişki olmadığı belirtilmiştir.<sup>68</sup> Buna karşılık içgörüsü düşük olan hastaların hastaneye yatış sayılarının çokluğunu<sup>69,70</sup> ve yatış sürelerinin daha uzun olduğunu belirten çalışmalar da bulunmaktadır.<sup>71,72</sup>

Yen ve arkadaşlarının çalışmasında düzelme döneminde psikotik bipolar olgularda %36,36, psikotik özellikleri olmayan bipolar bozukluğu olanlarda ise %9,37 içgörü eksikliği bildirilmiştir. Bu durum maninin şiddetinden çok psikotik belirtilerin, özellikle sanrı varlığının içgörü eksikliği ile bağlantısı olduğu ile açıklanmıştır.<sup>73</sup> Psikotik belirtileri şiddetli olan hastaların ilaç tedavisinin etkilerine ve hastalığın sosyal sonuçlarına yönelik düşük içgörüler olduğu belirtilmiştir.<sup>68</sup> Aynı çalışmada varsanı varlığının hastalığın sosyal sonuçlarına yönelik içgörü eksikliğinin belirleyicisi olduğu vurgulanmıştır. Psikotik özellikler bilişsel yeti üzerindeki etkileri ile bilişsel yetersizlik ve dolayısı ile içgörü yetersizliği ile ilişkilendirilmiştir.<sup>74</sup> Bazı çalışmalarda psikotik belirti varlığı ve psikotik belirtilerin şiddetinin<sup>59,63</sup> içgörü eksikliği ile kuvvetli ilişkisi olduğu belirtilmiştir. Genel anlamda bipolar bozuklukta psikozun içgörüyü yetersizliğine sebep olduğu görüşü hakim bulunmuştur.<sup>61,75</sup>

Klasik görüş; içgörü eksikliği ve sanrının gerçeklikten kopmayı yansıttığını, her iki durumun da birbiriyle kesişen patolojik süreçler içerebileceğini belirtmektedir.<sup>76</sup>

Psikotik özellikli hasta grubunda ilaç etkilerinin farkında olma düzeyi anlamlı derecede düşük olması ve bunun sonucu olarak işlevsellikte düşüş yaşanmaması adına yapılan çalışmalarda uzun süre antipsikotik almanın daha iyi içgörü oluşturduğu gösterilmektedir.<sup>64</sup>

### 2.3.2.3. Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklarda Psikotik Belirtiler

Obsesif kompulsif bozukluk'u nevrozlar sınıfına yerleştiren Janet 300'den fazla hastası üzerinde yaptığı gözlemlerle bu hastaların %7,7'sinde psikotik belirti geliştiğini saptamıştır. Araştırmacılara göre obsesif-kompulsif nevroz bünyesinde değişen ölçülerde farklı nevroitik ve psikotik özellikler barındırabilir. Bu durum obsesyonu oluşturan en klasik tanımlamaya, neden çok az sayıda obsesif hastanın uyduğunu açıklayabilir. Gerçekte, obsesif hastaların tümü kendilerini belli bir kalıp içinde "düşünmeye" ya da "hissetmeye" (obsesyon) ya da "davranmaya" (kompulsiyon) zorlayan, benliğe yabancı bir gücün öznel deneyimini taşımazlar.<sup>77</sup>

Benzer biçimde, obsesif hastaların tümü, yukarıdaki 2. ölçüt uyarınca obsesif yineleme davranışının içerisindeki saçmalığı sürekli olarak kavrayamazlar.<sup>77</sup>

Foa davranışçı tedaviye dirençli OKB olgularında iki tür özellik olduğunu belirtmiştir. Bunlardan ilki aşırı değer verilmiş düşüncelerin, ikincisi ise depresyonun varlığıdır. Aşırı değer verilmiş düşüncenin özelliği hastanın, korku ve saplantılarının gerçekçi olduğuna inanmasıdır.<sup>78</sup> Düşüncenin biçim değiştirmesi açısından bakıldığında obsesyon; aşırı değer verilmiş düşüncenin ve sanrının nevrozdan psikoza geçişte basamak oluşturmalarıdır. Yazarlara göre, rahatsız edici düşünceye direnme bırakıldığında ve içgörü eksikliği olduğunda obsesyon, sanrıya dönüşebilir. Bir obsesyonun sanrıya dönüşmesi obsesyona direnmenin ortadan kalktığında ve içgörü yitirildiğinde söz konusu olur. Bu dönüşüm affektif ya da paranoid bir biçime doğru olur. Örneğin bulaş obsesyonunun yerini başkalarına birşeyler bulaştırabildiği sanrısı ve bu nedenle duyulan suçluluk alırsa affektif bir dönüşüm, başkalarına zarar verebilecek davranışlarda bulunma korkusu bu davranış yapmışcasına başkaları tarafından suçlanıyor ya da izleniyor sanrısı haline gelirse paranoid bir dönüşüm söz konusudur. Insel ve Akiskal betimledikleri bu tabloyu "Psikotik özellikli OKB" olarak tanımlamışlardır. Adı her ne olursa olsun bir obsesyonun sanrısala hale geçmesi tipik olarak stresle tetiklenen bir süreç olup, bu psikoz sınırlı, geriye dönebilir özelliktedir ve şizofreniye ait hiçbir belirti içermez.<sup>77</sup>

Fenton ve McGlashan, belirgin obsesif-kompulsif belirti gösteren 21 Şizofreni olgusuyla bu belirtileri göstermeyen 42 Şizofreni olgusunu karşılaştırmışlardır. Obsesif kompulsif belirtilerin olduğu grupta bu belirtilerin şizofreni belirtilerinden çok önce (yaklaşık 10 yaşında) başladığını, sadece 2 hastada obsesyonların sanrıya dönüştüğünü, diğerlerinde obsesyonların psikotik belirtilerle doğrudan ilişkili olmadığını ve ilk şizofreni belirtilerinin de bu grupta diğerine göre daha erken yaşta başladığını saptamışlardır. Obsesif kompulsif belirtileri olan grupta hastaların daha sonraki yıllarda diğerlerine göre iki kat daha fazla zamanı hastanede geçirdiklerini görmüşlerdir.<sup>79</sup> Psikotik özellikler gösteren bu hastaların psikotik belirtisi olmayan OKB hastalarıyla karşılaştırıldığında çoğunlukla erkek ve bekar oldukları ve kötü gidiş gösterdikleri belirlenmiştir. Klinik gidiş açısından OKB'de psikotik belirtilerin kronik özellikte olduğu ya da ara ara ortaya çıkabildiği görülebilmektedir.<sup>79</sup>

Eisen ve Rasmussen, 475 OKB tanılı hastayı incelemişler ve bunların %14'ünde OKB'ye ek olarak psikotik belirtiler olduğunu saptamışlardır. Bu hastaları daha ayrıntılı olarak incelediklerinde ise psikotik belirtilerin farklılık gösterdiğini, hastaların 4 ayrı grupta toplandıklarını görmüşlerdir. Bu gruplar; İçgörüsü olmayan OKB (%6), OKB ve Şizofreni birarada (%4), OKB ve sanrısız bozukluk birarada (%2), OKB ve şizotipal kişilik bozukluğu birarada (%3).<sup>80</sup>

Sağaltıma dirençli OKB olgularında psikoz sınırının nerede başladığını iyi ayırtılabilmek açısından dikkatli bir klinik gözlem ve sağaltıma bilinçli bir yaklaşım gerekmektedir.

#### **2.3.2.4. Kişilik Bozukluklarında Psikotik Belirtiler**

Kişilik bozuklukları kişiler arası ilişki problemlerine yol açması, tedavide direnç oluşturmaları gibi özellikler taşır. Kişilik bozukluklarında birey kendi içinde yaşadığı karmaşık süreçleri çevresini kendisine uydurarak düzenlemeye çalıştığı için çevreyle çatışma yaşar. İçerideki sorunlu yapıyı dışarıdaki şeylerle ayakta tutma çabası ilişkilere olumsuz bir şekilde yansır. İç ve dış arasında kurulan kırılgan denge, travmatik bir olayla sarsıldığında psikotik belirtiler eklenip psikoza kadar gidebilen tablolar gelişebilir.

Psikiyatrik komorbiditelere sık konu olan bir gruptur. Ülkemizde ayaktan ve yatarak sağaltım gören hastalarda yapılmış bir çalışmada duygudurum bozukluğu tanımlı hastaların %51'inde, anksiyete bozukluğu tanımlı hastaların %42,7'sinde ve en yüksek oran olarak şizofreni tanımlı hastaların %62'sinde kişilik bozukluğu olduğu görölmüşür.<sup>81</sup>

Duygudurum bozukluklarında en sık görölen kişilik bozuklukları sırasıyla, kaçınan (%30,3), obsesif kompulsif (%16,7), sınır (%16,7) ve paranoid (%15,3) kişilik bozukluklarıdır. En az görölenler ise, narsisistik (%3), şizoid (%1,7) ve antisosyal (%0,9) kişilik bozukluklarıdır. Anksiyete bozukluklarında en sık görölen kişilik bozuklukları, kaçınan (%28,2), paranoid (%19) ve obsesif kompulsif (%17,5) kişilik bozukluklarıdır. En az görölenler ise, histriyonik (%1,5), narsisistik (%0,8), bağımlı (%0,08), şizoid, şizotipal ve antisosyal kişilik bozukluklarıdır. Psikotik bozukluklarda en sık görölen kişilik bozuklukları, sırasıyla, kaçınan (%32,2), paranoid (%30,5), sınır (%25,4) ve şizotipal (%18,6) kişilik bozukluklarıdır. En az görölenler ise, histriyonik, narsisistik ve antisosyal kişilik bozukluklarıdır.<sup>81</sup>

#### **2.4.PSİKOTİK BELİRTİLİ OLMAYAN RUHSAL BOZUKLUKLAR**

Psikotik belirtili olmayan ruhsal bozukluklar, gerçeği değerdendirmenin bozulmadan bir kişinin hissetme, düşünme veya davranma şeklini etkileyen durumudur. Eskiden nevroz denilen psikotik olmayan bozukluklar arasında, depresif bozukluklar, anksiyete bozuklukları ve OKB gibi hastalıklar yer almaktadır. Genellikle psikotik olanlardan daha az şiddetlidir. Belirtiler, belirli bir bozukluğa dayanır, ancak tek başına aşırı endişe, uyku bozuklukları, konsantrasyon güçlükleri, sinirlilik, huzursuzluk, değersizlik duyguları, intihar düşünceleri, sosyal geri çekilme, enerji eksikliği, önemsiz ayrıntılara takılmak ve zorlayıcı bir şekilde davranmak şeklinde de olabilir. Sıklıkla, sevilen birinin ölümü veya yeni bir bölgeye taşınması gibi birinin hayatındaki stresli olaylar veya zamanlarla tetiklenir. Tedavi, hastalığa, işlevselliği ne düzeyde etkilediği ve nasıl etkilediğine bağılı olarak değışir. Tedavide daha çok farmakoterapi ve psikoterapiler kullanılır.<sup>82</sup>

Psikotik belirtili olmayan ruhsal bozukluklar son dönemde uzlaşma sağlanamayan bir meseledir.

Epidemiyolojik araştırmalar, psikozun klasik belirtileri olan halüsinasyonların ve sanrıların popölasyonda gerçek psikotik bozukluktan çok daha yaygın olduğunu göstermiştir. Bu semptomlar özellikle çocukluk ve ergenlikte yaygın olmakla birlikte ergenlikte olan psikotik semptomların erişkinlikte psikotik bozukluk riskini arttırdığını göstermiştir. Ergenlerde yapılmış bir çalışmada çoğu psikotik semptomu olan bireylerin aslında tanısız anlamda en az bir psikotik olmayan bir ruhsal bozukluğunun olduğunu göstermiştir. Psikotik semptomlar, uzun vadede psikotik olmayan psikopatolojik bozukluklar, özellikle de birden fazla eşlik eden tanı ile karakterize ciddi psikopatoloji için önemli göstergelerdir ve bu konuda dikkatli olunmalıdır.<sup>83</sup>

Nasrallah farklı bir görüş öne sürerek; psikotik olmayan psikiyatrik bozuklukların temel klinik semptomlarına göre psikoz olarak nitelendirilebileceğini belirtmiştir. Depresyonun temel belirtilerinden olan değersizlik ve umutsuzluk duygularının aslında gerçekte olan çarpıklığı ve kendilerine, dünyaya ve geleceğe tamamen yanlış bakan bir kişi olarak tanımlandığını ve aslında psikotik belirtilerin sadece boyutsal olarak farklı bir bakış açısının olduğunu belirtmiştir. Aynı zamanda bu durumu bazı antipsikotik ilaç tedavilerinin antidepresanlara eklenmesi ile tedavinin güçlenmiş olduğunu, bazı psikotik olmayan depresyonların atlanmış psikotik depresyon olabileceği üzerinde durmuştur. OKB hastalarının saatlerce yaptıkları ritüelleri birer yanlış inanç olarak nitelendirmiştir. Asla uçağa binmeyen, bir köprüden geçerken ya da bir tünelden düşmeyeceğine inanamayan anksiyete bozukluğu hastalarının gerçeği değerlendirme yetilerinin bir miktar bozulmuş olabileceği üzerinde durmuştur. Anoreksiya nervoza, beden dismorfik bozukluğu olan bireylerin de gerçeği çarpıttığı, kendilik algılarının bozulmuş olabileceğini öne sürmüştür.<sup>84</sup>

Doğru bakım ve destekleyici bir ortam ile insanlar genellikle çoğu psikotik olmayan ruhsal bozuklukların üstesinden gelebilir ve dolu, üretken bir yaşam sürdürebilirler. Erken tedavi tüm hastalıklarda olduğu gibi burada da etkili olacaktır.

## 2.5.RUHSAL BOZUKLUKLARDA SAĞALTIM

### 2.5.1.Ruhsal Bozukluklarda Sağaltımında Genel İlkeler

Ruhsal hastalıklar birden fazla etkenli süreçlerden kaynaklanmaktadır. Dolayısıyla insanın biyopsikososyal bir bütünlük içinde ele alınması gerekmektedir. Hem psikofarmakolojik tedavilerle, hem de beyindeki çeşitli döngüleri etkileyerek bilişsel, duygusal, davranışsal değişikliklere yok açan psikoterapilerle, hem de etkinlikleri kanıtlanmış beyin uyarım yöntemleri ile çok yönlü olarak ele almak gerekmektedir.<sup>2</sup>Psikofarmakolojik tedaviler ve psikoterapiler birbirlerinin etkisini güçlendirmektedir.<sup>85</sup>

Hastalık başlangıcından sağaltımın başlangıcına kadar geçen sürenin uzaması hastalığın prognozunu iyi etkilemez. İlk olarak psikotik bozukluklarda görülen bu durumun duygudurum, anksiyete, yeme bozuklukları, ve madde kullanım bozuklukları için de geçerli olduğuna dair kanıtlar giderek artmaktadır. Bazı öngörüler oluştuktan sonra ivedilikle hastaya yaklaşım gerekmektedir.<sup>86</sup>

Ruhsal hastalıklarda sağaltıma başlamadan evvel hastanın ruhsal yönleri ve fiziksel hastalıkları bütüncül olarak değerlendirilmelidir. Ağır ve acil durumlarda kesin tanı konmadan önce de hastayı yatıştırıcı önlemler zorunlu olabilir. Sağaltıma başlamadan evvel hedeflenen belirtilerin şiddetini ölçebilmek, yapılan sağaltımın süreç içinde etkisini değerlendirebilmek için hastalığa özgü değerlendirme ölçeklerinden faydalanılabilir. Sağaltıma verilen yanıtı değerlendirmek için hastalığın premorbiditesini iyi bilmek, buna uygun olarak tedaviyi yönlendirmek büyük katkı sağlayabilir.<sup>2</sup>

Sağaltımda hangi yol izlenirse izlensin, olumlu hasta hekim ilişkisi zorunludur. İyi bir hasta hekim ilişkisi hem psikoterapilerin, hem de psikofarmakolojik yöntemlerin etkinliğini arttırdığı bilinmektedir. Hekimin yanında tüm sağaltım ekibini oluşturan psikolog, hemşire, sosyal hizmet uzmanı, diyetisyen, uğraşı terapistleri, hasta bakıcılar, sekreterin olumsuz tutum ve davranışları hasta hekim ilişkisini bozabilir. Hekim birlikte çalıştığı kişilere örnek olmalı, gerektiğinde onlara rehberlik ve eğitim vermelidir. Bunların yanında çalışma ortamının düzeni, temizliği, teknolojik olanakları, eğitim

düzeyi, danışma ve iletişim olanaklarının kolaylığı hasta hekim ilişkisi yanında, tanı ve sağıltım yöntemlerini etkileyen faktörlerdendir.<sup>2</sup>

Hekim hangi sağıltım yöntemlerini uygularsa uygulasin sadece hastalık dönemleri ile başa çıkmaz. Hastalığın yinelenmesini önlemek, süregenleştirici etkenleri kaldırmaya, azaltmaya ve hastanın toplum içindeki uyumunu sağılamaya yönelik tutumlarda da bulunmaktadır.<sup>2</sup>

Bir sağıltım yöntemi izlenmeden önce hastanın biyopsikososyal çerçeve içinde iyi değerlendirilmesi ve bir ön tanı konulması zorunludur. İzlem ile bu ön tanı kesin tanıya dönüşür. İlk muayenede öncelikle hasta ile alınacak ilk önlemlerin neler olduğuna karar verilmelidir. Fiziksel hastalıklar, yaşamsal sorunlar, hastanın kendisine ya da başkalarına zarar verme olasılıkları değerlendirilmelidir. Hastanın ayaktan ya da yatarak sağıltımının uygunluğu değerlendirilmelidir. Akut ve acil problemler öncelikle giderilmeye çalışılsa da uzun süreli sağıltım planı da öngörülebilmelidir. Bu sağıltım planının duruma göre, hastanın yarar görmemesine göre değiştirilebileceği unutulmamalı ve hasta bu yönde bilgilendirilmelidir.<sup>2</sup>

Ülkemizde hastalar çok sık hekim değıştirme, ayaktan takibi bırakma, sağıltım devam etmekte iken taburcu olmaktadır. Hastanın uyumunu bozan pek çok faktör olmakla birlikte başlıcaları, hasta ve ailesinin kısa sürede iyileşme beklentileri, hekimin hasta ve ailesini yeterince bilgilendirmemesi, tıp eğitiminin yetersizlikleri, ekonomik etkenler, hastalığın türü, dinsel büyüsel inançlar ve bu inançlara dayanan hekimlik dışı uygulamalarla hastanın sağıltımını kesmesi sayılabilmektedir. Bu gibi durumlarda hekim yargılayıcı bir tutum içinde olmamalı, açıklayıcı, eğitici tutum sergilemelidir.<sup>2</sup>

Sağıltım yöntemine karar verildiğinde hasta ve ailesine bu yöntemin ne olduğu, ne kadar süreceğı, etki süresi, yan etkileri ve riskleri açıklanmalıdır.

Ruhsal bozuklukların tedavisinde psikoterapiler, psikofarmakolojik tedaviler ve beyin uyarım yöntemleri kullanılmaktadır. Kısaca bu sağıltım yöntemlerinin kendilerine özgü temel ilkelerine değinilecektir.

### 2.5.2.Psikoterapiler

Psikoterapiler; düşünce, duygu ve davranışları, konuşma, ilişki kurma yolları ile etkileyerek değiştirme ve iyileştirme demektir. Telkin ve ikna yöntemleri, rehberlik, eğitim ve kişiyi değiştirme yolları psikoterapinin kapsamına girebilir. Hekimlikte kullanılan psikoterapi denince çağdaş ruh hekimliği ve ruh bilim bilgilerine dayanan, ruhsal bozukluğun iyileşmesi için hasta ile olumlu bir ilişki içinde özel teknikleri kullanan bir takım uygulamalar anlaşılmaktadır.<sup>1,2</sup>

Son yıllardaki çalışmalar beyindeki değişebilirliği araştıran beyin plastikliği ile ilgili çalışmalar psikoterapi etkinliğini tıpkı ilaç tedavileri gibi beyin döngülerini değiştirerek gösterdiği sonucuna varmışlardır. Bu değişim beyin görüntüleme çalışmaları ile desteklenmektedir. Beyin üzerindeki bu etkiler epigenetik düzeneklerle de açıklanmaktadır. Olumlu ya da olumsuz çevresel etkenlerin ya da yaşantıların bazı sessiz genlerin açılımını sağlayarak ya da sessiz kalmış bazı genleri etkinleştirerek duygu, düşünce ve davranış değişikliklerine yol açtığını gösteren sayısız hayvan çalışması ve daha az sayıda insan çalışması vardır. Psikoterapilerin ilaçlarla birlikte kullanılmalarının güçlendirici etkilerine ilişkin kanıtlar da giderek artmaktadır. Örneğin çökkünlük sağaltımında tek başına ilaçlarla düzelmeyen hastaların ilaçlara eklenen bilişsel davranışçı terapiden fayda gördüklerine dair çalışmalar vardır. Özellikle erken yaşlarda travması olan çocukların ileriki yaşlarda geçirdikleri çökkünlüklerin sağaltımında bu etkinin daha güçlü olduğu gösterilmiştir.<sup>85-87</sup> Literatürde ayrıca farmakoterapilerin relapsı engellediği ancak psikoterapiler kadar kişilerarası işlevsellikte ve ilişkilerde etkin olmadığı; her ikisinin kombinasyonunun ise tedavide daha etkili olacağı belirtilmiştir.<sup>88</sup>

### 2.5.3.Psikofarmakolojik Tedaviler

Eski çağlardan beri çeşitli bitki ve maddelerden elde edilen karışımlar hastalıklara karşı ilaç olarak kullanıldığı gibi alkol, tütün, afyon, esrar, kokain, peyote gibi psikoaktif maddeler de insan davranışlarını etkilemek, ağrı kesici etkisi sağlamak, zevk vermek amacı ile kullanılmıştır.<sup>1,2</sup>

Çağdaş anlamda psikofarmakoloji 20. yy.'ın ikinci yarısında başlamış, hızla gelişmiştir. 19. yy. sonlarından bu döneme kadar ruhsal bozuklukların sağaltımında

daha çok afyon türevleri, bromürler, kloral hidrat, paraldehit, barbitüratlar kullanılmıştır. Avustralya’da Cade’in 1949’da lityum’u kullanması, 1950’de Fransa’da Deniker ve Delay’in klorpromazini denemesi ile başlayan psikofarmakoloji ruh hekimliğinde önemli adımlardır. Bunlar gibi etkin tedavi yöntemleri ile hastanede yatış süreleri kısalmış, zorunlu yatışlar azalmıştır.<sup>1,2,14</sup>

20. yy’ın ikinci yarısında psikofarmakoloji bir yandan klinik psikiyatride geniş uygulama alanı bulurken, bir yandan da temel bilimlerde öncelikle beyin biyokimyası, fizyolojisi alanında büyük gelişmelere yol açmıştır. Halen bu alan ile alakalı uygulama ve araştırmalar devamlılık göstermektedir.<sup>1,2,14</sup>

#### **2.5.4.Beyin Uyarım Yöntemleri**

Dördüncü basamağa dirençli depresyon olgularında ilk önerilen tedavi yöntemi elektrokonvülsif tedavidir (EKT)’dir. Transkranyal Manyetik Uyarım (TMU), Vagal Sinir Uyarımı (VSU) gibi diğer somatik tedavi yöntemleri ise dirençli vakalarda deneysel niteliktedir.<sup>89</sup>

### **2.6.RUHSAL BOZUKLUKLARDA HASTANE YATIŞLARININ YATIŞ ENDİKASYONLARI VE GENEL ÖZELLİKLERİ**

#### **2.6.1.Ruhsal Bozukluklarda Yatış Endikasyonları**

Bir psikiyatri hastasını hastaneye yatırma kararı genellikle bir tartışma kaynağıdır. Eskiden, tartışmanın odağı, hastanın özgürlük hakkı ve bireysel mutluluk arayışı ile toplumun hasta üzerindeki baskısıydı. Tartışma henüz çözülme de, son gelişmeler eski argümanlara yeni bir boyut kazandırdı. Sağlık hizmetlerinin yüksek maliyetleri, hastaneye yatış kriterlerini yeniden gözden geçirmeyi doğurdu. Ruh sağlığı bakımı uygulayıcıları ve yöneticileri, ayırt edici olmayan psikiyatrik yatak kullanımını en aza indirmenin her zamankinden daha önemli olduğu konusunda hemfikir olmaya başladılar. Psikiyatride hastaneye yatış kararının hasta, hastalığının seyri, hastanın sosyal çevresi ve toplumu koruma ve tedavi sağlama sorumluluğunu taşıyan toplumun elemanları arasındaki karmaşık bir etkileşimden kaynaklandığını gösterdiler. Çoğu durumda, hastaneye yatışı haklı gösterecek birden fazla faktör vardır; bireyin sosyal matrisindeki çoklu faktörlerin, klinisyenlerin hastayı hastaneye yatırmaya karar vermeden önce göz önünde bulundurması gerekir.<sup>90</sup>Hastaneye yatma kararı sadece

hastanın semptomlarına, teşhisine veya sıkıntı derecesine dayanmaz, aynı zamanda bir dizi davranışsal, ailevi, sosyal ve durumsal değişkenlik içerir.<sup>91-93</sup>

Çok az sayıda psikiyatrik ders kitabının, psikiyatri hastanesinde yatış endikasyonlarını belirleme konusunda deneyimleri vardır. Tabii ki, genel gözetim için istisnalar vardır<sup>94,95</sup>. Başkaları tarafından önerilen, ancak ders kitaplarına dahil edilmeyen ölçütler de vardır. Örneğin, Warner<sup>96,97</sup> psikiyatristlerin kullanması için bir derecelendirme sistemi önerdi. Sistemin amacı, zorunlu hastaneye yatışın gerekli olup olmadığını belirlemek için toplumdaki ruh sağlığı hastalarını değerlendirmektir. Warner, hastaneye yatış için, her biri yoğunluk bakımından sayısal olarak derecelendirilecek altı kategori önerdi. Bunlar mevcut ruhsal durum, kişisel bakım kabiliyeti, sorumlu taraflar, hastanın çevreye etkisi, hastanın tehlike potansiyeli ve tedavi prognozu idi. Kriterin hastaneye yatış lehine göreceli öneminin bir ifadesi olarak her bir kritere azami puan verilmiştir. Derecelendirme sistemi kullanılarak yapılan çalışmada, zorunlu olarak hastaneye yatırılan tüm hastalar ölçekte 10 puan ve üzeri puan almıştır; hastanede yatmayan hastaların tümü 10 puandan düşük puan almıştır. Bu yöntemle hastaneye yatma kararını vermede tek bir kriter belirlememiş gibi görünmektedir.

Luborsky<sup>98</sup>, temel amacı hastaneye yatış öngörücülerini belirlemek değil, hastanın ruhsal sağlık durumunu niceliksel olarak belirlemek için bir ölçek önermiştir. Ölçeğin üstü 100 puan ve “tam işlevsellik entegrasyonunun ideal hali” olarak ölçülüyordu. Referans noktası olarak 25 puan ya da altında puan alan hasta, “açık bir şekilde kendi kendine işlevini yerine getiremiyor” ve “bir terapistten destek almadığı sürece hastaneye yatış ihtiyacı vardır” şeklinde yorumlanıyordu. Luborsky'nin ölçeği yaygın olarak uygulanmıştır, ancak hastanede yatış kriterleri çok genel bulunup eleştirilmiştir.<sup>99</sup>

Mendel ve Green<sup>100</sup>, hastaneye yatış için 17 endikasyondan bahsetmiştir. Mendel'in pozitif endikasyonlarının iki örneği, hastanın ayakta tedavi edici bir ilişki sürdürememesi ve hastanın kaygısının tedavisi için terapötik tutulma ihtiyacı olmuştur. Puanlama sistemi yok idi, endikasyonlardan birinin hastaneye yatışı haklı çıkarmaya yetecek kadar etkili olduğu düşünülüyordu.

1969'da GAP (Group for the Advancement of Psychiatry)<sup>101</sup> “psikiyatri hastanesinin kapsamlı psikiyatrik tedavi süresince hayati rolünü” vurgulamak için bir

rapor hazırladı. GAP'ın amacı, psikiyatrik hastaneye yatışın ancak diğer kaynaklar tükendikten sonra gerçekleşmesi gerektiği görüşüne karşı çıkmaktı. Raporda, psikiyatri hastanesinin tanı ve tedavi işlevlerinin, hasta, aile ve toplumla ilgilenmeye yetkin olarak sunduğunu vurguladı. Hastanede yatış endikasyonları daha sonra tanısal amaçlı hastanede yatıştan terapötik amaçlar için ayrılan iki bölümlü bir listede belirlendi. Herhangi bir derecelendirme sistemi veya endikasyonların ölçümü raporda belirlenmedi.

Son olarak, Hanson ve Babigian <sup>102</sup>, psikiyatri hastanesine yatış için endikasyonların listesini değiştirdi. Hanson ve Babigian, daha önce yayınlanmış endikasyonları özel bir eğitim hastanesinin acil servisinde görülen tüm psikiyatri hastaları için daha uygulanabilir hale getirmek istedi. Çabaları, yedi endikasyonun olduğu bir listesi ile sonuçlandı.

Henisz, Etkin ve Levine'nin önerdiği hastaneye yatış kriterleri, Whittington <sup>103</sup> tarafından önerilen bir dizi deneysel kritere dayanıyordu. Whittington'ın ölçeğinin amacı, bir hastanın hastaneye yatış veya konsültasyon gereksinimini değerlendirmede nispeten deneyimsiz klinisyene de yardım sağlamak idi. Ölçek, kontrol listesi şeklindeydi ve hastanın davranışı, ruhsal durumu ve fiziksel durumu ile klinisyenin hastanın durumu ile ilgili endişesi hakkında birkaç soru içermekte idi.

Henisz, Etkin ve Levine Connecticut Ruh Sağlığı Merkezinde yapmış oldukları kalite değerlendirmesi çalışmasında Whittington'ın ölçeğini kullanmışlardır. Değerlendirme için, psikiyatrik bakımı normatif kriterlere göre değerlendiren 32 sayfalık bir kontrol listesi oluşturulmuştur. Whittington ölçeği de bu listeye kısmen değiştirilerek eklenmiştir. İlk 8 madde aynı şekilde alınmış, 9. maddedeki “rehabilitasyon gerektiren” tanımı merkezin sadece kısa süreli tedavi sunması sebebiyle “yatış gerektiren” olarak değiştirilmiştir. “Hastanın ailesi veya hastanede yatış yapmaksızın tedavi edilmesinde bir sakınca olup olmadığının varlığı” sorusuna, hastanın durumunun aileye bir yükü olup olmadığını anlamak için “Yoksa hastanın düzensizliği, aile veya çevresindekilerin iyiliği için uzaklaştırılması ve hastaneye yatırılması gereken zorluklar yaratır mı?” sorusu eklenmiştir.

Henisz, Etkin ve Levine'in Whittington ölçeğindeki son değişiklik eklenen 12. maddedir. Bu maddenin dahil edilmesi, zaman zaman hastaları ayırıcı tanı

değerlendirmeleri için hastaneye yatıran Connecticut Ruh Sağlığı Merkezi'ni yansıtmaktadır. Ek olarak, bazı hastalar alkolden detoksifikasyon için, bazıları ise diğer ilaçlardan detoksifikasyon için veya narkotik bir antagonisti içeren bir tedavi programının başlatılması için hastaneye yatırılır. Ayrıca, merkez tanıları bilinen fakat akut gelişmiş problemleri olan ve mevcut durumlarını değerlendirmek ve ilaç rejimlerini stabilize etmek için hastaneye yatması gereken hastaları kabul etmektedir.<sup>90</sup>

Hasta yatış endikasyonlarını belirleyen durumlar kabaca aşağıdaki gibi özetlenebilir; 90,96,97,99,100,102,103

- 1-Hastanın kendine ya da çevresindekilere karşı potansiyel tehlike oluşturması.
- 2-Hastanın gerçeği değerlendirme yetisindeki eksiklik.
- 3-Hastanın durumunun destekleyici önlemlere karşı hızla kötüye gitmesi.
- 4-Hastanın tedavisi için yatışı zorunlu kılan nörolojik, psikotik ve düzensiz durumların varlığı
- 5-Hastanın sosyal yaşam çevresinde yatış yapmaksızın tedaviyi zorlaştıracak unsurların varlığı.

Psikiyatri hastasının yatışına dair kriterlerin belirlenmesi halen tartışmalı olmakla birlikte bu bölümde açıklanan endikasyonlar ruh sağlığı profesyonellerinin ortak olarak benimsedikleri kriterlerin belirleyicisi olmuştur.

Ruhsal bozukluklarda polikliniklerde muayenesi yapıp yatış endikasyonu saptanan hastalara kısa süreli "akut tedavi" hizmeti verilmektedir. Bu servisler dışında, genellikle bir psikotik bozukluğu veya mental retardasyonu olan hastaların uzun süreli tedavi ve bakımlarının yapıldığı servisler olarak "kronik servisler" yer almaktadır. Akut tedavi hizmeti verilen bazı servislerde "kapalı " ve "açık" olarak hizmet veren iki ayrı bölüm yer almaktadır. Psikotik bozukluğu olan bir hastanın yatış endikasyonu varsa genellikle kısa bir süre "kapalı" bir serviste tedavi edilmektedir.<sup>104</sup>

Genel olarak bir hastanın kapalı psikiyatri servisine yatırılması için gerekli endikasyonlar şu şekilde sı - ralanabilir. Hastanın; hastalığına karşı iç görüsüz ve tedaviye uyumsuz olması , kendisine veya etrafına zarar verme riskinin bulunması, psikozuna bağlı olarak günlük etkinliklerinde belirgin bir bozulma göstermesi,

davranışlarının anormal ve kontrol edilemez olması, yaşadığı ortamın elverişsiz ve stresli olması olarak sayılabilir.<sup>104-106</sup> 74 kişilik hasta grubunun yatış endikasyonlarının incelendiği bir çalışmada % 52,7 sıklıkta etrafına, çevresindekilere zarar verme ve eksitasyondur. Yatırılan hastaların % 33,8'inde tek başına veya başka bir yatış endikasyonuna ek olarak tedaviye uyumsuzluk saptanmıştır. Hastaların % 9,5'nin özkıyım riski vardır. En sık konulan yatış tanısı % 20,3 sıklıkta Şizofreni, paranoid tip ve yine % 20,3 sıklıkta bipolar bozukluk manik ataktır. Bu tanıları Şizofreni, dağılmış tip ve Başka Türlü Adlandırılmamış Psikotik Bozukluk tanıları takip etmektedir (her ikisi de % 6,8). Yatış endikasyonu bağlamında diğer ülkelerle aramızda önemli sosyokültürel farklılıklar dikkati çekmemektedir.<sup>104</sup>

Bazı ölçütlere göre hastaneye yatırılan bir hastanın yatış süresine göre hastanede tedavi görme süresi şu şekilde sınıflandırılabilir:

1. 30 günden daha az süren yatışlar "kısa süreli yatış ",

2.30 günden daha uzun süren yatışlar "uzamış yatış"

Kısa süreli yatışlardan bir çok hasta yarar görmekte ve hastaneye yatmadan önceki işlevselliğe geri dönebilmektedir. Bu yatışlarda hedeflenen alevlenme belirtilerinin iyileştirilmesi, hastanın başa çıkma yeteneklerinin arttırılması, çevreye uyumun sağlanması, alevlenmeye neden olabilen yaşam olaylarının değerlendirilmesi, tedavi planının hazırlanması, ayaktan tedaviye uyumun sağlanmasıdır.<sup>105</sup> Kısa süreli yatışlardan yarar sağlamamış hastalar uzun süreli yatışlara gerek duyarlar. Tüm psikiyatrik hastalar içinde bu grup % 10-30 oranındadır.<sup>104</sup>

Uzamış yatış endikasyonlarını belirlemede hastanın aldığı tanı yeterli değildir. Hangi hastaların kısa süreli, hangi hastaların uzun süreli yatırılacağı konusunda endikasyonlar şu şekilde belirlenmiştir.<sup>107</sup>

1. Çevresel etkenler

a. Tedaviyi engelleyen, hastaya destek olmayan, kaotik bir aile sisteminin olması veya herhangi bir aile sisteminin olmaması .

b. Çeşitli hastane sonrası destek sistemlerinde eksikliklerin olması .

2.Tedavi ile ilgili etkenler

a. Farmakoterapi, psikoterapi, kısa süreli yatış gibi önceki tedavi girişimlerinin başarısız olması .

b. Önemli tedavi komplikasyonlarının ortaya çıkması .

c. Mesleki ve sosyal rehabilitasyona gerek duyulması .

### 3. Hastalığın şiddeti ile ilgili etkenler

a. Olağandışı şiddette ve tedavi ile kontrol altına alınamayan impulsif ve psikotik belirtilerin varlığı.

b. Israrlı ve sürekli suicidal, kendine zarar verici ve şiddet içeren davranışların varlığı ve bunların daha önceki tedavilere dirençli olması .

c. Hastalığa şiddetli bir kişilik bozukluğunun eşlik etmesi.

d. Geniş bir mesleki ve sosyal rehabilitasyon olmaksızın hastane dışında işlevselliği olmayan ve hastalıkları süregen bir seyir kazanan şizofreni hastaları .

e. Tedaviye dirençli Borderline Kişilik Bozukluğu tanısı almış olan hastalar.

Ülkemiz genelinde bu endikasyonlar arasında az ya da çok bir benzerlik olduğundan söz edebiliriz. Yukarıda bahsedilen endikasyonlar dışında hasta ve hasta yakınlarının beklentileri de hastanede yatış süresini etkileyen faktörler arasında sayılmaktadır.

### 2.6.2. Ruhsal Bozukluklarda Hastane Yatışlarının Genel Özellikleri

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastaneler ve üniversitelerde psikiyatri hastaları için ayrılmış yatak sayıları yetersiz olup, yıllık yatan hasta sayılarına ilişkin istatistikler oldukça azdır. Özellikle Anadolu kırsalı gibi uzun yıllar sağlığa ulaşılması zor olan toplumlarla ilgili verilere ulaşmak zordur.<sup>108</sup>

2017 yılı Sağlık Bakanlığı verilerine göre; psikiyatrik yatışların Türkiye'deki diğer tüm hastane yatışlarına oranı %1,2'dir. Sağlık Bakanlığı 2015 yılında tüm branşlarda ortalama kalış süresi 4,1 gün iken, aynı yıl psikiyatri hastanelerinde ortalama yatış süreleri 12,1; 2016 yılında 12,8 ; 2017 yılında 12,9 gün olarak

bulunmuştur. Bu durum psikiyatrik hastalıkların yüklerinin ağır, tedavi sürelerinin uzun olması ile açıklanabilmektedir.<sup>3,5</sup>

2017 yılı Sağlık Bakanlığının verilerine göre Türkiye'de toplam 4019 psikiyatri hastanesi yatak sayısı bulunmaktadır.<sup>109</sup> Nüfusumuza göre bu sayı, Avrupa ülkelerinin ortalamalarının altındadır.<sup>110</sup> Bununla birlikte, Sağlık Bakanlığı istatistiklerinde psikiyatri kliniklerinde yatarak tedavi gören hastaların tanı dağılımlarının % 46,5 psikotik bozukluk, % 38,3 nevrotik bozukluk, % 11,7 alkol bağımlılığı, % 3,4 madde bağımlılığı, % 2 zeka geriliği olarak bildirilmesi, bu konuda sınırlı ve güncel olmayan bir bilgi olsa da fikir vermektedir.<sup>5</sup>

Ülkemizde psikiyatri servislerinde yatan hastalar ile ilgili yapılan araştırmalarda, yatan hastaların psikiyatrik tanı oranlarının dağılımı açısından, % 27–37 sıklığında psikotik bozukluk tanılı hastalardan oluştuğu ve bu hasta grubunun ortalama bir aya yakın yatış süreleri olduğu bildirilmiştir.<sup>6,7</sup>

Çok sayıda çalışma şizofreni ve duygudurum bozukluğu hastalarının diğerlerine kıyasla daha yüksek sıklıkta yatışı olduğunu göstermiştir.<sup>8,10,11,111</sup> Bir örnek çalışmada yatmakta olan şizofreni, şizoaffektif bozukluk, depresif bozukluk ve bipolar bozukluk tanılı hastalar incelenmiştir. Sonuç olarak yapılan analizlerle madde kullanımı ve ilaç uyumsuzluğunun yüksek sıklıklı yatışlarla ilgili olduğu görülmüştür.<sup>71</sup> Yapılan çalışmalar, şizofreni için yinelemenin en önemli nedeninin ilaç uyumsuzluğu olduğunu ortaya koymuş ve şizofreni tanılı hastaların %50 oranında hastalığın herhangi bir döneminde tam ya da kısmi bir ilaç uyumsuzluğu yaşadığını göstermiştir.<sup>112</sup> İlaç uyumsuzluğu ve buna bağlı yinelemenin önlenmesinde, uzun etkili ya da depo antipsikotik formlarının kullanılmasının ilaç uyumunu arttıracak ön sürülmüştür. Ancak yapılan çalışmalar bu konuyla ilgili tutarsız sonuçlar vermiştir. İlaç uyumsuzluğu ve buna bağlı yinelemenin önlenmesinde bir diğer umut vaad eden bulgunun, şizofreni tanılı hastalarda atipik antipsikotiklerin geliştirilmesi olmuştur. Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde tipik, atipik ya da her iki grup antipsikotiğin birlikte kullanımı yönünden, uzun etkili ya da depo formda antipsikotik kullanımının olup olmadığı yönünden ve son yatışta EKT uygulanıp uygulanmaması yönünden anlamlı fark bulunmamıştır. Yeniden yatışa kadar geçen süre, tipik, atipik ya da her iki grup antipsikotiğin birlikte kullanıldığı hastalar arasında uzun etkili ya da

depo formda antipsikotik kullanan ve kullanmayan hastalar arasında ve son yatışta EKT uygulanan ve uygulanmayan hastalar arasında fark olmadığı bulunmuştur.<sup>113</sup>

## **2.7.RUHSAL BOZUKLUKLARDA TEKRARLAYAN YATIŞLAR VE DÖNER KAPI FENOMENİ**

### **2.7.1.TEKRARLAYAN YATIŞLAR**

#### **2.7.1.1.Psikotik Belirtili Bozukluklarda Tekrarlayan Yatışlar**

Psikotik belirtili bozuklukların hastalık sürelerinin ve hastanede kalış sürelerinin uzun, beraberinde getirdikleri hastalık yüklerinin ağır olması ile tekrarlayan yatışları önemli bir konudur. Yakın tarihte ülkemizde bir eğitim araştırma hastanesinde yapılmış şizofreni tanılı 292 hastanın % 17,1'inin 6 ay içinde tekrar yatışa geldiği bulunmuştur. Aynı çalışmada tekrarlayan yatış riski ailede psikoz öyküsü olanlarda 2,3 kat daha fazla olduğu görülmüştür. Tekrarlayan yatış riskinin hastalığın başlangıç yaşının küçülmesiyle arttığı görülmüştür.<sup>113</sup>

Ülkemizde yapılmış bir diğer çalışmada yıllar içinde psikotik hastaların yatış sayılarının eskisi gibi olmadığı, %16'lık bir azalma gösterdiği ve azalma eğiliminde olduğu görülmüştür.<sup>114</sup>

Hastalık tanılarının bipolar bozukluk (%31,5), şizofreni (%26,1), psikotik bozukluk (%26,1), paranoid bozukluk (%5,4) ve psikotik depresyon (%2,2) olduğu hasta grubunda %39,1'i taburculuktan sonraki ilk 6 ay içinde ilaçlarını düzenli kullanmama nedeniyle hastaneye tekrar yattığı görülmüştür. Yatış sebeplerine bakıldığında %46,7'sinin ilaç kullanmayı bıraktığı ve %32,6'sının belirtileri alevlendiği için tekrar hastaneye yattığı belirlenmiştir. Psikotik belirtilerin ağırlıkta olduğu, %42,4'ünün üç defadan daha fazla hastanede yatarak sağaltım görmüş ve yatış ortalaması  $2,93 \pm 2,54$  olarak bulunan hastalardan oluşan bu grupta, %37'sinin taburculuk sonrası kontrollere gelmediği belirlenmiştir.<sup>115</sup> Psikotik hastalarda tedaviyi bırakma, sıklıkla yeni bir alevlenme, yineleme ya da hastane yatışıyla sonuçlanmaktadır.<sup>116,117</sup> Bu sorun, hasta, aile ve toplum açısından olumsuz sonuçlar doğurmakta, yüksek maliyete ve relapsların artmasına neden olmaktadır.<sup>118,119</sup>

Ülkemizde yapılan psikotik hastaların bir yıllık süreçteki yatış sıklığının değerlendirildiği bir çalışmada, hastaların %70,4'ünün düzensiz ilaç kullandığı, %18,5'inin hiç ilaç kullanmadığı, ancak %11,1'inin tedaviye uyumlu olduğu görülmüştür. Hastaların hastaneye getiriliş nedenleri açısından ilaç uyumsuzluğunun ilk sırada yer aldığı bulunmuştur.<sup>120</sup> İlaç uyumsuzluğunun nedenleri arasında, hastanın hastalığa karşı içgörüsünün olmaması veya yetersiz olması, psikotik düzeyin psikopatolojisi, ilaç kullanımına ilişkin yaşadığı korkular, hastalığın seyri, ilaçlara bağlı ortaya çıkan yan etkiler, ilaç rejimine uymada yaşanan sorunlar, sosyal ve çevresel desteğin yetersiz olması, ekonomik güçlükler, tedaviye karşı yetersiz bilgilenme veya tedaviyi yanlış yorumlama, bölgenin ve hastanenin şartları, hastanın ve çevresinin ilaç tedavisine ve ruhsal hastalığa karşı tutumu, ilaç kullanımının toplumsal hayatta yarattığı düşünülen güçlükler, kültürel inançlar, tedavi konusunda görülen baskı, hastanın ve ailesinin hastalık ve hastalığın yönetimi konusunda yetersiz bilgilerinin olması sayılabilir.<sup>121-128</sup>

#### **2.7.1.2. Psikotik Belirtili Olmayan Hastalarda Tekrarlayan Yatışlar**

Ülkemizde yapılmış bir çalışmada hastalık tanılarının yatış sayısını etkileyip etkilemediği incelendiğinde, herhangi bir tanı grubu ile tekrarlayan yatış arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.<sup>129</sup>

Psikotik olmayan hastalıkların psikotik olanlara göre daha az tekrarlayan yatışlarının olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Genel klinik yatışlarının en sık Anksiyete Bozukluğu olduğu bir çalışmada yeniden yatışların tanı dağılımlarına bakıldığında ise en sık tekrarlayan yatışların aynı tanı grubunda olmadığı görülmüştür. En sık Kronik Psikoz (% 40,8), 2 . sıklıkta Bipolar Bozukluk (%22,4), 3. Sıklıkta ise Anksiyete bozukluğu (%17,5) olduğu görülmüştür.<sup>7</sup>

Psikotik olmayan hastalıkların daha fazla tekrarlayan yatışları olduğunu gösteren çalışmalarda vardır. Depresyonun yatan hastalarda rehabilitasyon için risk faktörü olduğunu gösteren çalışmada, depresyonun yeniden yatış oranlarını üç katına çıkardığını gösterilmiştir.<sup>12</sup> Ergenlerde yapılmış bir çalışmada ise travma sonrası stres bozukluğu tanısı yeniden hastane yatışı riskini arttıran bir faktör olarak görülmüştür.<sup>13</sup>

## 2.7.2. DÖNER KAPI FENOMENİ

### 2.7.2.1. Kurumsal Temelli Merkezlerden Toplum Temelli Merkezlere Geçiş

Ruh sağlığı hizmetlerini genel olarak kurumsal temelli ve toplum temelli modeller olarak ikiye ayırabiliriz. 20. yy'ın başından itibaren kurumsal temelde ve büyük psikiyatri hastaneleri düzeyinde sunulan ruh ve sinir hastalıklarını tedaviye yönelik akıl sağlığı hizmetleri, toplumdaki mevcut psikiyatri hastalarının yanı sıra evsizlere ve yardıma muhtaç kişilere yönelik temel barınma ve yemek hizmeti sunmuştur.<sup>130,131</sup>

Ülkemizde 20. yy.'ın başında ilk büyük kurumsal temelli “depo hastane” Bakırköy-İstanbul'da kurularak akıl hastalarının tedavisinde kurumsallaşma süreci başlatılmıştır. Bakırköy'den sonra biri Anadolu'nun batısı Manisa'ya diğeri doğusu Elazığ'a olmak üzere iki “depo hastane” daha açılmıştır. Daha sonrada biri kuzeyde Samsun'a diğeri güneyde Adana'ya olmak üzere yeni hastaneler açılmıştır. Bu depo hastaneler hastaların sağaltım göreceği kurumlar olarak düşünülmüş olsa da sonuçta hastalar, toplumdan uzakta ve insan haklarının kısmen göz ardı edildiği koşullarda yaşamaya başlamışlardır.<sup>130,131</sup>

Dünyada son otuz yılda akıl sağlığı hizmetlerinin sunumunda tercih edilen kurumsallaşma politikası başta İtalya, ABD, İngiltere ve Norveç gibi gelişmiş ülkelerde terk edilmeye başlamasının tarihsel sürecinde birden fazla faktör rol oynamıştır. Bu faktörler arasında Ortaçağ'da hastaların halkın arasından tamamen dışlanmış, yerleşim yerlerinden uzakta yaşamalarına izin verilmesinin, hatta birkaçının kötü ruhların etkisinde olduğu kabul edilip Engizisyon mahkemeleri tarafından yakılıp yok edilmesinin yeni başlayan düşünce yapısına göre uygun görülmemesi, 18. yy.'a kadar psikiyatri hastalarının şifa bulamayan hastalar olarak kabul edilmesi ve hastaların yerleşim yerlerinden uzakta inşa edilen 1500-2000 yataklı çok büyük depo hastanelerde toplanmış olması, Pinel'in, Bicêtre hastanesinde hastaları zincirlerinden kurtarıp tedavi etmeye çalışılması akıl hastaları ve akıl hastanelerine yeni bir bakış açısı getirmesi ve ‘akıl hastaları şifa bulabilir, tedavi edilebilir, insanca yaşama hakkına sahiptir ve ölüme terk edilmemelidir’ anlayışının doğması, 1950'lerde Elektrokonzulzif tedavi (EKT)'nin

ve psikotrop ilaç tedavisinin başlaması ile psikiyatride hızlı dönüşümün başlaması sayılabilir.<sup>131</sup>

Ülkemizde kurumsal temelli modelin terkedilip, toplum temelli modele geçilmesi (deinstitutionalization) 1980’de medyanın yardımıyla başlamıştır. Yatak kapasitesi ve fiziksel koşulları bakımından büyük sayılabilecek ruh ve sinir hastalıkları hastanelerinin pek çoğu kapatılmış, mevcut hastalar hastane dışındaki toplum temelli merkezlerde tedavilerine devam etmişlerdir.<sup>132-134</sup> Tam bir depo hastane görünümündeki Bakırköy’de büyük bir dönüşüm süreci başlatılmış, hastanenin fiziksel koşulları iyileştirilmiş ve hasta sayısı 4 binlerden 2 binlere düşürülmüştür. Ülkenin güney bölgesinde daha yakın tarihte ve kısmen iyileştirilmiş fiziksel koşullarla açılan Adana Dr. Ekrem Tok Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Hastanesi’nde ise kuruluşunda 500 olan yatak kapasitesi bölgedeki hasta potansiyelindeki ciddi artış ve yeni hizmet kollarının varlığına rağmen sadece 724 yatak kapasitesine arttırılmıştır.<sup>135, 136</sup> Hastaların aldığı hizmetin iyileşmesi yeni açılan şehir hastaneleri, hemen hemen her üniversite hastanesinde olan yataklı servis hizmetleri, toplum ruh sağlığı merkezleri ile daha özelleşmiş hizmet sunularak kalitelileştirilmiş olsa da çağdaş standartlar açısından çalışmalar devam etmektedir.

Kurumsallaşma modelinden vazgeçmenin kabul edilmesiyle sağlık hizmetlerinin kalitesinin arttırılması hedeflenmiş, ancak bu yöntem bazı öngörülemeyen sağlık hizmetleri problemlerini de beraberinde getirmiştir. Hastanelerin yatak kapasitelerinde azalma yatış sürelerinin kısalmasına ve yatış sayılarının artmasına sebep olmuştur. Hastanelerde yatış talebi baskısı hastaların kısa sürede taburcu edilme gerekliliklerini doğurmuştur. Bunun sonucu olarak bazı hastaların tam olarak iyileşmeden taburcu edilmesi ve hastalıkları daha ağır seyredenlerin yerlerini almalarına sebep olmuştur. Bu durum 1960’larda yüksek tekrarlayan yatış oranları olarak tanımlanabilecek ‘döner kapı fenomeni’, ‘yüksek sıklıklı kullanıcı’ ya da ‘müdavim’ terimlerini ortaya çıkarmıştır.<sup>137-</sup>

139

Döner Kapı Fenomenini tanımlamak için, yatış sayısı ve yatışlar arasındaki süreye göre değişen farklı tanımlar kullanılmıştır.

Örneğin, Roick ve arkadaşları 30 ayda üç ve üzeri yatış sayısını kabul ederken<sup>140</sup>, Botha ve arkadaşları 18 ayda üçten fazla yatış veya 12 ayda iki yatış ve klopapin tedavisi alma

veya 12 ayda iki yatış ve hastanede 120 günden fazla kalma ölçütlerinden herhangi birinin karşılanması biçiminde tanımlamıştır.<sup>141</sup> Weiden'nin sık yatış kriterine uygun olarak 18 ay içinde üç ve üzeri yatış ya da 36 ay içinde beş ve üzeri yatış sayısı olarak kabul edilmiştir.<sup>139</sup> Bobo ve arkadaşları 1 yıl içinde iki ve üzeri yatışı sık yatış olarak kabul etmiştir.<sup>142</sup>

#### **2.7.2.2.Döner Kapı Fenomeni Oluşumunda Etkili Faktörler**

Sık hastaneye yatışta kurumsallaşmadan vazgeçme sonucu olan hastaların tam olarak iyileşmeden taburcu olmalarının yanı sıra birkaç faktörün daha etken olduğu düşünülmektedir. Bunlardan biri psikotik belirtilerin eşlik etmesidir. Psikotik belirtilerin varlığı altta yatan psikiyatrik hastalığın ağırlığını ve doğal seyrini etkileyebileceği gibi, iç görü yoksunluğu ile ilaç uyumunu da bozabilir.<sup>143</sup> Bu da döner kapı hastalarının kronik ve daha ciddi psikiyatrik hastalığı olup da bugüne kadar uzun dönem hastaları olarak hastanede tutulmuş olan hastalar olduğuna işaret eder.<sup>144</sup> Diğer açıklama ise sosyal ve ekonomik konum, kültürel köken, çevresel ve ailevi desteğin olmaması, sağlık sistemindeki eksiklikler gibi, tekrar yatış oranlarını arttırdığına inanılan sosyal faktörlerle ilişkilidir.<sup>111</sup>

Birkaç araştırma saldırgan davranışlar<sup>71</sup>, uyuşturucu madde kullanımının<sup>8</sup> ve suça yönelik davranışın da sık hastaneye yatma ile bağlantılı olabileceğini bildirmiştir.<sup>144</sup>

Toplum Temelli Bakım Planlarının hiç uygulanmamış olması ya da yetersiz uygulanımı da bipolar bozukluk, şizofreni ve diğer psikoz benzeri hastalıklar gibi ağır ruhsal bozukluğu olan hastalıklarda multidisipliner yaklaşımın tam olarak sağlanamaması, psikososyal destek hizmetleri sağlamanın yetersizliği ile hastaların beceri eğitimlerini alamaması ve randevuları takip etmeyip uyumlarının bozulmasına sebep olabilir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada etkin toplum temelli bakım planlarının tekrarlayan yatış sayılarının azaltılmasında etkili olduğunu göstermiştir.<sup>145</sup>

### **2.7.2.3.Döner Kapı Fenomeni Olgularını Azaltmaya Yönelik Çalışmalar**

#### **2.7.2.3.1. Sosyodemografik Çalışmalar ve Önemi**

Hastaların sosyodemografik özellikleri ile psikiyatrik epidemiyoloji ve ruh sağlığı hizmetlerini kullanma biçimleri arasındaki ilişkinin araştırıldığı bilinmektedir. Çalışmalar belirli sosyodemografik özelliklere sahip bireylerle psikiyatrik hizmet veren kurumlara başvurma arasında ilişki olduğunu göstermiştir. Hizmeti kullanmada belirleyici olan sosyal ve demografik bilgileri sağlamanın, ruh sağlığı hizmetlerini planlama, geliştirme ve değerlendirmede önemli olduğu belirtilmektedir. Bu nedenle psikiyatrik bozuklukların etiyolojisi ve patogenezi konusunda ipuçları elde etmek ve risk gruplarını belirleyebilmek için dönemsel artan sıklıklarla daha fazla epidemiyolojik çalışmalara gereksinim vardır. <sup>146-148</sup>

On yıl boyunca ülke çapında bir grubu takip eden Kastrup tarafından yapılan araştırmada, döner kapı hastalarının genç (15-24 yaş arası), şizofreni tanısı almış, bekar veya boşanmış oldukları ifade edilmiştir. Aynı çalışmaya göre bu hastalar genelde merkezi bölgelerde evlerinden ayrılmış yalnız yaşamakta olup poliklinik kontrollerine de düzenli gelmemektedir. Kendine zarar verme öyküsü, hastalık başlangıç süresinin kısa olması, erkek cinsiyet de sık yatışlarla ilişkili bulunmuştur. <sup>149-151</sup>

Gastal, 62 yıl boyunca (1931-1993), 16.226 hastanın yatış paternlerini izlemiştir. Hastaların sadece üçte biri tekrar hastaneye yatarken, tüm yatışların yarısının tekrar yatış olduğunu kaydetmiştir. <sup>150</sup>

Ülkemizde yapılmış bir çalışmada 18 ayda üç ve üzeri yatışı olan ve 18 ayda tek yatışı olan Şizofreni tanılı hastaların sosyodemografik faktörleri incelendiğinde ; düşük eğitim düzeyi, çalışmıyor olma, temel gereksinimlerini karşılamada yetersizlik sık yatan grupta ön plana çıkan bulgular olduğu görülmüştür. <sup>151</sup>

#### **2.7.2.3.2. Klinik Verilerin Önemi**

Hastaların klinik özelliklerinin bilinmesi ve ruh sağlığı hizmetlerini kullanma biçimleri ile aralarında ilişki olabilmektedir. Çalışmalar sonucu elde edilmiş klinik

bilgilerin yol göstermesi ile belirli özelliklerin tekrarlayan yatış açısından risk oluşturduğu gözlenip daha ayrıntılı öykü alma ve riskleri öngörebilme imkanı sağlamaktadır. Hastaların ayaktan ya da yatarak sağaltımının uygunluğu belirlenebilmektedir. Yatarak sağaltım gören hastalarda tekrarlayan yatış açısından risk grupları klinik verileri ile yol gösterici olabilmektedir.

Brezilya’da yapılmış bir çalışma şizofreni, duygudurum bozukluğu ve organik olmayan psikotik bozukluklarda döner kapı fenomeni incelenmiştir. 5-24 yıl arasında 3093 hasta hastaneye ilk yatışlarında duygudurum bozukluğu ya da psikotik bozukluk tanısıyla yatırılmıştır. 4 ve üzeri yatışı olanlar döner kapı fenomeni hastası olarak tanımlanmıştır. Lojistik regresyon analizleri cinsiyet, yaş, medeni durum, yaşam koşulları, tanı, ilk yatışta ortalama kalış süresi, ilk yatış ve ikinci yatış arası geçen sürenin etkisi bakımından incelenmiştir. Döner kapı olgularının ilk yatış ve ikinci yatış arası geçen sürenin diğer olgulara göre daha kısa ve ilk yatışta kalış süresinin daha uzun olduğu görülmüştür.<sup>138</sup>

Ülkemizde yapılmış çalışmada hastalık süresinin uzunluğu, hastalık başlangıç yaşının erken olması sık yatış için risk faktörü olarak saptanmıştır. İçgöründen yoksun, acil serviste yatış kabul etmeyip saldırganlık gösteren hastaların yatış sıklıkları daha fazla görülmüştür. Tedavileri sırasında EKT uygulanımı, depo ve atipik nöroleptik kullanımı ve ilaçlara bağlı yan etki tek yatışı olan gruba göre daha yüksek bulunmuştur.

151

#### **2.7.2.3.3.Toplum Temelli Bakım Planı Uygulamalarının Önemi**

2005 yılında Helsinki’de DSÖ Avrupa Bölgesi ülkelerinin bakanlıklarının katılımı ile gerçekleştirilen toplantı sonucunda Avrupa ülkeleri için bir ruh sağlığı eylem planı açıklanmıştır. Bu eylem planının belirlenen 12 ana başlıktan ikisi “Ruh sağlığı sorunları için iyi bir birinci basamak bakımına erişimi sağlamak” ve “Ağır ruhsal hastalığı olan kişiler için toplum temelli hizmetlerle etkin bakım sunmak” olarak belirlenmiştir.<sup>152</sup>

Ülkemizde 2006 yılında açıklanan Ulusal Ruh Sağlığı Politikası metninde “Ruh sağlığı sisteminin toplum temelli olması, genel sağlık sistemine ve birinci basamağa entegre edilmesi” ve “Toplum temelli rehabilitasyon çalışmalarının yapılması” kararları

vardır.<sup>130</sup>Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi, üyesi olan ülkelerden “Herkes için Sağlık” konusunda kendi stratejilerini belirlemelerini istemiş, 2007 yılında Sağlık Bakanlığı ülkemiz için 2020 yılına kadar belirlenen sağlık hedef ve stratejilerini açıklamıştır. Ülkemizin ürettiği politikalara uygun olarak belirlediği 21 hedeften 6. hedef “Ruh Sağlığının Geliştirilmesi” ve alt başlığı da “2020 yılına kadar, halkın psiko-sosyal iyilik durumunu geliştirmek ve ruh sağlığı sorunu olan kişilerin özel bakım almalarını sağlamak” olarak belirlenmiştir.<sup>153</sup>

Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM) Yönergesi ile ülkemizin planlanan bölgelerinde Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri açılmaya başlanmıştır. <sup>154</sup>Türkiye' de Mayıs 2008' de Bolu' da ilk TRSM' nin açılmasının ardından, günümüzde bu sayı 175 TRSM' ye ulaşmıştır. Adana'da 5 TRSM aktif olarak hizmet vermektedir.<sup>155</sup>

TRSM'ler, ilgili coğrafi bölgedeki ciddi ruhsal hastalığı olan bireylerin ve ailelerin bilgilendirildiği, ayaktan tedavilerin yapıldığı ve takip edildiği, iyileştirim, ruhsal eğitim, uğraş tedavisi, grup veya bireysel tedavi gibi tedavilerin uygulandığı, böylece toplum içinde yaşama becerilerinin artırılmasını hedefleyen, psikiyatri klinikleri ile ilişki içinde çalışan ve gerektiğinde hareketli ekiple hastanın yaşadığı yerde takibini yapan birimler olarak tanımlanmıştır.<sup>156</sup>Ülkemizde Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde ruh sağlığı ekibi; psikiyatri uzmanı, psikolog, hemşire, sosyal çalışmacı, ergoterapist, uğraş terapisti ve diğer yardımcı personelden oluşmaktadır.

TRSM'lerde verilen hizmetler sayesinde hastaların içgörüsü, yaşam kalitesi, genel ve sosyal işlevselliğinin belirgin olarak arttığı, hastalık belirtilerinin ise önemli oranda azaldığı gözlenmiştir.<sup>157</sup>

‘Döner kapı fenomeni olguları’ nı azaltmaya yönelik olarak toplum temelli bakım planları uygulamaları yapılmış olan çalışmada döner kapı olgusuna uyan 18 hastanın 18 aylık izlenmesi sonunda yalnız beş yatışının olduğu, aynı hasta grubunun izleme öncesinde 18 ay süresince yatış sayısının 49 olduğu görülmüştür. Depo tedavi ve klozapin kullanım oranı değişmeden pozitif, negatif, depresif belirtiler ve sosyal işlevsellikte düzelme gerçekleşmiştir. <sup>145</sup>

Buna ek olarak, optimal ilaç tedavisi ve psikoeğitim tedavilerine karşın, birçok psikotik belirtili hastada hastalık yine nüks eder. Tekrar yatış paternlerine etki eden tüm

faktörleri kesin olarak belirlemek zor olabilmekle beraber, klinisyenlerin ve hizmet planlıyıcıların, birden fazla kere yatırılan hastaları daha ayrıntılı değerlendirmeleri gerekmektedir. Özellikle döner kapı hastalarının büyük bir bölümünü oluşturan psikotik belirti gösteren hastalıkların tanınıp, tedavi edilmesi ve uygun yöntemlerle takiplerinin yapılması gerekmektedir.



### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi, Akdeniz, Güneydoğu ve Doğu Anadolu bölgesinin önemli bir bölümüne, yaklaşık 20 milyon nüfusa üst düzeyde sağlık hizmeti vermektedir. Çukurova Üniversitesi Psikiyatri servisi erişkin kadın, erişkin erkek ve nadiren çocuk hastalar için yatış kararının ağırlıklı olarak acil servis ve poliklinikten alındığı, 30 yatak kapasitesine sahip yarı açık servis özelliği taşımaktadır. Çalışma aralığımızın yürütüldüğü 01.07.2013-30-06.2017 tarihleri arasında %87 yatak doluluk oranı ile hizmet vermiş olup son yıllarda bu oran artış göstermektedir.

#### 3.1.Verilerin Toplanması

Çalışmaya, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan onay alındıktan sonra, 01.07.2013-30-06.2017 tarihleri arasında, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri servisinde yatarak sağaltım gören tüm hastalar retrospektif olarak çalışmaya dahil edilmiş; adli rapor amaçlı başvurup, hakkında karar verilebilmesi için yatış kararı verilen 34 hasta, sağaltımı devam etmekte iken ön planda fiziksel hastalığının saptandığı ve başka servise devredilen 2 hasta çalışma dışı bırakılmıştır.

Hastaların tanıları DSM-5 ölçütlerine göre serviste çalışan psikiyatri uzmanı tarafından yapılan psikiyatrik görüşme ile konulmuştur. Tarafımızca hazırlanan Sosyodemografik Veri Formu ve hastalığın klinik özelliklerinin sorgulandığı (belirtilen tarihlerde kliniğimizde yatış sayısı, hastalık tanıları, hastalık başlangıç yaşı, hastalık süresi, özkıyım girişimi, psikotik bulgu varlığı vs.) veri formu doldurulmuştur. Yatışlar arasında hastalık tanıları değişebildiğinden hastaların tanıları çalışmaya dahil edildikleri yatış tanıları olarak kabul edilmiştir.

Çalışmada kullanılan sosyodemografik ve klinik kayıtlar tüm hastaların yatış dosyaları ve varsa poliklinik dosyaları çıkarılarak toplanmış. Dosya üzerindeki verilerle bilgisayar sistemi verileri çelişki olup olmadığı yönünde karşılaştırılmıştır.

Çalışmaya dahil edilen olgular psikotik bulgusu olan ve olmayan olarak iki gruba ayrılmıştır. Bu hastalardan oluşturulan gruplar sosyodemografik ve klinik değişkenler açısından karşılaştırılmıştır.

Çalışmada, çalışmaya dahil edildiği yatışla beraber 18 ay içinde birden fazla yatışı olan hastalar tekrarlayan yatış; 3 ve üzeri yatışı olan hastalar döner kapı fenomeni olarak kabul edilmiştir. Tekrarlayan yatışı ve döner kapı fenomeni olan olgular diğerleri ile sosyodemografik ve klinik değişkenler açısından karşılaştırılmıştır.

### **3.2. Veri toplama Araçları**

#### **3.2.1. Sosyodemografik Veri formu**

Çalışmada tarafımızca hazırlanan veri formu kullanılmıştır. Bu form kullanılarak hastaların, yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durum, çalışma durumu, yaşam biçimi, fiziksel hastalık, ailede psikiyatrik hastalık gibi sosyodemografik veriler hastaların dosyalarından, klinisyen tarafından doldurulmuştur.

İstatistiksel değerlendirmelerin kolay yapılabilmesi için bekar ve dul olan bireyler bekar; ev hanımı, emekli ve öğrenciler ise çalışmayan olarak değerlendirilmiştir. Kurum ve kuruluşlarda kalanlar aile ile yaşamadıklarını belirttiklerinden yalnız yaşayanlar grubuna dâhil edilmiştir.

#### **3.2.2. Klinik Veri Formu**

Çalışmada tarafımızca hazırlanan klinik veri formu kullanılmıştır. Klinisyen tarafından doldurulan bu form ile, hastalık başlangıç yaşı, hastalık süresi, psikotik bulgu varlığı, özkıyım girişimi öyküsü, içgörü, yatış endikasyonu, hastalık tanısı, tekrarlayan yatış varlığı, ilk yatışında hastanede kalış süresi, varsa ilk yatış ile ikinci yatış arası geçen süre, çıkış durumu, taburculuk sonrası yeniden yatışı olan grupta hastanede yatış süresi ve sayısı, taburculuk durumu, taburculuk sonrası poliklinik kontrolü süresi klinik kayıtlarının incelenmesi ile elde edilmiştir.

Bu çalışmada psikotik bulgu varlığı hastaların öykü, ruhsal muayene ve klinik izlem notlarından yapılan değerlendirme ile belirlenmiştir. Şizofreni açılımı kapsamında ve Psikozla Giden Diğer Bozukluklar dışındaki hastalıklarda psikotik bulgu olarak sanrı, varsanı, dezorganize davranış ve düşünceler, katatoni değerlendirilmiştir.

### **3.3. İstatistiksel İşlemler**

Çalışmanın istatistiksel analizleri SPSS 19.0 paket programında yapılmıştır. Nicel değişkenlere ait tanımlayıcı istatistikler ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerleriyle; nitel değişkenler frekans ve yüzde ile gösterilmiştir. Nicel değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilk testi ile incelenmiştir. Normal dağılım göstermeyen değişkenlerin 2 grup arasında karşılaştırmalarında Fisher, Yates ve Pearson ki-kare testleri kullanılmıştır. Çalışmadaki tüm istatistiksel analizlerde p değeri 0,05'in altındaki sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Çalışma grubunda eksik verinin olduğu değişkenlere ait hastalar söz konusu analizlerde değerlendirmeye alınamamıştır.

## 4. BULGULAR

### 4.1.Kliniğimizde Yatarak Sağaltım Gören Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri

Kliniğimizde 4 yıl boyunca yatarak sağaltım gören, retrospektif olarak çalışmaya alınan ve yaşları 14 ile 86 arasında değişen toplam 903 hastanın yaş ortalaması  $40,02 \pm 14,31$  dir. Hastaların 348'inin (%38,7) klinik öyküden alınan bilgilere göre psikotik bulgu taşıdığı saptanmıştır. Örneklem grubunun sosyodemografik özellikleri ele alındığında (bkz. Tablo 1), grubun çoğunluğunun kadın (% 64,5), evli (% 57,3), çocuklu (59,8), ilköğretim ve üstü düzeyde eğitim aldığı (% 91), çalışmadığı (% 76,3), kentte yaşam sürdüğü (% 93), aile ile yaşadığı (%95,7) bulunmuştur. Hastaların yaklaşık yarısının (% 49,7) sigara kullandığı, alkol kullanma sıklığının % 14,1, madde kullanım sıklığının % 5,9 olduğu belirlenmiştir. Son 3 ay içinde herhangi bir madde kullanımı olan hastalar 'madde kullanıyor' olarak kabul edilmiştir.

**Tablo 2.** Kliniğimizde Yatarak Sağaltım Gören Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ve Alışkanlıkları

|                             | n             | %    |
|-----------------------------|---------------|------|
| <b>Yaş (yıl) (Ort ± SS)</b> | 40,02 ± 14,31 |      |
| <b>Cinsiyet</b>             |               |      |
| Kadın                       | 582           | 64,5 |
| Erkek                       | 321           | 35,5 |
| <b>Medeni Durum</b>         |               |      |
| Bekar                       | 384           | 42,6 |
| Evli                        | 516           | 57,3 |
| <b>Çocuk var</b>            |               |      |
| Yok                         | 362           | 40,2 |
| Var                         | 538           | 59,8 |
| <b>Eğitim Düzeyi</b>        |               |      |
| Eğitimsiz                   | 81            | 9    |
| İlkokul                     | 389           | 43,2 |
| Lise                        | 245           | 27,2 |
| Üniversite ve Üzeri         | 185           | 20,6 |
| <b>Çalışma Durumu</b>       |               |      |
| Çalışmıyor                  | 687           | 76,3 |
| Çalışıyor                   | 213           | 23,7 |
| <b>Yaşam Şekli</b>          |               |      |
| Yalnız                      | 39            | 4,3  |
| Aile ile                    | 861           | 95,7 |
| <b>Yaşadığı Yer</b>         |               |      |
| Kırsal                      | 63            | 7    |
| Kentsel                     | 837           | 93   |
| <b>Sigara Kullanımı</b>     |               |      |
| Yok                         | 452           | 50,3 |
| Var                         | 447           | 49,7 |
| <b>Alkol Kullanımı</b>      |               |      |
| Yok                         | 772           | 85,9 |
| Var                         | 127           | 14,1 |
| <b>Madde Kullanımı</b>      |               |      |
| Yok                         | 846           | 94,1 |
| Var                         | 53            | 5,9  |

Kliniğimizde yatarak sağaltım gören hastaların genel klinik özellikleri Tablo-3’de verilmiştir. Bakıldığında 903 hastanın 686’sinin (%75,9) tek yatışı olup, tekrarlayan

yatışı olmamıştır. 217'sinin(% 24) tekrarlayan yatışı var iken; 63'ü ( %6,9) döner kapı fenomenine uyan hasta grubunu oluşturmuştur.

Hastaneye son başvurularındaki en sık temel nedenler incelendiğinde 657 kişide (%73,1) ilaca uyumsuzluk veya yanıtızsızlık, 103 kişide (%11,5) özkıyım düşüncesi, 68 kişide (%7,6) yakınlararası sosyal problemler, 36 kişide (%4) alkol ve madde kötüye kullanımı, 29 kişide (%3,2 )başkalarına zarar verici davranışlar ve 6 kişide (%0,7) tüm bu nedenler görülmüştür. Hastalığın temel yatış endikasyonları incelendiğinde; tedaviye kısmi/hiç yanıtızsızlık 574 kişide (%63,8) görülürken, 295 kişide (%32,8) akut alevlenme, 28 kişide (%3,1) genel tıbbi durumu nedeni ile yatış ve 2 kişide (%0,3) diğer sebeplerden yatış yapıldığı görülmüştür.

Yatarak sağaltım gören hasta profili incelendiğinde 348 kişide (% 38,7) psikotik özellik taşımakta olup, 570 kişide (% 63,4) hastalıklarına karşı iç görülerinin var olduğu görülmüştür.

Yatarak sağaltım gören 903 hastanın özgeçmişleri değerlendirildiğinde 554'ünün (%61,6) eşlik eden fiziksel hastalık, 257'sinin (%28,6) özkıyım girişim öyküsü olduğu ve bu özkıyım girişimlerin çoğunluğunun plansız (%85) , non-violent (% 64,7) nitelikte olduğu görülmüştür. Soygeçmiş özellikleri değerlendirildiğinde 452'sinin (%50,3) ailesinde ruhsal hastalık öyküsü olduğu, %6,2'sinin ailesinde özkıyım girişim öyküsü olduğu ve % 5,6'sının ailesindeki bu girişimlerinin ölümle sonuçlandığı görülmüştür.

Hastalık ana tanıları değerlendirildiğinde 'Depresyon Bozuklukları' ana tanısı ile sağaltım gören hasta sayısı 319 (%35,3)'dur. Bununla beraber 164 kişide (%18,2) 'Şizofreni ve psikoz ile giden diğer bozukluklar', 161 kişide (%17,8) 'Bipolar ve ilişkili bozukluklar', 60 kişide (%6,6) 'Obsesif kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluklar', 61 kişide (6,8) 'Bedensel belirti bozuklukları ve ilişkili bozukluklar', 39 kişide (%4,3) 'Madde kullanımı ve ilişkili bozukluklar', 35 kişide (%3,8) 'Anksiyete bozuklukları', 9 kişide (%1) 'Disosiyasyon bozuklukları' görülürken diğer ana tanı görülme oranları Tablo 2'de ayrıntılı olarak görülmektedir.

Sağaltım gören hastaların 195'inin (%21,6) ek psikiyatrik komorbiditesinin olduğu görülmüştür. En sık görülen psikiyatrik komorbiditelerinin sırasıyla 53 hastada (%5,8)

‘Kişilik bozuklukları’, 44 hastada (%4,8) ‘Depresyon bozuklukları’, 28 hastada (%3,1) ‘Anksiyete bozuklukları’ ve 28 hastada (%3,1) ‘Bedensel belirti bozuklukları ve ilişkili bozukluklar’ ve ‘Diğer’ olarak görülmüştür. Ek psikiyatrik komorbiditesi olan 195 hastanın 14’ünün (%7,2) ikinci ek psikiyatrik komorbiditesi de olduğu görülmüştür.

Kliniğimizde aile ve kendisinin imzalı onam vermesi durumunda hastalar kendi istekleri ile taburcu olabilmektedir. Kendi isteğiyle ya da doktor önerisiyle taburcu olmuş olanları ayırdetmeksizin klinik bulgularında gerileme olma oranına göre çıkış durumları belirlenmektedir. Çalışmamızda hastaların %82,8’i kısmi/tam düzelme ile taburcu olurken 152 kişi (%17,2) haliyle taburcu olmuşlardır (Tablo-3).



**Tablo 3.**Kliniğimizde Yatarak Sağaltım Gören Hastaların Klinik Özellikleri

|                                                          | n   | %    |
|----------------------------------------------------------|-----|------|
| <b>Yatış Sayısı</b>                                      |     |      |
| 1 Yatış                                                  | 686 | 75,9 |
| 2 Yatış                                                  | 154 | 17   |
| 3 ve Üzeri Yatış                                         | 63  | 6,9  |
| <b>Hastaneye Son Başvurudaki Temel Nedeni</b>            |     |      |
| İlaça Yanıtsızlık / Uyumsuzluk                           | 657 | 73,1 |
| Özkıyım düşüncesi                                        | 103 | 11,5 |
| Yakınlar Arası Sosyal Problemler                         | 68  | 7,6  |
| Alkol ve Madde Kötüye Kullanımı                          | 36  | 4    |
| Başkalarına Zarar Verici Davranışlar                     | 29  | 3,2  |
| Hepsi                                                    | 6   | 0,7  |
| <b>Hastaneye Son Başvurudaki Temel Yatış Endikasyonu</b> |     |      |
| Tedaviye Yanıtsızlık (Kısmi/Hiç)                         | 574 | 63,8 |
| Akut Alevlenme                                           | 295 | 32,8 |
| Genel Tıbbi Durumu Nedeni İle                            | 28  | 3,1  |
| Diğer                                                    | 2   | 0,3  |
| <b>Psikotik Bulgu</b>                                    |     |      |
| Yok                                                      | 551 | 61,3 |
| Var                                                      | 348 | 38,7 |
| <b>İç Görüşü</b>                                         |     |      |
| Yok                                                      | 329 | 36,6 |
| Var                                                      | 570 | 63,4 |
| <b>Eşlik Eden Fiziksel Hastalık Öyküsü</b>               |     |      |
| Yok                                                      | 345 | 38,4 |
| Var                                                      | 554 | 61,6 |
| <b>Kendisinde Özkıyım Girişim</b>                        |     |      |
| Yok                                                      | 642 | 71,4 |
| Var                                                      | 257 | 28,6 |
| <b>Kendisinde Özkıyım Girişim Planlılığı</b>             |     |      |
| Plansız                                                  | 216 | 85   |
| Planlı                                                   | 38  | 15   |
| <b>Kendisinde Özkıyım Girişim Niteliği</b>               |     |      |
| Violent                                                  | 90  | 35,3 |
| Non Violent                                              | 165 | 64,7 |
| <b>Ailede Ruhsal Hastalık Öyküsü</b>                     |     |      |
| Yok                                                      | 447 | 49,7 |
| Var                                                      | 452 | 50,3 |
| <b>Ailede Özkıyım Girişim Öyküsü</b>                     |     |      |
| Yok                                                      | 843 | 93,8 |
| Var                                                      | 56  | 6,2  |

|                                                                           |     |      |
|---------------------------------------------------------------------------|-----|------|
| <b>Ailede Özkıyım Girişim Sonrası Ölüm</b>                                |     |      |
| Yok                                                                       | 849 | 94,4 |
| Var                                                                       | 50  | 5,6  |
| <b>Hastalık Ana Tanısı</b>                                                |     |      |
| Tanı yok                                                                  | 16  | 1,8  |
| Depresyon Bozuklukları                                                    | 319 | 35,3 |
| Kişilik Bozuklukları                                                      | 6   | 0,7  |
| Yıkıcı Bozukluklar Dürtü Denetimi ve Davranım Bozuklukları                | 6   | 0,7  |
| Travma ve Stresörle İlişkili Bozukluklar                                  | 6   | 0,7  |
| Nörogelişimsel Bozukluklar                                                | 7   | 0,8  |
| Nörobilişsel Bozukluklar                                                  | 4   | 0,4  |
| Kalıcı Komplike Yas Reaksiyonu                                            | 2   | 0,2  |
| Bedensel Belirti Bozuklukları ve İlişkili Bozukluklar                     | 61  | 6,8  |
| Bipolar ve İlişkili Bozukluklar                                           | 161 | 17,8 |
| Şizofreni ve Psikoz ile Giden Diğer Bozukluklar                           | 164 | 18,2 |
| Anksiyete Bozuklukları                                                    | 35  | 3,8  |
| OKB ve İlişkili Bozukluklar                                               | 60  | 6,6  |
| Disosiyasyon Bozuklukları                                                 | 9   | 1    |
| Madde ve İlişkili Bozukluklar ve bağımlılık Bozuklukları                  | 39  | 4,3  |
| Beslenme Ve Yeme Bozuklukları                                             | 8   | 0,9  |
| <b>Hastalık Ek Tanısı</b>                                                 |     |      |
| Yok                                                                       | 708 | 78,4 |
| Depresyon Bozuklukları                                                    | 44  | 4,87 |
| Kişilik Bozuklukları                                                      | 53  | 5,87 |
| Nörogelişimsel Bozukluklar                                                | 1   | 0,11 |
| Nörobilişsel Bozukluklar                                                  | 3   | 0,33 |
| Kalıcı Komplike Yas Reaksiyonu                                            | 2   | 0,22 |
| Anksiyete Bozuklukları                                                    | 28  | 3,10 |
| İlaçların Yol Açtığı Devinim Bozuklukları ve İlaçların Diğer Yan Etkileri | 1   | 0,11 |
| Cinsel İşlev Bozuklukları                                                 | 1   | 0,11 |
| Bedensel Belirti Bozuklukları ve İlişkili Bozukluklar                     | 28  | 3,10 |
| Bipolar ve İlişkili Bozukluklar                                           | 1   | 0,11 |
| Şizofreni ve Psikoz ile Giden Diğer Bozukluklar                           | 8   | 0,89 |
| OKB ve İlişkili Bozukluklar                                               | 13  | 1,44 |
| Disosiyasyon Bozuklukları                                                 | 9   | 1,00 |
| Madde ve İlişkili Bozukluklar ve bağımlılık Bozuklukları                  | 3   | 0,33 |
| <b>Hastalık 2. Ek Tanısı</b>                                              |     |      |
| Yok                                                                       | 873 | 98,4 |
| Var                                                                       | 14  | 1,6  |
| <b>Çıkış Durumu</b>                                                       |     |      |
| Haliyle                                                                   | 152 | 17,2 |

|                |     |      |
|----------------|-----|------|
| Kısmi Düzeltme | 351 | 39,6 |
| Tam Düzeltme   | 383 | 43,2 |

#### **4.2. Psikotik Bulgusu Olan ve Olmayan Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ve Klinik Verilerinin Karşılaştırılması**

Örneklem grubu; psikotik bulgu varlığı esas alınarak, psikotik bulgusu olan ve olmayanlar olmak üzere ikiye ayrılmıştır. Tablo-4'te psikotik bulgusu olanlar ve olmayan gruplar arasında sosyodemografik değişkenler ve alışkanlıkları karşılaştırılmıştır. Psikotik bulgusu olanlarla olmayanlar arasında yaş ( $p<0,001$ ), cinsiyet ( $p<0,001$ ), medeni durum ( $p<0,001$ ), eğitim düzeyi ( $p<0,001$ ), çocuk varlığı ( $p<0,001$ ) açısından anlamlı farklılık bulunmuştur. Psikotik bulgusu olanlar daha genç hastalardır. Erkeklerde psikotik bulgu görülme oranı %50,6 iken bu oran kadınlarda %32,1'dir. Bekarların %53,8'inde psikotik bulgu varken bu oran evlilerde %27,4 olarak bulunmuştur. Lise ve üzeri eğitim seviyesine sahip hastaların psikotik bulguya sahip olma oranlarının daha düşük eğitim seviyelerine sahip hastalara göre fazla olduğu görülmüştür. Psikotik bulgusu olmayanlarda çocuk varlığı yüksek bulunmuştur. Yaşam şekli, yaşadığı yer, çalışma durumu açısından gruplar arasında anlamlı farklılık görülmemiştir. Hastaların sigara, alkol ve madde kullanımı alışkanlıklarının psikotik bulgu ile ilişkisi incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmemiştir.

**Tablo 4.** Psikotik Bulgusu Olan ve Olmayan Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre ve Alışkanlıklarına Göre Karşılaştırılması

| Değişkenler                        | Psikotik Bulgusu Olanlar<br>n | Psikotik Bulgusu Olmayanlar<br>n | p                |
|------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|------------------|
| <b>Yaş (Ortalama ± Std. Sapma)</b> | 35,64 ± 13,55                 | 42,78 ± 14,10                    | <b>&lt;0,001</b> |
| <b>Cinsiyet</b>                    |                               |                                  |                  |
| Kadın                              | 186 (%32,1 )                  | 393 (%67,9 )                     | <b>&lt;0,001</b> |
| Erkek                              | 162 (%50,6 )                  | 158 (%49,4 )                     |                  |
| <b>Medeni Durum</b>                |                               |                                  |                  |
| Bekar                              | 207 (%53,8)                   | 177 (%46,2)                      | <b>&lt;0,001</b> |
| Evli                               | 141 (%27,4)                   | 374 (%72,6)                      |                  |
| <b>Eğitim Düzeyi</b>               |                               |                                  |                  |
| Eğitimsiz                          | 21 (%25,9)                    | 60 (%74,1)                       | <b>&lt;0,001</b> |
| İlköğretim                         | 120 (%30,9)                   | 268 (%69,1)                      |                  |
| Lise                               | 116 (%47,3)                   | 129 (%52,7)                      |                  |
| Üniversite ve Üzeri                | 91 (%49,2)                    | 94 (%50,8)                       |                  |
| <b>Çocuk varlığı</b>               |                               |                                  |                  |
| Yok                                | 203 (%56,1)                   | 159 (%43,9)                      | <b>&lt;0,001</b> |
| Var                                | 145 (%27,0)                   | 392(%73,0)                       |                  |
| <b>Yaşam Şekli</b>                 |                               |                                  |                  |
| Yalnız                             | 20 (%51,3)                    | 19 (%48,7)                       | 0,139            |
| Aile                               | 328 (%38,1)                   | 532 (%61,9)                      |                  |
| <b>Yaşadığı yer</b>                |                               |                                  |                  |
| Kırsal                             | 26 (%41,3)                    | 37 (%58,7)                       | 0,665            |
| Kentsel                            | 322 (%38,5)                   | 514 (%61,5)                      |                  |
| <b>Çalışma Durumu Açısından</b>    |                               |                                  |                  |
| Çalışmıyor                         | 269 (%39,2)                   | 417 (%60,8)                      | 0,578            |
| Çalışıyor                          | 79 (%37,1)                    | 134 (%62,9)                      |                  |
| <b>Sigara Kullanımı</b>            |                               |                                  |                  |
| Var                                | 159(%35,7)                    | 287 (%64,3 )                     | 0,058            |
| Yok                                | 189 (%41,8 )                  | 263 (%58,2 )                     |                  |
| <b>Alkol Kullanımı</b>             |                               |                                  |                  |
| Var                                | 40 (%31,5 )                   | 87 (%68,5 )                      | 0,070            |
| Yok                                | 308 (%39,9 )                  | 463 (%60,1 )                     |                  |
| <b>Madde Kullanımı</b>             |                               |                                  |                  |
| Yok                                | 330 (%39,1)                   | 515(%60,9)                       | 0,553            |
| Var                                | 18 (%34,0)                    | 35 (%66,0)                       |                  |

Psikotik bulgusu olan ve olmayan hastaların yatış sayılarına göre karşılaştırılması Tablo-5'te verilmiştir.

Psikotik bulgusu olan hasta grubuna bakıldığında 18 ay içinde yatış sayısı ortalaması  $1,33 \pm 0,79$  (min:1, max:8), psikotik bulgusu olmayan hasta grubunda ise yatış sayısı ortalaması  $1,33 \pm 0,67$  (min:1, max:4) bulunmuştur.

Psikotik bulgusu olanlar ile olmayanlar arasında ardışık 18 ay içinde yatış sayısı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. ( $p=0,726$ ) (Tablo-5) Ardışık 18 ay içinde tek yatışı olan 269 hastanın (%39,4) psikotik bulgusu vardır. 413 hastanın (%60,6) psikotik bulgusu bulunmamaktadır. 2 yatışı olan hastalardan psikotik bulgusu olan hasta sayısı 56 (%36,4), olmayan hasta sayısı 98 (%63,6) olarak görülmüştür. 3 ve üzeri yatışı olan hastaların 23'ünün (%36,5) psikotik bulgusu vardır, 40 hastanın (63,5) psikotik bulgusu yoktur olarak bulunmuştur.

**Tablo 5.** Psikotik Bulgusu olan ve Olmayan Hastaların Yatış Sayılarına Göre Karşılaştırılması

| Değişkenler                                                 | Psikotik Bulgusu Olanlar          | Psikotik Bulgusu Olmayanlar       | P            |
|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|--------------|
| <b>18 Ay içindeki Yatış Sayısı(Ort <math>\pm</math> SS)</b> | <b><math>1,33 \pm 0,79</math></b> | <b><math>1,34 \pm 0,67</math></b> | <b>0,826</b> |
| 1 Yatış                                                     | 269 (%39,4)                       | 413 (%60,6)                       | 0,726        |
| 2 Yatış                                                     | 56 (%36,4)                        | 98 (%63,6)                        |              |
| 3 ve Üzeri Yatış                                            | 23 (%36,5)                        | 40 (%63,5)                        |              |

Psikotik bulgusu olan ve olmayan hastaların klinik özelliklerinin karşılaştırılması Tablo-6'te verilmiştir.

Özgeçmiş ve Soygeçmiş özellikleri incelendiğinde; psikotik bulgusu olan hastalarda eşlik eden fiziksel hastalık öykü oranı, psikotik bulgusu olmayanlara göre anlamlı derecede yüksektir ( $p=0,002$ ). Kendisinde özkıyım girişim öyküsü, ailede ruhsal hastalık öyküsü, ailede özkıyım girişim öyküsü, ailede özkıyım girişim sonrası ölüm varlığı ele alındığında psikotik bulgusu olanlar ve olmayan gruplar arasında anlamlı farklılık görülmemiştir ( $p$  değerleri sırasıyla 0,991; 0,820; 0,454 ve 0,488).

Psikotik bulgusu olanlarla olmayanların hastalık başlangıç yaşları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ( $p<0,001$ ). Psikotik bulgusu olmayanların hastalık başlangıç yaşı daha yüksektir. Psikotik bulgusu olanlarla olmayanların hastalık süreleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ( $p=0,013$ ). Psikotik bulgusu olmayanların hastalık süresi daha uzundur.

Psikotik bulgusu olanlarla olmayanlar hastaneye son başvuru nedenleri bakımından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p<0,001$ ). Bakıldığında; psikotik bulgusu olanlarda alkol ve madde kötüye kullanım oranı %0,06 iken bu oran psikotik bulgusu olmayanlarda %6,2 olarak bulunmuştur. Bununla beraber başkalarına zarar verici davranış oranı psikotik bulgusu olanlar %6,6 iken psikotik bulgusu olmayanlar %1,1 olarak bulunmuştur .

Psikotik bulgusu olanlarla olmayanlar hastaneye son başvurusundaki temel yatış endikasyonları bakımından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p<0,001$ ). Bakıldığında; psikotik bulgusu olanlarda tedaviye yanıtızsızlık %53,6 iken bu oran psikotik bulgusu olmayanlarda %70,2. Benzer şekilde psikotik bulgusu olanlarda akut alevlenme %41,2 iken bu oran psikotik bulgusu olmayanlarda %27,2 olarak bulunmuştur.

İç görü açısından karşılaştırıldığında psikotik bulgusu olmayan grupta iç görü varlığının anlamlı olarak yüksek olduğu görülmüştür( $p<0,001$ ).

Psikotik bulgusu olan ve olmayan grup karşılaştırıldığında ilk yatışta hastaların ortalama kalış süresi açısından psikotik bulgu özelliği taşıyanların ortalama kalış sürelerinin anlamlı olarak yüksek olduğu görülmüştür ( $p<0,001$ ). İlk yatış ve ikinci yatış arasındaki sürenin psikotik bulgu varlığı açısından anlamlı olmadığı görülmüştür. Ardışık 18 ay içerisinde hastanede yatış süresinin psikotik bulgusu olanlarda anlamlı olarak yüksek olduğu görülmüştür ( $p=0,007$ ).

Psikotik bulgusu olan ve olmayanlarda ilk yatışlarında EKT uygulanıp uygulanmaması arasında anlamlı farklılık görülmemiştir( $p= 0,763$ ).

Hastaların çıkış durumları açısından psikotik bulgusu olanlar ile olmayanlar arasında anlamlı fark görülmemektedir.( $p=0,181$ )

Hastaların taburculuk sonrasında poliklinik kontrolüne sıklıkla 1 ay içinde geldiği görülmekle birlikte psikotik bulgu varlığının ya da yokluğunun geliş süreleri açısından anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür. ( $p=0,794$ )

**Tablo 6.** Psikotik Bulgusu olan ve Olmayan Hastaların Klinik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

| Değişkenler                                              | Psikotik Bulgusu Olanlar<br>n | Psikotik Bulgusu Olmayanlar<br>n | P                |
|----------------------------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|------------------|
| <b>Eşlik Eden Fiziksel Hastalık Öyküsü</b>               |                               |                                  |                  |
| Yok                                                      | 155 (%45,1)                   | 189 (%54,9)                      | <b>0,002</b>     |
| Var                                                      | 192 (%34,7)                   | 362 (%65,3)                      |                  |
| <b>Kendisinde Özkıyım Girişimi</b>                       |                               |                                  |                  |
| Yok                                                      | 248 (%38,6)                   | 394 (%61,4)                      | 0,991            |
| Var                                                      | 99 (%38,7)                    | 157 (%61,3)                      |                  |
| <b>Ailede Ruhsal Hastalık Öyküsü</b>                     |                               |                                  |                  |
| Yok                                                      | 174 (%39,0)                   | 272 (%61,0)                      | 0,820            |
| Var                                                      | 173 (%38,3)                   | 279 (%61,7)                      |                  |
| <b>Ailede Özkıyım Girişim Öyküsü</b>                     |                               |                                  |                  |
| Yok                                                      | 328 (%39)                     | 514 (%61,0)                      | 0,454            |
| Var                                                      | 19 (%33,9)                    | 37 (%66,1)                       |                  |
| <b>Ailede Özkıyım Girişim Sonrası Ölüm</b>               |                               |                                  |                  |
| Yok                                                      | 330 (%38,9)                   | 518 (%61,1)                      | 0,488            |
| Var                                                      | 17 (%34,0)                    | 33 (%66,0)                       |                  |
| <b>Hastalık Başlangıç Yaşı</b>                           | 21 (1 - 79)                   | 28 (2,50 - 74,00)                | <b>&lt;0,001</b> |
| <b>Hastalık Süresi</b>                                   | 9 (1 - 51)                    | 10 (1 - 50)                      | <b>0,013</b>     |
| <b>Hastaneye Son Başvurudaki Temel Nedeni</b>            |                               |                                  |                  |
| İlaça Yanıtsızlık / Uyumsuzluk                           | 269 (%77,5)                   | 387 (%70,2)                      | <b>&lt;0,001</b> |
| Özkıyım Düşüncesi                                        | 33 (%9,5)                     | 70 (%12,7)                       |                  |
| Yakınlar Arası Sosyal Problemler                         | 20 (%5,8)                     | 48 (%8,7)                        |                  |
| Alkol ve Madde Kötüye Kullanımı                          | 2 (%0,06)                     | 34 (%6,2)                        |                  |
| Başkalarına Zarar Verici Davranışlar                     | 23 (%6,6)                     | 6 (%1,1)                         |                  |
| Hepsi                                                    | 0 (%0)                        | 6 (%1,1)                         |                  |
| <b>Hastaneye Son Başvurudaki Temel Yatış Endikasyonu</b> |                               |                                  |                  |
| Tedaviye Yanıtsızlık (Kısmi/Hiç)                         | 186 (%53,6)                   | 387 (%70,2)                      | <b>&lt;0,001</b> |
| Akut Alevlenme                                           | 145 (%41,2)                   | 150 (%27,2)                      |                  |
| Genel Tıbbi Durumu Nedeni İle                            | 15 (%4,3)                     | 13 (%2,4)                        |                  |
| Diğer                                                    | 1 (%0,90)                     | 1 (%0,2)                         |                  |
| <b>İçgörüsü</b>                                          |                               |                                  |                  |
| Yok                                                      | 235 (%71,4)                   | 94 (%28,6)                       | <b>&lt;0,001</b> |
| Var                                                      | 112 (%19,7)                   | 457 (%80,3)                      |                  |
| <b>İlk Yatışındaki Ortalama Kalış Süresi</b>             | 25,9 ± 14,5(1,80 - 115,50)    | 23,0±17,7 (1,1 – 115,5)          | <b>0,008</b>     |
| <b>İlk Yatış ile İkinci Yatış Arası Geçen Süre (Gün)</b> | 187 (1,00 - 1040)             | 183 (4 - 1010)                   | 0,274            |

|                                                              |                          |                         |              |
|--------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------|
| <b>Ardışık 18 Ay İçerisinde Hastanede Yatış Süresi (gün)</b> | 34,4±26,5 (1,80 - 190,9) | 30,9±24 (1,10 - 153,80) | <b>0,047</b> |
| <b>1.Yatışta EKT uygulaması</b>                              |                          |                         |              |
| Yok                                                          | 51(%65,4)                | 94(%68,1)               | 0,763        |
| Var                                                          | 27(%34,6)                | 44(%31,9)               |              |
| <b>Çıkış Durumu</b>                                          |                          |                         |              |
| Haliyle                                                      | 63 (%41,4)               | 89 (%58,6)              | 0,181        |
| Kısmi Düzelmeye                                              | 145 (%41,3)              | 206 (%58,7)             |              |
| Tam Düzelmeye                                                | 135 (%35,2)              | 248 (%64,8)             |              |
| <b>Taburculuk Sonrası Poliklinik Kontrolü</b>                |                          |                         |              |
| 0-1 Ay                                                       | 266 (%39,3)              | 411 (%60,7)             | 0,794        |
| 1-6 Ay                                                       | 59 (%36,4)               | 103 (%63,6)             |              |
| 6 Ay Ve Üzeri                                                | 23 (%38,3)               | 37 (%61,7)              |              |

Psikotik bulgusu olan grupta en yüksek oranda ‘Şizofreni ve Psikoz ile giden diğer bozukluklar’ görülürken, 2. Sırayı ‘Bipolar ve ilişkili bozukluklar’, 3. Sırayı ‘Depresyon bozuklukları’ almıştır. Psikotik bulgusu olmayan grupta en yüksek oranda ‘Depresyon bozuklukları’ görülürken, 2. Sırada ‘Bipolar ve ilişkili bozukluklar’, 3. Sırada ‘Bedensel belirti bozuklukları ve ilişkili bozukluklar’ yer almaktadır. Diğer tanı grupları dahil olmak üzere hasta sayıları ve oranları ile Tablo 7’de verilmiştir.

Hastalıklarında psikotik bulgu özelliği taşıyan grubun çoğunluğunun(%60,6) eş zamanlı olarak ek psikiyatrik komorbiditesinin de olduğu görülmüştür. Hastalıklarında psikotik bulgu özelliği taşımayan grubun çoğunluğunun(%60,6) ise ek psikiyatrik komorbiditesinin olmadığı görülmüştür. Psikotik bulgu özelliği taşıyan ve taşımayan grupta ise ek psikiyatrik komorbidite açısından farklılık göstermediği ve en yüksek oranda ‘Depresyon bozukluğu’ ve ‘Kişilik bozukluğu’ tanılarının olduğu görülmüştür.(bkz. Tablo 7)

Ana tanılarına göre Bipolar ve İlişkili Bozukluklar, Depresyon Bozuklukları, OKB ve İlişkili Bozuklukları olan hastalar psikotik olan ve olmayan olarak ayrılıp tekrarlayan yatış sayısı(sırasıyla p=0,671, p=0,710, p=0,0174), ilk yatışlarında ortalama kalış süresi(p= 0,547, p=0,068, p=0,155), 18 ay içinde ortalama yatış süresi(p=0,180, p=0,110, ,p=0,221) açısından anlamlı farklılık görülmemiştir.

**Tablo 7.** Psikotik Bulgusu olan ve Olmayan Hastaların Hastalık Ana ve Ek Tanılarına Göre Karşılaştırılması

|                                                                           | <b>Psikotik Bulgusu Olanlar</b> | <b>Psikotik Bulgusu Olmayanlar</b> | <b>p</b> |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|----------|
| <b>Hastalık Ana Tanısı</b>                                                |                                 |                                    |          |
| Depresyon Bozuklukları                                                    | 50 (%15,7)                      | 269(%84,3)                         | N/A      |
| Kişilik Bozuklukları                                                      | 1 (%16,7)                       | 5 (%83,3)                          |          |
| Yıkıcı Bozukluklar Dürtü Denetimi ve Davranım Bozuklukları                | 1 (%16,7)                       | 5 (%83,3)                          |          |
| Travma ve Stresörle İlişkili Bozukluklar                                  | 2 (%33,3)                       | 4 (%66,7)                          |          |
| Nörogelişimsel Bozukluklar                                                | 6 (%85,7)                       | 1 (%14,3)                          |          |
| Nörobilişsel Bozukluklar                                                  | 3 (%75,0)                       | 1 (%25)                            |          |
| Kalıcı Komplike Yas Reaksiyonu                                            | 0 (%0)                          | 2 (%100)                           |          |
| Bedensel Belirti Bozuklukları ve İlişkili Bozukluklar                     | 7 (%11,5)                       | 54 (%88,5)                         |          |
| Bipolar ve İlişkili Bozukluklar                                           | 85 (%52,8)                      | 76 (%47,3)                         |          |
| Şizofreni ve Psikoz ile Giden Diğer Bozukluklar                           | 159 (%97,0)                     | 5 (%3)                             |          |
| Anksiyete Bozuklukları                                                    | 3 (%8,6)                        | 32 (%91,4)                         |          |
| OKB ve İlişkili Bozukluklar                                               | 14 (%23,3)                      | 46 (%76,7)                         |          |
| Disosiyasyon Bozuklukları                                                 | 6 (%66,7)                       | 3 (%33,3)                          |          |
| Madde ve İlişkili Bozukluklar ve bağımlılık Bozuklukları                  | 5 (%12,8)                       | 34 (%87,2)                         |          |
| Beslenme Ve Yeme Bozuklukları                                             | 1 (%12,5)                       | 7 (%87,5)                          |          |
| <b>Hastalık Ek Tanısı</b>                                                 |                                 |                                    | N/A      |
| Yok                                                                       | 271 (%39,4)                     | 417 (%60,6)                        |          |
| Depresyon Bozukluklukları                                                 | 17 (%38,6)                      | 27 (%61,4)                         |          |
| Kişilik Bozuklukları                                                      | 17 (%32,1)                      | 36 (%67,9)                         |          |
| Nörogelişimsel Bozukluklar                                                | 0 (%0)                          | 1 (%100)                           |          |
| Nörobilişsel Bozukluklar                                                  | 0 (%0)                          | 3 (%100)                           |          |
| Kalıcı Komplike Yas Reaksiyonu                                            | 1 (%50,0)                       | 1 (%50)                            |          |
| Anksiyete Bozuklukları                                                    | 6 (%21,4)                       | 22 (%78,6)                         |          |
| İlaçların Yol Açtığı Devinim Bozuklukları ve İlaçların Diğer Yan Etkileri | 1 (%100)                        | 0 (%0)                             |          |
| Cinsel İşlev Bozuklukları                                                 | 1 (%100)                        | 0 (%0)                             |          |
| Bedensel Belirti Bozuklukları ve İlişkili Bozukluklar                     | 14 (%50)                        | 14 (%50)                           |          |
| Bipolar ve İlişkili Bozukluklar                                           | 0(%0)                           | 1 (%100)                           |          |
| Şizofreni ve Psikoz ile Giden Diğer Bozukluklar                           | 3 (%37,5)                       | 5 (%62,5)                          |          |
| OKB ve İlişkili Bozukluklar                                               | 8 (%61,5)                       | 5 (%38,5)                          |          |
| Disosiyasyon Bozuklukları                                                 | 5 (%55,6)                       | 4 (%44,4)                          |          |
| Madde ve İlişkili Bozukluklar ve bağımlılık Bozuklukları                  | 0 (%0)                          | 3 (%100)                           |          |

#### 4.3. Tek Yatışı Olan ve Tekrarlayan Yatışı Olan Hastaların Yatış Süreleri Açısından Karşılaştırılması

Tek yatışı olan ve tekrarlayan yatışı olan hasta gruplarında yatış süreleri açısından aralarında anlamlı farklılık görülmemiştir ( $p=0,477$ ) (Tablo-8).

**Tablo 8.** Tek Yatışı Olan Ve Tekrarlayan Yatışı Olan Hastaların Yatış Süreleri Açısından Karşılaştırılması

|                                                            | Tek Yatış<br>n  | Tekrarlayan Yatış<br>n | p     |
|------------------------------------------------------------|-----------------|------------------------|-------|
| <b>Yatış Süresi (Ortalama <math>\pm</math> Std. Sapma)</b> | 23,8 $\pm$ 14,1 | 24,5 $\pm$ 11,4        | 0,477 |

#### 4.4. Tekrarlayan Yatışı Olan Psikotik Olan Ve Psikotik Olmayan Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ve Klinik Verilerinin Karşılaştırılması

Tekrarlayan yatışı olan 217 hasta, psikotik olan ve olmayan olmak üzere ikiye ayrılmıştır. Bu gruplar Tablo-9’da sosyodemografik değişkenler ve alışkanlıkları açısından karşılaştırılmıştır. Psikotik bulgusu olanlarla olmayanlar arasında yaş ( $p=0,000$ ), cinsiyet ( $p=0,002$ ), medeni durum ( $p=0,000$ ), eğitim düzeyi ( $p=0,001$ ), çocuk varlığı ( $p=0,000$ ) açısından anlamlı farklılık görülmüştür. Tekrarlayan yatışı olan hastalar arasında psikotik bulgusu olanlar daha genç hastalardır. Tekrarlayan yatışı olan erkeklerde psikotik bulgu oranı %51,4 iken bu oran kadınlarda %29,3’tür. Tekrarlayan yatışı olan bekarların % 53,2’sinde psikotik bulgu varken bu oran evlilerde % 23,6 olarak bulunmuştur. Psikotik bulgusu olan hastaların eğitim düzeylerinde lise ve üzeri düzeyin daha yüksek olduğu görülmüştür. Psikotik bulgusu olan grup daha düşük oranda çocuk varlığına sahiptir. Yaşam şekli, yaşadığı yer, çalışma durumu açısından gruplar arasında anlamlı farklılık görülmemiştir. Tekrarlayan yatışı olan hastaların sigara, alkol ve madde kullanımı alışkanlıklarının psikotik bulgu ile ilişkisi incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmemiştir.

**Tablo 9.** Tekrarlayan Yatışı Olan Hasta Grubunda Psikotik Olan Ve Olmayanların Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin ve Alışkanlıklarının Karşılaştırılması

| Değişkenler                        | Psikotik Bulgusu Olmayan<br>n | Psikotik Bulgusu Olan<br>n | p            |
|------------------------------------|-------------------------------|----------------------------|--------------|
| <b>Yaş (Ortalama ± Std. Sapma)</b> | 44,5±15,2                     | 35,9±12,4                  | <b>0,000</b> |
| <b>Cinsiyet</b>                    |                               |                            |              |
| Kadın                              | 104(%70,7)                    | 43(%29,3)                  | <b>0,002</b> |
| Erkek                              | 34(%48,6)                     | 36(%51,4)                  |              |
| <b>Medeni Durum</b>                |                               |                            |              |
| Bekar                              | 44(%46,8)                     | 50(%53,2)                  | <b>0,000</b> |
| Evli                               | 94(%76,4)                     | 29(%23,6)                  |              |
| <b>Eğitim Düzeyi</b>               |                               |                            |              |
| Eğitimsiz                          | 26(%92,9)                     | 2(%7,1)                    | <b>0,001</b> |
| İlköğretim                         | 58(%66,7)                     | 29(%33,3)                  |              |
| Lise                               | 32(%56,1)                     | 25(%43,9)                  |              |
| Üniversite ve Üzeri                | 22(%48,9)                     | 23(%51,1)                  |              |
| <b>Çocuk varlığı</b>               |                               |                            |              |
| Yok                                | 42(%48,3)                     | 45(%51,7)                  | <b>0,000</b> |
| Var                                | 96(%73,8)                     | 34(%26,2)                  |              |
| <b>Yaşam Şekli</b>                 |                               |                            |              |
| Yalnız                             | 4(%80)                        | 1(%20)                     | 0,441        |
| Aile                               | 134(%63,2)                    | 78(%36,8)                  |              |
| <b>Yaşadığı Yer</b>                |                               |                            |              |
| Kırsal                             | 12(%70,6)                     | 5(%29,4)                   | 0,532        |
| Kentsel                            | 126(%63)                      | 74(%37)                    |              |
| <b>Çalışma Durumu Açısından</b>    |                               |                            |              |
| Çalışmıyor                         | 107(%62,2)                    | 65(%37,8)                  | 0,407        |
| Çalışıyor                          | 31(%68,9)                     | 14(%31,1)                  |              |
| <b>Sigara Kullanımı</b>            |                               |                            |              |
| Var                                | 73(%64)                       | 41(%36)                    | 0,887        |
| Yok                                | 65(%63,1)                     | 38(%36,9)                  |              |
| <b>Alkol Kullanımı</b>             |                               |                            |              |
| Var                                | 24(%70,6)                     | 10(%29,4)                  | 0,356        |
| Yok                                | 114(%62,3)                    | 69(%37,7)                  |              |
| <b>Madde Kullanımı</b>             |                               |                            |              |
| Yok                                | 128(%63,1)                    | 75(%36,9)                  | 0,529        |
| Var                                | 10(%71,4)                     | 4(%28,6)                   |              |

Tekrarlayan yatışı olan psikotik olan ve psikotik olmayan hasta grubu klinik değişkenler açısından Tablo-10'da incelenmiştir. 18 ay içinde toplam yatış süre ortalamaları açısından anlamlı farklılık görülmemiştir( $p=0,645$ ).

Hastaların özgeçmiş ve soygeçmiş özellikleri incelendiğinde, eşlik eden fiziksel hastalık öyküsü varlığı, özkıyım girişim öyküsü, ailede ruhsal hastalık öyküsü, ailede özkıyım girişim öyküsü, ailede özkıyım girişim sonrası ölüm varlığı ele alındığında gruplar arasında anlamlı farklılık görülmemiştir (p değerleri sırasıyla 0,115; 0,307; 0,418; 0,777 ve 0,764).

Psikotik bulgusu olan ve olmayanlar hastalık başlangıç yaşı bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ( $p=0,000$ ). Tekrarlayan yatışı olup psikotik bulgusu olanların hastalık başlangıç yaşı daha düşüktür. Tekrarlayan yatışı olup psikotik bulgusu olanlarla olmayanların hastalık süreleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılıkları yoktur. ( $p=0,233$ ).

Tekrarlayan yatışı olan, psikotik bulgusu olanlarla olmayanlar hastaneye son başvuru nedenleri bakımından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p=0,009$ ). Bakıldığında; psikotik bulgusu olan ve olmayan grupta en fazla hastaneye son başvuru nedenleri ilaca yanıtızlık/uyumsuzluk olmuştur. Psikotik bulgusu olmayan grup özkıyım düşüncesi, yakınlararası sosyal problemler, alkol ve madde kullanımı sebebiyle anlamlı olarak daha yüksek oranda hastane başvuruları olmuştur. Psikotik olan grup ise başkalarına zarar verici davranış nedeniyle anlamlı olarak daha yüksek oranda hastaneye başvurmuştur. Hastaneye son başvurusundaki temel yatış endikasyonları bakımından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p=0,062$ ). Bakıldığında; psikotik bulgusu olanlarda en sık hastaneye son başvurudaki temel yatış endikasyonu tedaviye yanıtızlık iken, psikotik bulgusu olmayanlarda akut alevlenme görülmüştür.

Tekrarlayan yatışı olan hastalarda iç görü açısından karşılaştırıldığında psikotik bulgusu olmayan grupta iç görü varlığının anlamlı olarak yüksek olduğu görülmüştür( $p=0,000$ ).

Tekrarlayan yatışı olan hastalarda psikotik olan ve olmayan grup arasında ilk yatışta hastaların ortalama kalış süresi ( $p=0,390$ ), ilk yatış ve ikinci yatış arasındaki süre ( $p=0,488$ ), 18 ay içinde yatış süresi ( $p=0,290$ ) ve çıkış durumları ( $p=0,892$ ) bakıldığında

anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür. Hastaların taburculuk sonrasında poliklinik kontrolüne sıklıkla 1 ay içinde geldiği görülmekle birlikte psikotik bulgu varlığının anlamlı farklılık yaratmadığı görülmüştür(p=0,743).

**Tablo 10.** Tekrarlayan Yatışı Olan Hasta Grubunda Psikotik Olan Ve Olmayanların Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması

| Değişkenler                                              | Psikotik Bulgusu Olmayan<br>n | Psikotik Bulgusu Olan<br>n | P            |
|----------------------------------------------------------|-------------------------------|----------------------------|--------------|
| <b>Yatış Süresi (Ortalama ± Std. Sapma)</b>              | 24,2±11,5                     | 24,9±11,3                  | <b>0,645</b> |
| <b>Eşlik Eden Fiziksel Hastalık Öyküsü</b>               |                               |                            |              |
| Yok                                                      | 35 (%55,6)                    | 28 (%44,4)                 | 0,115        |
| Var                                                      | 103 (%66,9)                   | 51 (%33,1)                 |              |
| <b>Kendisinde Özkıym Girişimi</b>                        |                               |                            |              |
| Yok                                                      | 95(%66)                       | 49(%34)                    | 0,307        |
| Var                                                      | 43/%58,9)                     | 30(%41,1)                  |              |
| <b>Ailede Ruhsal Hastalık Öyküsü</b>                     |                               |                            |              |
| Yok                                                      | 76 (%66,1)                    | 39 (%33,9)                 | 0,418        |
| Var                                                      | 62 (%60,8)                    | 40 (%39,2)                 |              |
| <b>Ailede Özkıym Girişim Öyküsü</b>                      |                               |                            |              |
| Yok                                                      | 126 (%63,3)                   | 73 (%36,7)                 | 0,777        |
| Var                                                      | 12 (%66,7)                    | 6 (%33,3)                  |              |
| <b>Ailede Özkıym Girişim Sonrası Ölüm</b>                |                               |                            |              |
| Yok                                                      | 129 (%63,9)                   | 73 (%36,1)                 | 0,764        |
| Var                                                      | 9 (%60)                       | 6 (%40)                    |              |
| <b>Hastalık Başlangıç Yaşı</b>                           | 29,8±14,2                     | 22,8±9,4                   | <b>0,000</b> |
| <b>Hastalık Süresi</b>                                   | 14,7±10,4                     | 13±9,1                     | 0,233        |
| <b>Hastaneye Son Başvurudaki Temel Nedeni</b>            |                               |                            |              |
| İlaça Yanıtsızlık / Uyumsuzluk                           | 101 (%62,3)                   | 61 (%37,7)                 | <b>0,009</b> |
| Özkıym Düşüncesi                                         | 14 (%56)                      | 11 (%44)                   |              |
| Yakınlar Arası Sosyal Problemler                         | 14 (%82,4)                    | 3 (%17,6)                  |              |
| Alkol ve Madde Kötüye Kullanımı                          | 7 (%100)                      | 0 (%)                      |              |
| Başkalarına Zarar Verici Davranışlar                     | 0 (%)                         | 4 (%100)                   |              |
| Hepsi                                                    | 2 (%100)                      | 0 (%)                      |              |
| <b>Hastaneye Son Başvurudaki Temel Yatış Endikasyonu</b> |                               |                            |              |
| Tedaviye Yanıtsızlık                                     | 83 (%69,2)                    | 37 (%30,8)                 | 0,062        |
| Akut Alevlenme                                           | 50 (%54,9)                    | 41 (%45,1)                 |              |
| Genel Tıbbi Durumu Nedeni İle                            | 5(%83,3)                      | 1 (%16,7)                  |              |
| Diğer                                                    | -                             | -                          |              |
| <b>İçgörüsü</b>                                          |                               |                            |              |

|                                                              |             |             |              |
|--------------------------------------------------------------|-------------|-------------|--------------|
| Yok                                                          | 27 (%38,6)  | 43 (%61,4)  | <b>0,000</b> |
| Var                                                          | 111(%75,5)  | 36 (%24,5)  |              |
| <b>İlk Yatışındaki Ortalama Kalış Süresi</b>                 | 24±13,4     | 25,6±13,7   | 0,390        |
| <b>İlk Yatış ile İkinci Yatış Arası Geçen Süre (Gün)</b>     | 185,8±156,9 | 201,6±166,7 | 0,488        |
| <b>Ardışık 18 Ay İçerisinde Hastanede Yatış Süresi (gün)</b> | 57±29,5     | 61,9±37,4   | 0,290        |
| <b>Çıkış Durumu</b>                                          |             |             |              |
| Haliyle                                                      | 18 (%60)    | 12 (%40)    | 0,892        |
| Kısmi Düzelmeye                                              | 67 (%64,4)  | 37 (%35,6)  |              |
| Tam Düzelmeye                                                | 53 (%64,6)  | 29 (%35,4)  |              |
| <b>Taburculuk Sonrası Poliklinik Kontrolü</b>                |             |             |              |
| 0-1 Ay                                                       | 101 (%62,7) | 60 (%37,3)  | 0,743        |
| 1-6 Ay                                                       | 30 (%68,2)  | 14 (%31,8)  |              |
| 6 Ay Ve Üzeri                                                | 7 (%58,3)   | 5 (%41,7)   |              |

#### 4.5. Döner Kapı Fenomenine Uyan (Ardışık 18 Ay İçinde 3 Ve Üzeri Yatışı Olan) Psikotik Olan Ve Psikotik Olmayan Hastaların Sosyodemografik Özellikleri Ve Klinik Verilerinin Karşılaştırılması

Döner kapı fenomenine uyan 63 hasta; psikotik olan ve olmayan olmak üzere ikiye ayrılmıştır. Tablo-11’de döner kapı fenomeni olan psikotik bulgusu olanlar ve olmayan gruplar arasında sosyodemografik değişkenler ve alışkanlıkları karşılaştırılmıştır. Psikotik bulgusu olanlarla olmayanlar arasında yaş(p=0,068), cinsiyet (p=0,137), eğitim düzeyi (p=0,056), çocuk varlığı (p=0,110), yaşam şekli (p=0,365), yaşadığı yer (p=1,000), çalışma durumu (p=0,753) açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir. Döner kapı hastalarında psikotik bulgusu olan bekarların anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür(p=0,017). Döner kapı hastalarının sigara, alkol ve madde kullanımı alışkanlıklarının psikotik bulgu ile ilişkisi incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmemiştir.

**Tablo 11.** Döner Kapı Fenomenine Uyan (Ardışık 18 Ay İçinde 3 Ve Üzeri Yatışı Olan) Psikotik Olan Ve Psikotik Olmayan Hastaların Sosyodemografik Verilerinin ve Alışkanlıklarının Karşılaştırılması

| Değişkenler                        | Psikotik Bulgusu Olmayan<br>n | Psikotik Bulgusu Olan<br>n | p     |
|------------------------------------|-------------------------------|----------------------------|-------|
| <b>Yaş (Ortalama ± Std. Sapma)</b> | 45,18 ± 17,9                  | 37,13 ± 13,9               | 0,068 |
| <b>Cinsiyet</b>                    |                               |                            |       |
| Kadın                              | 33 (%68,8)                    | 15 (%31,2)                 | 0,137 |
| Erkek                              | 7 (%46,7)                     | 8 (%53,3)                  |       |
| <b>Medeni Durum</b>                |                               |                            |       |
| Bekar                              | 14 (%46,7)                    | 16 (%53,3)                 | 0,017 |
| Evli                               | 26 (%78,8)                    | 7 (%21,2)                  |       |
| <b>Eğitim Düzeyi</b>               |                               |                            |       |
| Eğitimsiz                          | 7 (%100)                      | 0 (%0)                     | 0,056 |
| İlköğretim                         | 16 (%64,0)                    | 9 (%36,0)                  |       |
| Lise                               | 10 (%58,8)                    | 7 (%41,2)                  |       |
| Üniversite ve Üzeri                | 7 (%50,0)                     | 7 (%50,0)                  |       |
| <b>Çocuk varlığı</b>               |                               |                            |       |
| Yok                                | 13 (%50,0)                    | 13 (%50,0)                 | 0,110 |
| Var                                | 27 (%73,0)                    | 10 (%27,0)                 |       |
| <b>Yaşam Şekli</b>                 |                               |                            |       |
| Yalnız                             | 0 (%0)                        | 1 (%100)                   | 0,365 |
| Aile                               | 40 (%64,5)                    | 22 (%35,5)                 |       |
| <b>Yaşadığı Yer</b>                |                               |                            |       |
| Kırsal                             | 3 (%75,0)                     | 1 (%25,0)                  | 1,000 |
| Kentsel                            | 37 (%62,7)                    | 22 (%37,3)                 |       |
| <b>Çalışma Durumu Açısından</b>    |                               |                            |       |
| Çalışmıyor                         | 31 (%62,0)                    | 19 (%38,0)                 | 0,753 |
| Çalışıyor                          | 9 (%69,2)                     | 4 (%30,8)                  |       |
| <b>Sigara Kullanımı</b>            |                               |                            |       |
| Var                                | 20 (%66,7)                    | 10 (%33,3)                 | 0,813 |
| Yok                                | 20 (%60,6)                    | 13 (%39,4)                 |       |
| <b>Alkol Kullanımı</b>             |                               |                            |       |
| Var                                | 34 (%64,2)                    | 19 (%35,8)                 | 1,000 |
| Yok                                | 6 (%60,0)                     | 4 (%40,0)                  |       |
| <b>Madde Kullanımı</b>             |                               |                            |       |
| Yok                                | 35 (%61,4)                    | 22 (%38,6)                 | 0,402 |
| Var                                | 5 (%83,3)                     | 1 (%16,7)                  |       |

Döner kapı hastalarında psikotik ve psikotik olmayan hasta grubu klinik değişkenler açısından Tablo-12’de incelenmiştir.

Döner kapı hastalarının özgeçmiş ve soygeçmiş özellikleri incelendiğinde; psikotik bulgu olan ve olmayan grupta eşlik eden fiziksel hastalık öyküsü( $p=0,311$ ), özkıyım girişimi ( $p= 0,063$ ), ailede ruhsal hastalık öyküsü( $p=0,568$ ), ailede özkıyım girişim öyküsü( $p=0,407$ ), ailede özkıyım girişim sonrası ölüm ( $p=0,402$ ) ele alındığında aralarında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık görülmemiştir.

Döner kapı hastalarında psikotik olan ve olmayanlar hastalık başlangıç yaşları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ( $p=0,001$ ). Psikotik bulgusu olanların hastalık başlangıç yaşı daha yüksektir. Psikotik bulgusu olanlarla olmayanların hastalık süreleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ( $p=0,240$ ).

Psikotik olan ve olmayanlar hastaneye son başvuru nedenleri ( $p=0,301$ ), son başvurusundaki temel yatış endikasyonları ( $p=0,092$ ) açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Her iki grup arasında en sık hastaneye son başvuru nedeninin ilaca yanıtızsızlık/uyumsuzluk olduğu dikkat çekmiştir.

İç görü açısından karşılaştırıldığında psikotik olmayan grupta iç görü varlığının anlamlı olarak yüksek olduğu görülmüştür( $p=0,011$ ).

Psikotik olan ve olmayan grup karşılaştırıldığında ilk yatışta hastaların ortalama kalış süresi açısından psikotik bulgu özelliği taşıyanların ortalama kalış sürelerinin anlamlı olarak yüksek olduğu görülmüştür ( $p=0,049$ ). Psikotik bulgusu olan ve olmayan grup arasında ilk yatış ve ikinci yatış arasında geçen süre ( $p=0,785$ ), 18 ay içinde hastanede kalış süresi ( $p=0,162$ ) ve çıkış durumları ( $p=0,745$ ) arasında anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür.

Döner kapı hastalarında da hastaların taburculuk sonrasında poliklinik kontrolüne sıklıkla 1 ay içinde geldiği görülmekle birlikte psikotik bulgu varlığının ya da yokluğunun geliş süreleri açısından anlamlı farklılık yaratmadığı görülmüştür ( $p=0,370$ ).

**Tablo 12.** Döner Kapı Fenomenine Uyan (Ardışık 18 Ay İçinde 3 Ve Üzeri Yatışı Olan) Psikotik Olan Ve Psikotik Olmayan Hastaların Klinik Verilerinin Karşılaştırılması

| Değişkenler                                                  | Psikotik Bulgusu Olmayan | Psikotik Bulgusu Olan | P            |
|--------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------|--------------|
| <b>Eşlik Eden Fiziksel Hastalık Öyküsü</b>                   |                          |                       |              |
| Yok                                                          | 11 (%78,6)               | 3 (%21,4)             | 0,311        |
| Var                                                          | 29 (%59,2)               | 20 (%40,8)            |              |
| <b>Kendisinde Özkıym Girişimi</b>                            |                          |                       |              |
| Yok                                                          | 25 (%75,8)               | 8 (%24,2)             | 0,063        |
| Var                                                          | 15 (%50,0)               | 15 (%50,0)            |              |
| <b>Ailede Ruhsal Hastalık Öyküsü</b>                         |                          |                       |              |
| Yok                                                          | 20 (%69,0)               | 9 (%31,0)             | 0,568        |
| Var                                                          | 20 (%58,8)               | 14 (%41,2)            |              |
| <b>Ailede Özkıym Girişim Öyküsü</b>                          |                          |                       |              |
| Yok                                                          | 34 (%)                   | 22 (%)                | 0,407        |
| Var                                                          | 6 (%)                    | 1 (%)                 |              |
| <b>Ailede Özkıym Girişim Sonrası Ölüm</b>                    |                          |                       |              |
| Yok                                                          | 35 (%61,4)               | 22 (%38,6)            | 0,402        |
| Var                                                          | 5 (%83,3)                | 1 (%16,7)             |              |
| <b>Hastalık Başlangıç Yaşı</b>                               | 29,50±13,8               | 23,19±9,7             | <b>0,001</b> |
| <b>Hastalık Süresi</b>                                       | 14,84±10,2               | 13,01±9,06            | 0,240        |
| <b>Hastaneye Son Başvurudaki Temel Nedeni</b>                |                          |                       |              |
| İlaça Yanıtsızlık / Uyumsuzluk                               | 31 (%64,6)               | 17 (%35,4)            | 0,301        |
| Özkıym Düşüncesi                                             | 4 (%50)                  | 4 (%50)               |              |
| Yakınlar Arası Sosyal Problemler                             | 2 (%50)                  | 2 (%50)               |              |
| Alkol ve Madde Kötüye Kullanımı                              | 3 (%100)                 | 0 (%0)                |              |
| Başkalarına Zarar Verici Davranışlar                         | -                        | -                     |              |
| Hepsi                                                        | -                        | -                     |              |
| <b>Hastaneye Son Başvurudaki Temel Yatış Endikasyonu</b>     |                          |                       |              |
| Tam Düzelme Olmadığı için                                    | 25 (%71,4)               | 10 (%28,6)            | 0,092        |
| Akut Alevlenme                                               | 13 (%50)                 | 13 (%50)              |              |
| Genel Tıbbi Durumu Nedeni İle                                | 2 (%100)                 | 0 (%0)                |              |
| Diğer                                                        | -                        | -                     |              |
| <b>İçgörüsü</b>                                              |                          |                       |              |
| Yok                                                          | 6 (%35,3)                | 11 (%64,7)            | <b>0,011</b> |
| Var                                                          | 34 (%73,9)               | 12 (%26,1)            |              |
| <b>İlk Yatışındaki Ortalama Kalış Süresi</b>                 | 21,62 ± 11,13            | 29,90 ± 18,59         | <b>0,049</b> |
| <b>İlk Yatış ile İkinci Yatış Arası Geçen Süre (Gün)</b>     | 76,12 ± 31,73            | 95,42 ± 44,3          | 0,785        |
| <b>Ardışık 18 Ay İçerisinde Hastanede Yatış Süresi (gün)</b> | 3,25 ± 0,44              | 3,57 ± 1,44           | 0,162        |
| <b>Çıkış Durumu</b>                                          |                          |                       |              |

|                                               |            |            |       |
|-----------------------------------------------|------------|------------|-------|
| Haliyle                                       | 6 (%75,0)  | 2 (%25,0)  | 0,745 |
| Kısmi Düzelmeye                               | 17 (%60,7) | 11 (%39,3) |       |
| Tam Düzelmeye                                 | 17 (%65,4) | 9 (%34,6)  |       |
| <b>Taburculuk Sonrası Poliklinik Kontrolü</b> |            |            |       |
| 0-1 Ay                                        | 32 (%62,7) | 19 (%37,3) | 0,370 |
| 1-6 Ay                                        | 7 (%77,8)  | 2 (%22,2)  |       |
| 6 Ay Ve Üzeri                                 | 1 (%33,3)  | 2 (%66,7)  |       |



## 5. TARTIŞMA

Kliniğimizde, 4 yıl boyunca 903 hasta yatarak sağaltım görmüştür. Bu hastalardan 348'i (%38,7), psikotik olan, 555'inin (%61,3) psikotik olmayan grupta olduğu görülmüştür.

903 hastanın 217'sinin (%24) tekrarlayan yatışı olmuştur. 63 hasta (% 6,9) döner kapı fenomeni hastalarını oluşturmuştur. Tekrarlayan yatışı olan 217 hastanın 79'u(%36,4) psikotik olan grupta, 138'i(% 63,6) psikotik olmayan grupta olduğu görülmüştür. Psikotik olan 348 hastanın %22,7'sinin, psikotik olmayan 555 hastanın %24,8'inin tekrarlayan yatışı olduğu görülmüştür.

Psikiyatri kliniklerinde maliyeti arttıran en önemli unsurun “döner kapı olgusu” olduğu yönünde yaygın bir kanı vardır. Bu ifade genel olarak çok sık yatış yapılan kişileri tanımlamaktadır.<sup>145</sup> Çalışmamızda hastaların 63'ü (% 6,9) döner kapı fenomenine uyan bu grubu oluşturmuştur. Ülkemizde yakın tarihli yapılmış bir çalışmada tüm kayıtların %30,5'i iki ve daha fazla, %11,6'sı üç ve daha fazla yatışı olan hastalara ait olduğu görülmektedir.<sup>158</sup> Bir diğer çalışmada tekrarlayan yatış sıklığı %17,1 olarak görülmektedir.<sup>159</sup> Ülkemizde yapılmış başka bir yakın tarihli çalışma da tüm kayıtların %36,3'ünün iki ve daha fazla yatışı olduğu, %8,9'unun üç ve üzeri yatışının olduğu görülmüştür.<sup>7</sup>

Toplumda psikiyatrik bozukluk tanısı konan hastaların çoğunluğu kadındır. Birçok çalışmada sıklıkla çalışma grubunu orta yaşlardaki hastalar oluşturmaktadır.<sup>160, 161</sup> Genel klinik verilerimize baktığımızda birçok çalışma ile benzerlik gösteren orta yaş ve kadın cinsiyet çalışmamızda da ön plana çıkmaktadır. Kadın cinsiyetin fazla oluşu, kliniğimizde kadın yatak sayısının daha fazla olmasından kaynaklanıyor da olabilir. Askeri bir hastanede çalışmaya başladıktan kısa süre sonra mimari düzenleme işleri nedeniyle kadın salonunun 1 yıl süreyle kapatılması ve bunun sonucunda % 98,9 erkek cinsiyetinin yatışlarda rol oynadığı gibi.<sup>158</sup> Ruhsal sağlık sorunlarının medeni durumla ilişkisini araştıran çalışmalarda; psikiyatrik bozukluklarının evlilerde düşük, boşanmış ve ayrı yaşayanlarda ise yüksek olduğu tespit edilmiştir.<sup>162</sup> Bizim çalışmamızda ise; yatan hastaların çoğunluğu evli olarak bulunmuştur. Bazı çalışmalarda geleneksel yaşam tarzlarını kaybetmeyen toplumlarda

evli olma oranlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.<sup>163</sup> Bizim çalışmamızda da evli olan hasta sayısının yüksek olmasının bu veri ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

Fiziksel hastalıklar, bireyde yapı, yetenek ve işlevsellikte önemli kayıplara yol açarak psikiyatrik bozuklukların gelişme olasılığını arttıırırlar. Wells ve arkadaşları kronik fiziksel hastalığı olan hastaları incelemişler ve bu kişilerde % 41 oranında daha fazla psikiyatrik bozukluk görüldüğünü bildirmişlerdir.<sup>164</sup> Çalışmamızda yatan hastaların % 61'inde eşlik eden fiziksel hastalık olduğu görülmüştür.

Hastaların psikiyatrik tanı dağılımları, ülkemizdeki diğer psikiyatri klinikleriyle bazı benzerlikler göstermektedir. Hastaların tanı dağılımları değişkenlik göstermektedir. Bu değişiklik nedenleri arasında; bölgenin sosyo kültürel etkileri, hastane yatak kapasitesi, servis özellikleri, sınırlı kapasitede çalışan hastanelerin hasta yatırmadaki öncelikleri olabilmektedir. Kliniğimizde yatan hasta grupları geniş bir yelpazede toplanırken; yatan hastaların büyük kısmı ( %35,3) Depresyon Bozukluğu tanısı ile takip edilmiş olup, %18,2'si Şizofreni ve Psikoz ile Giden Diğer Bozukluklar, % 17,8 Bipolar ve İlişkili Bozukluklar ile takip edilmiştir. Soygür ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada da çalışmamızla benzer sıralama ile; %35,4 depresif bozukluk, %33,3 psikotik bozukluk, %11,1 Bipolar bozukluk tanıları ile yatarak izlendiği görülmüştür.<sup>6</sup> Ülkemizde yapılmış bir çalışmada hastaların %31,5'i bipolar bozukluk, %26,1'i psikotik bozukluk, %5,4 paranoid bozukluk ve %2,2'si psikotik depresyon tanıları ile izlenmiştir.<sup>115</sup> 5 yıllık retrospektif yapılmış bir diğer çalışmada genel yatışları en sık Bipolar Bozukluk ve sonrasında Şizofreni ve Psikoz ile giden diğer bozukluklar grubu oluşturmaktadır.<sup>23</sup>

İntihar riski en çok ruhsal hastalıklar ile ilişkilidir.<sup>165</sup> Bir ruhsal bozukluğa sahip insanların yaklaşık %25- 50'si yaşam boyu en az bir kez intihar girişiminde bulunmakta, %8-19'u ise tamamlanmış intihar sonucunda hayatını kaybetmektedir.<sup>166</sup> Çalışmamızda literatürle uyumlu olarak yaşam boyu intihar girişiminde bulunma durumları % 28,6 olarak bulunmuştur.

Çalışmamızdaki hastaların 348'inin (%38,7) psikotik olduğu saptanmıştır. Psikotik olan ve olmayan grup arasında tekrarlayan yatış sıklığı ve döner kapı fenomeni açısından anlamlı fark görülmemiştir. Döner kapı fenomeni çalışmaları sıklıkla

Şizofreni, Şizoaffektif bozukluklar ve nadiren de Bipolar Bozukluk hastaları ile yapılmıştır.<sup>8,10,11,111</sup> Çalışmamızda ise psikotik olan ve olmayan hasta gruplarının tümü değerlendirilmiştir. Aralarında anlamlı farkın olmaması diğer hastalıklarda da sık yatışların görülebileceğinden kaynaklanıyor olabilir. Bir diğer neden olarak; bazı hastaların Adana'da bulunan Ruh Sağlığı Hastalıkları Hastanesinin kapalı, açık ve AMATEM servisleri ile istemsiz yatışlarında kabul edilebildiği, fazlaca yatak kapasitesine sahip hastaneye yöneliyor olmasından kaynaklanabilir. Ayrıca yatış sıklıkları sadece hastanemiz kayıtlarında değerlendirilmiştir. Bu süre içinde başka bir hastaneye yatıp yatmadığı konusunda net bilgi edinilememiştir.

Psikotik olan ve olmayan gruplar arasında sosyodemografik değişkenler karşılaştırıldığında yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk varlığı, eğitim düzeyinde istatistiksel açıdan anlamlı olarak farklılık görülmüştür. Bu durum literatürle uyumlu olarak psikotik hastalıkların daha genç yaşta başlaması, daha çok erkek cinsiyette görülmesi, daha sık bekar olması ile açıklanabilir.<sup>25, 12</sup> Lise ve üzeri eğitim seviyesine sahip hastaların psikotik bulguya sahip olma oranlarının daha düşük eğitim seviyelerine sahip hastalara göre daha fazla olduğu görülmüştür. Bu durumun sebebinin eğitim düzeyi yüksek hastaların farkındalıklarının yüksek olması ve tedavi için daha yüksek sıklıkla hastaneye başvurduklarının göstergesi olarak düşünülebilir.

Literatürde fiziksel hastalığı olan hastaların madde kullanım bozukluğu, duygudurum bozukluğu, anksiyete bozukluğu gelişme olasılığının daha yüksek olduğu bildirilmiştir.<sup>164</sup> Çalışmaya aldığımız hastalar içerisinde psikotik olmayan tüm hastalar değerlendirildiğinde eşlik eden fiziksel hastalık öyküsünün anlamlı olarak yüksek olduğu bulunmuştur. Ancak tekrarlayan yatış ve döner kapı fenomenine uyan yatışlar değerlendirildiğinde bu fark ortadan kalkmıştır.

Çalışmamızda psikotik olan ve olmayan grup arasında özkıyım girişim öyküsü ve ailesinde özkıyım girişim öyküsünün olup olmaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir. Psikotik duygudurum bozukluğu olanlarda intihar riskinin arttığı bildirilse de çalışmamızdaki gibi bu ilişkiyi desteklemeyen veriler de bulunmaktadır.<sup>167</sup> Şizofreni ve şizoaffektif bozukluklu bireylerde intihar ve intihar

girişimi esnasında sıklıkla psikotik belirtilerin eşlik ettiği görülmüştür.<sup>165,167,168</sup> Ancak delüzyon, halüsinasyon gibi çekirdek şizofreni belirtileri intihar ile daha az ilişkili iken depresyon ve ajitasyon, değersizlik, umutsuzluk gibi psikotik olmayan afektif belirtiler intihar ile daha fazla ilişki göstermiştir.<sup>169</sup> Şizofreni hastalarında intihar nüksten sonraki iyileşme ve postpsikotik depresyon döneminde daha olasıdır. Bu nedenle şizoafektif bozukluğu olan hastalar şizofreni hastalarına göre daha yüksek intihar riskine sahiptir.<sup>167</sup> Psikotik belirtili olmadığı kabul edilen anksiyete bozukluklarında intihar düşünce ve girişimi %0'dan %42 ye kadar değişen yüksek oranlarda görülebilmektedir.<sup>169</sup> Yine madde kullanım bozukluğu olan bireylerin en sık ölüm nedeninin aşırı dozdan kaynaklandığı<sup>170</sup>, kişilik bozukluğu olan bireylerin ise en sık eşlik eden depresif belirtiler nedeniyle intihar girişiminde bulunduğu görülmüştür.<sup>169</sup> Literatürde bu bilgiler ışığında intihar girişimleri psikotik belirtilerin eşlik etmesi ile olabileceği gibi psikotik belirtilerin eşlik etmediği pek çok durumda da görülebilmektedir.

Çalışmamızda psikotik olan hastalık grubunda hastalık başlangıç yaşı küçük, hastalık süresi istatistiksel olarak anlamlı düzeyde uzun bulunmuştur. Bu durum psikotik hastalık gruplarının büyük çoğunluğunu belirleyen Şizofreni ve ilişkili psikotik bozuklukların sayıca fazla olmasından; bu hastalık grubunun literatürde de bahsi geçtiği üzere hastalık başlangıç yaşının küçük ve hastalık süresinin uzun olmasından kaynaklanıyor olabilir.<sup>113,149</sup>

Hastaların çalışmaya dahil edildiği başvurularındaki temel nedenleri incelendiğinde; tüm hasta gruplarında ilaca uyumsuzluk/yanıtsızlık en sık neden olarak görülmektedir. Bu durum tekrarlayan yatışı olan hastalarda son başvurularına bakıldığında literatürde yapılmış çalışmalar ile uyum göstermektedir.<sup>71,112,120</sup> Aynı zamanda bu neden psikotik olan grupta anlamlı olarak daha yüksek görülmüştür. İlaç uyumsuzluğunun içgörünün sıklıkla azaldığı, gerçeği değerlendirme yetisinin bozulduğu psikotik tablolarda beklenen bir durumdur.<sup>121,122,143</sup> Tedavi uyumsuzluğu ve aktif psikotik semptomların varlığı saldırganlık olasılığını arttırmaktadır.<sup>171</sup> Çalışmamızda da psikotik bulgusu olan grupta hastaneye son başvuru temel neden olarak ilaca yanıtsızlık/uyumsuzluk ve başkalarına zarar verici davranışlar anlamlı

olarak daha yüksek bulunurken; psikotik bulgusu olmayan grupta suicidal düşünce, yakınlararası sosyal problemler, alkol ve madde kötüye kullanımı ve tüm bunların hepsi anlamlı yüksek düzeyde hastaneye başvuru sebebi olarak bulunmuştur. Depresyon ya da distimi tanılı tekrarlayan yatışların incelendiği bir çalışmada en sık yeniden hastaneye başvuru nedenlerinin suicidal girişim olduğu görülmüştür.<sup>172</sup>

Psikotik olmayan hastaların tedaviye yanıtızsızlık endikasyonu ile anlamlı olarak daha sık yatış yaptığı; psikotik bulgusu olan grubun ise akut alevlenme endikasyonu ile anlamlı olarak daha sık yatış yaptığı görülmüştür. Şizofreni'lerle yapılmış başka bir çalışmada yatış endikasyonu olarak % 81 gibi yüksek oranda akut alevlenme olduğu görülmüştür. Aynı çalışmada % 4,8 oranında tam düzelme olmadığı için yeniden yatış endikasyonu ile yatış yapıldığı görülmüştür.<sup>151</sup>

İçgörü psikiyatride dar anlamı ile kullanıldığında gerçeği değerlendirme ile doğrudan ilgili olduğu<sup>173</sup>, içgörünün nevrozu psikozdan ayıran anahtar bir özellik olduğuna inanılmıştır.<sup>174</sup> Oysa çalışmamızda; psikotik bulgusu olan bazı hastalarında içgörüsünün olduğu( %19,7) görülmüştür. Bu durum daha çok Jaspers' in psikotik hastalarda içgörünün geçici olarak görülebileceği, hastaların bazı durumlarda hezeyan ya da varsanılarının gerçekdışı olduğunu fark edebileceğini, ancak bu sadece bir süre için olabileceğini sonra tekrar bu farkındalıklarını yitireceklerini hatırlatmaktadır.<sup>76</sup> Literatürde de benzer olarak psikotik bozukluğu olanların büyük çoğunluğunun zayıf içgörüsü olduğu gösterilmiştir.<sup>175,176</sup> Markowa ve Berrios içgörünün sadece psikotik bulgu varlığına ya da hastalık şiddetine bağlı olmadan entellektüel düzey, geçmiş yaşantılar, kişilik özelliklerine bağlı olabileceğini sunmuştur.<sup>176</sup> Çalışmamızda psikotik olmayan grupta % 28,6 oranında içgörünün olmadığı görülmüştür. Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) ve beden dismorfik bozukluk (BDB) içgörü sorunlarının en sık görüldüğü ruhsal hastalıklardandır. Beden dismorfik bozukluk, düşük içgörünün ve hezeyan seviyelerine ulaşan düşüncelerin sık gözüktüğü ruhsal hastalıklardan biridir.<sup>177</sup> Her iki hastalıkta da düşük içgörü artmış semptom şiddetiyle ilişkili bulunmuştur.<sup>178</sup> OKB'si olan hastaların % 6'sında içgörülerinin olmadığı görülmüştür.<sup>80</sup> Obsesif hastaların tümü yinleme davranışının içerisindeki saçmalığı sürekli olarak kavrayamazlar.<sup>77</sup> Yine içgörüsü az olan SAB(Sosyal Anksiyete Bozukluğu) hastaları

semptomlarından daha az yakınırırlar, daha az depresiftirler ve tedaviye uyumları daha azdır. Bu bulgular bazı yazarların SAB’da psikoz benzeri belirtilere rastlandığını gösteren yayınları ile birlikte düşünüldüğünde oldukça ilgi çekicidir.<sup>179,180</sup> Anoreksiya nervoza (AN)’ da içgörü sorunlarının sıkça görüldüğü diğer bir bozukluktur.<sup>181</sup> Anoreksiya nervoza hastalarının %28,8’de sanrı düzeyinde beden imajı bozukluğu saptanmıştır.<sup>182</sup> İçgörü hakkında en fazla çalışma şizofrenide bulunmaktadır. Az düzeyde de bipolar bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk, beden dismorfik bozukluk, AN gibi diğer ruhsal bozukluklarda çalışılmasına rağmen, halen çok sayıda açıklamanın olduğunu söylemek yanlış olmasa gerek.

İlk yatışlarındaki ortalama kalış süresi psikotik olan grupta anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Bu durum literatürle uyumlu olarak görülmüştür.<sup>29,43</sup> İlk yatışı uzun olan psikotik hastalar tekrarlayan yatışlarında da daha uzun süre hastanede kalmıştır. Ülkemizde yapılmış çalışmada psikotik bulgulu tekrarlayan yatışı olan hastaların ortalama yatış süreleri  $85.6 \pm 52.1$  gün gibi uzun bir süre olarak görülmüştür.<sup>113</sup> Bu durum psikotik hastaların hastalık şiddetinin ve yükünün ağır olması ile açıklanıyor olabilir. Çalışmamızdaki psikotik hastalar psikotik olmayanlara göre uzun süre kalmış olmalarına rağmen; çıkış durumlarına bakıldığında kısmi/tam düzelme oranları daha düşük olarak sonuçlanmıştır.

Literatürde psikiyatrik hasta gruplarında tedaviyi sürdürememe, kontrol randevularına gelmeme oranı %20-50 olarak bildirilmekte iken, psikotik hastalarda bu oran %70-80’e kadar çıktığı bildirilmektedir.<sup>183</sup> Çalışmamızda da psikotik olan ve olmayan grupta taburculuk sonrası psikiyatri poliklinik kontrollerinde anlamlı farklılık olmamasına rağmen; psikotik olmayan grubun sıklıkla daha yakın takibe gelmiş olması bu durumu destekler niteliktedir.

Psikotik bulgusu olan grupta en yüksek oranda ‘Şizofreni ve Psikoz ile giden diğer bozukluklar’ görülürken, 2. Sırayı ‘Bipolar ve ilişkili bozukluklar’, 3. Sırayı ‘Depresyon bozuklukları’ almıştır. Şizofreni tanısıyla yatırılan % 97 hastanın yatışlarında psikotik bulgusu olduğu, Bipolar Bozuklukla yatırılan hastaların % 52,8’inde psikotik bulgu olduğu, Depresyon tanısıyla yatırılan hastaların % 15,7’sinde psikotik bulgu olduğu görülmüştür. Literatürde de bipolar bozuklukta psikotik belirtilerin görülme oranının % 50 olduğu, ülkemizde yapılmış başka bir çalışmada

çalışmamız ile benzer nitelikte olduğu görülmüştür.<sup>184,185</sup> ABD’de yapılan epidemiyolojik alan çalışmasında major depresyon tanısı alanların %14’ünde psikotik özellikler saptanmıştır.<sup>186</sup> Hastaneye yatırılmış, şiddetli depresyonu olan hastaların %15-25’i psikotik depresyon kategorisinde olup, sanrı, varsanı, düşünce bozukluğu ve ciddi ölçüde uygunsuz davranışlar göstermektedirler.<sup>187</sup>Yapılan çalışmalar psikotik depresyonun önemli özellikleri, daha şiddetli olduğu, hastalık dönemlerinin daha uzun sürdüğü yönündedir.<sup>188</sup>

OKB Ve İlişkili Bozuklukla yatırılan hastaların %23,3’ünde, Bedensel Belirti Bozuklukları ve İlişkili Bozuklukların % 11,5’inde, Nörogelişimsel Bozuklukların % 75 ‘inde, Disosiyasyon Bozukluklarının % 66,7’sinde, Madde ve İlişkili Bozukluklar ve bağımlılık Bozukluklarının % 12,8’inde, Anksiyete Bozukluklarının % 8,6’sında, Nörobilişsel Bozuklukların % 75’inde, Travma ve Stresörle İlişkili Bozuklukların % 33,3’ünde, Beslenme Ve Yeme Bozukluklarının % 12,5’inde, Kişilik Bozukluklarının % 16,7’sinde, Dürtü Denetimi ve Davranım Bozukluklarının % 16,7’inde psikotik bulgu olduğu saptanmıştır. Çalışma grubumuzda yas reaksiyonu içinde olan hasta grubunda psikotik bulgu saptanmamıştır.

Bazı çalışmalarda OKB’de psikotik belirtinin %17.7 ve %10 oranında görüldüğü bildirilmiştir.<sup>189,190</sup>Tüm kişilik bozukluklarının ne oranda psikotik belirti taşıdığına dair bir araştırma literatürde bulunamamış olmasına karşın; borderline kişilik bozukluğu hastalarının %24 oranında psikotik belirti gösterdiği, yaklaşık % 75 ‘inin disosiyatif belirtiler ve paranoyak düşünceler geliştirdiği görülmüştür.<sup>191</sup>

Yapılan bir çalışmada Şizofreni, Şizoaffektif Bozukluk, Bipolar Bozukluk ve Depresyon Bozukluğu tanı grupları arasında yatış sıklığı açısından anlamlı bir ilişkili bulunmamıştır.<sup>71</sup>Bipolar bozukluk tanılı hastalarda yapılmış bir çalışmada daha önceden psikotik belirtisinin olması tekrarlayan yatış riskini anlamlı olarak arttıran bir belirteç olmadığı görülmüştür.<sup>192</sup>Bizim çalışmamızda hem psikotik olabilen hem de psikotik özellik içermeyen gruptan Bipolar Bozukluk ve ilişkili bozukluklar, Depresyon Bozuklukları, Obsesif Kompulsif Bozuklukluk ve İlişkili Bozukluklar ana tanılı hastalar psikotik olan ve olmayan gruplara ayrılmış ve aralarında yatış sıklıkları açısından anlamlı farklılık görülmemiştir.

Tekrarlayan yatışı olan psikotik gruba bakıldığında genel klinik hastane yatışımızdaki psikotik hastalar gibi yaşlarının anlamlı olarak daha küçük, erkek cinsiyet, bekar ve çocuksuz olan grubun anlamlı olarak yüksek olduğu görülmüştür. Tekrarlayan yatışı olan psikotik hastalarda ki bu sosyodemografik veriler literatür ile uyumlu bulunmuştur.<sup>151</sup>

2003 yılında Şizofrenik Bozukluğu olan hastalarla yapılmış bir çalışmada ilkökul düzeyinde eğitim almış hastaların daha sık tekrarlayan yatışlarının olduğu görülmüştür.<sup>193</sup> Çalışmamızda ise tekrarlayan yatışı olan psikotik hastaların üniversite ve üzeri eğitim seviyesine sahip olma düzeyleri diğer eğitim düzeylerine göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Bu durumun sebebi kliniğimizdeki yatışların hastaların istekleri doğrultusunda yapılması ve bu hasta grubunun klinikte verilen eğitim ve uyum programlarından daha çok yararlanıyor olmasından kaynaklanıyor olabilir. Bu nedenle farkındalık düzeylerini daha çok artırıp, tedavi için daha fazla tekrar yatış başvurularına neden oluyor olabilir.

Yazında bildirilenin aksine <sup>71,117,139</sup>, bizim çalışmamızda madde kullanım bozukluğu tekrarlayan yatışı olan hastalar arasında, yaklaşık % 6 sıklıkta saptanmıştır. Ülkemizde yapılmış başka bir çalışmada da bu oran % 6'nın altında olarak bulunmuştur. Bu durum Avrupa ülkeleri veya Amerika Birleşik Devletleri ile karşılaştırıldığında, ülkemizde madde kullanım yaygınlığının daha düşük olması ile açıklanabilir.<sup>194,195</sup>

Hastalığın çok erken yaşta başka bir deyişle 13 yaşından önce başlaması ile olumsuz gidiş arasındaki ilişki birçok çalışmanın ortak sonucudur. 14 yaşından önce başlayan psikotik belirtileri olan hastaların daha kötü prognoza sahip oldukları bildirilmiştir.<sup>196</sup> Başka bir çalışmada ergen başlangıçlı hastalarda daha fazla erkek cinsiyet bulunmuştur.<sup>197,198</sup> Psikotik olan hasta grubunda yapılmış bir çalışmada tekrarlayan yatış riskinin hastalığın başlangıç yaşının küçülmesiyle arttığı görülmüştür.<sup>159</sup> Çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak tekrarlayan yatışı olan psikotik grupta ve döner kapıya uyan psikotik grupta hastalık başlangıç yaşı anlamlı olarak küçük bulunmuştur.

Hastaneye son başvurudaki temel neden incelendiğinde tekrarlayan yatışı olan psikotik grubun anlamlı yüksek olarak ilaca yanıtızlık/ uyumsuzluk, suicidal düşünce, yakınlararası sosyal problemler, alkol ve madde kötüye kullanımı bulunmuştur.

Literatürde psikotik hastalarda hastaneye en sık başvuru nedeni olarak ilaca yanıtızlılık/uyumsuzluk dikkat çekici olarak bulunmuştur.<sup>13</sup>

İçgörü azlığı tekrar hastaneye yatış ile ilişkilidir.<sup>199,200</sup> Şizofrenide içgörü eksikliği şiddetinin tedaviye uyumsuzluk, artan istemsiz hastaneye yatış oranları, psikososyal işlev düşüklüğü ve kötü prognozla ilişkili olduğu saptanmıştır.<sup>201</sup> Bizim çalışmamızda da tekrarlayan yatışı olan psikotik hastaların ve döner kapı fenomeni hastalarının içgörülerinin istatistiksel açıdan anlamlı olarak az olduğu görülmüştür.

Psikotik olan grubun ilk yatışlarındaki hastanede kalış süresi anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Tekrarlayan yatışı olan psikotik hastalarda bu anlamlılık karşımıza çıkmamıştır. Tekrarlayan yatışı olan psikotik hastaların tedaviyi tanıyıp bilmesi, belirli bir program dahilinde planlanmış yatışlarının olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Tekrarlayan yatışı olan psikotik gruptaki görülen küçük yaş, erkek cinsiyet, bekar olmak, çocuksuz olmaındaki anlamlı farklılık döner kapı fenomenine uyan psikotik hastalarda görülmemiştir. Döner kapı fenomenine uyan psikotik hastalarda sadece anlamlı olarak bekar olmak risk faktörü olarak görülmüştür. Döner kapı hastalarındaki bu durum literatür ile desteklenmektedir.<sup>202</sup> Evlilik, aile ile birlikte yaşama yatışlar üzerinde pozitif etkilidir.<sup>203</sup>

Döner kapı fenomenine uyan psikotik hastaların hastalık başlangıç yaşlarının anlamlı olarak küçük olduğu görülmüştür. Hastalık başlangıç yaşı kötü prognostik faktörlerdendir. Kısa süre içinde tekrarlayan yatışlarının olması da bu faktörlerden biridir. Bu durum hasta hasta yakınları ve toplum maliyeti açısından yük oluşturmaktadır.<sup>2,151</sup>

Döner kapı fenomenine uyan psikotik hastaların ilk yatışındaki ortalama kalış süresi de anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Buna karşın 18 ay içindeki yatış süreleri arasında psikotik olan ve olmayan hastalar açısından anlamlı farklılık görülmemiştir. İlk yatışının uzun olması sonrasındaki her yatışının uzun olmasını gerektirmediği şeklinde yorumlanabilir.

Literatürde psikiyatrik herhangi bir tanı grubunda yapılmış çalışmada yatış süreleri ile yeniden yatış oranları arasında bir ilişki bulunmamıştır.<sup>129</sup> Psikotik

hastalarda yapılmış çalışmada da tekrarlayan yatışı olan ve tek yatışı olan grup arasında ilk yatışlarında hastanede kalış süreleri aynı sayılabilecek düzeyde bulunmuştur.<sup>151</sup> Çalışmamızda döner kapı fenomenine uyan psikotik hastalarda ilk yatışlarındaki ortalama kalış süresi anlamlı olarak yüksek görülürken, tekrarlayan yatışı olan psikotik hastalarda literatürle uyumlu olarak anlamlı yükseklik görülmemiştir.

Çalışmamız gösteriyor ki ilk yatışında ortalama kalış süresi 23 (1 - 115) gün ile anlamlı olarak uzun olan psikotik bulgulu hastalar tekrarlayan yatış açısından anlamlı fark yaratmamıştır. Benzer şekilde hastalık süresi anlamlı olarak uzun olan psikotik bulgulu hastalar psikotik bulgusu olmayan gruba göre anlamlı olarak daha fazla tekrarlayan yatışları olmamıştır.

Nasrallah şimdiye kadar ayrılmış psikoz ve psikoz olmayan kavramlarının üzerine giderek farklı bir görüş öne sürmüştür. Psikotik olmayan psikiyatrik bozuklukların temel klinik semptomlarına göre psikoz olarak nitelendirilebileceğini belirtmiştir. Depresyonun temel belirtilerinden olan değersizlik ve umutsuzluk duygularının aslında gerçekte olan çarpıklığı ve kendilerine, dünyaya ve geleceğe tamamen yanlış bakan bir kişi olarak tanımlandığını ve aslında psikotik belirtilerin sadece boyutsal olarak farklı bir bakış açısının olduğunu belirtmiştir. Aynı zamanda 2 atipik antipsikotik ( aripiprazol ve ketiapin ) bir veya iki antidepresana yanıt vermeyen hastalar için ek tedavi uygulandığında D2 dopamin antagonizmi ile güçlü antidepresan yanıtının ortaya çıktığı, bu durumun bazı psikotik olmayan depresyonların atlanmış psikotik depresyon olabileceği üzerinde durmuştur. OKB hastalarının saatlerce yaptıkları ritüelleri birer yanlış inanç olarak nitelendirmiştir. Asla uçağa binmeyen, bir köprüden geçerken ya da bir tünelden düşmeyeceğine inanamayan anksiyete bozukluğu hastalarının gerçeği değerlendirme yetilerinin bir miktar bozulmuş olabileceği yaşadıkları korkunun paranoyanın özü olabileceği üzerinde durmuştur. Anoreksia nervroza, beden dismorfik bozukluğu olan bireylerin de gerçeği çarpıttığı, kendilik algılarının bozulmuş olabileceğini öne sürmüştür. Hipokondriazis için yanlış ve kaba bir şekilde ciddi bir fiziksel hastalığına sahip olduğuna inanıyorsa ve hayali bir bedensel hastalık için tedavi almak için zaman, çaba ve para harcanıyorsa neden bunun bir somatik sanrı değil de bedensel bozukluk ve ilişkili bozukluklar sınıfına koyulduğunu sorgulamıştır. Paranoid, şizotipal, borderline, narsisistik gibi kişilik

bozuklukları sabit bir yanlış inancın kalcı bir bileşenin olduğunu düşünmüştür. Sözde psikotik olmayan hastalıkların çoğunda bir psikotik düşünme biçiminin olduğunu savunmuştur.<sup>84</sup>

Çalışmamızın tek merkezli olması ve retrospektif olarak yapılması, psikotik bulgu varlığına sadece dosyalardan klinik öykü ve ruhsal muayene bölümlerden bakılarak kanaat getirilmesi kısıtlılıklarındandır. Kliniğimizde kapalı servis bulunmamakta ve sınırlı düzeyde yatak kapasitemiz ile hizmet verilmektedir. Çalışmamızda 18 aylık süre içinde sadece kliniğimize yapılmış yatışlar yatış sayısı olarak alınmıştır. Bu süre içinde hastaların dış merkezde başka bir serviste yatışı olup olmadığı konusunda net bilgi edinilememesi çalışmamızın diğer kısıtlılıklarındandır.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

1. Kliniğimizde yatarak sağaltım gören tüm hastaların cinsiyetler arası dağılımında kadın/erkek oranı 1,81 olarak hesaplanmıştır.
2. Kliniğimizde yatarak sağaltım gören hastaların büyük kısmı ( %35,3) Depresyon Bozuklukları tanısı ile, %18,2'si Şizofreni ve Psikoz ile Giden Diğer Bozukluklar, % 17,8'i Bipolar ve İlişkili Bozukluklar ile takip edilmiştir.
3. Kliniğimizde yatarak sağaltım gören tüm hasta gruplarında ilaca uyumsuzluk / yanıtızlık en sık hastane başvuru nedeni olarak görölmektedir.
4. Kliniğimizde yatarak sağaltım gören % 75,9 hastanın 18 ay içinde sadece tek yatışı olmuştur. % 24'ünün tekrarlayan yatışı olmuştur. % 6,9'u döner kapı hastalarını oluşturmıştır.
5. Kliniğimizde yatarak sağaltım gören hastaların %38,7'i psikotik olan, %61,3'ünün psikotik olmayan grupta olduğu bulunmuştur.
6. Psikotik hastalıkların daha sık olarak genç yaşta, erkek cinsiyette, bekar, lise ve üzeri eğitim seviyelerine sahip olduğu görölmüştür.
7. Psikotik olan hastalık grubunda istatistiksel olarak hastalık başlangıç yaşı küçük, hastalık süresi uzun, ilk yatışlarında ortalama kalış süresi uzun olarak bulunmuştur. Bu durum psikotik hastaların hastalık şiddetinin ve yükünün ağır olması ile açıklanıyor olabileceği düşünölmüştür.
8. Psikotik olan hastaların %22,7'sinin, psikotik olmayan hastaların %24,8'inin tekrarlayan yatışı olduğu görölmüştür. Psikotik olan ve olmayan hastalarda % 7'si döner kapı hastalarını oluşturmıştır.
9. Tekrarlayan yatışı olan hastaların %36,4'ü psikotik olan grupta, % 63,6'ü psikotik olmayan grupta olduğu görölmüştür.
10. Psikotik olan ve olmayan grup arasında tekrarlayan yatış sıklığı ve döner kapı fenomeni açısından anlamlı fark görölmemiştir. Bu durum bazı hastaların Adana'da bulunan Ruh Sağlığı Hastalıkları Hastanesinin kapalı, açık ve AMATEM servisleri ile istemsiz yatışlarında kabul edilebildiği, fazlaca yatak kapasitesine sahip hastaneye

yöneliyor olmasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Ayrıca yatış sayıları sadece hastanemiz kayıtlarına bakılarak değerlendirilmiş, bu süre içinde başka bir hastaneye yatıp yatmadığı konusunda net bilgi edinilememiş olmasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

11. Bipolar Bozukluk ve ilişkili bozukluklar, Depresyon Bozuklukları, Obsesif Kompulsif Bozuklukluk ve İlişkili Bozukluklar ana tanıli hastalar psikotik olan ve olmayan gruplara ayrılmış ve aralarında yatış sıklıkları açısından anlamlı farklılık görülmemiştir.

12. Tekrarlayan yatışı olan psikotik gruba bakıldığında genel klinik hastane yatışımızdaki psikotik hastalar gibi yaşlarının anlamlı olarak daha küçük, erkek cinsiyet, bekar ve çocuksuz olan grubun anlamlı olarak yüksek olduğu görülmüştür.

13. Tekrarlayan yatışı olan psikotik grupta ve döner kapıya uyan psikotik grupta hastalık başlangıç yaşı anlamlı olarak küçük bulunmuştur.

14. Döner kapı fenomenine uyan psikotik hastalarda ilk yatışlarındaki ortalama kalış süresi anlamlı olarak yüksek görülürken, tekrarlayan yatışı olan psikotik hastalarda anlamlı yükseklik görülmemiştir.

15. Çalışmamız DSM dizgesindeki hastalık gruplarını tek tek ele almış, hiçbir hastalık grubunu psikoz ve nevroz olarak sınıflamaya koymamıştır. Psikotik bulguların bir çok hastalık grubunda olabileceği çalışmamız ile görülmüştür. Klinisyenler öykü ve muayenede ayrıntılı olarak psikotik belirtilere de odaklanması gerektiği vurgulanmalıdır. Atlanmış psikotik bulgular uygulanan tedaviden fayda görülmemesi ile uzayan hastane yatışları ile açıklanabilir.

16. Tekrarlayan yatışta etkili olan çok sayıda faktör vardır. Psikotik bulgu varlığı bu faktörlerden sadece biridir. Bu faktörlerin tümünün değerlendirildiği ileriye dönük, psikoz varlığının ölçeklerle değerlendirildiği, geniş hasta sayısına sahip izlem çalışmalarına ihtiyaç vardır.

## 7. KAYNAKLAR

1. **Tamam L.** *Psikiyatriye Giriş Ders Kitabı*. 5. Baskı, Ankara, Akademisyen Kitabevi, **2014**.
2. **Öztürk MO, Uluşahin A.** *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, 13. Baskı, Ankara, Nobel Tıp Kitabevi, **2015**.
3. **Gill D.** *Hughes Outline of Modern Psychiatry*. 5nd Ed, England, John Wiley & Sons, **2007**.
4. **Köroğlu E.** *DSM-5 Tanı Ölçütleri*. 5. Baskı, Ankara, HYB Yayıncılık, **2014**.
5. **Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı**. T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Ankara. **2001**.  
Erişim: <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/25834,2001pdf.pdf?0>. Erişim tarihi: 01.09.2019
6. **Soygür H, Özalp E, Cankurtaran EŞ, Turhal L, Işık U.** Yeni kurulan bir psikiyatri kliniği yataklı servisinin ilk beş yüz günü: Bir değerlendirme çalışması. *Anatolian J Psychiatry*. **2005**;6:170-176.
7. **Kalenderoğlu A.** Kahta Devlet Hastanesi Psikiyatri Kliniğinde Yatan Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. **2017**;20:30-36.
8. **Goodpastor WA, Hare BK.** Factors associated with multiple readmissions to an urban public psychiatric hospital. *Hosp Community Psychiatry*. **1991**;42:85-87.
9. **Surber RW, Winkler EL, Monteleone M, Havassy BE, Goldfinger SM, Hopkin JT.** Characteristics of high users of acute psychiatric inpatient services. *Hosp Community Psychiatry*. **1987**;38:1112-1114.
10. **Harris M, Bergman HC, Bachrach LL.** Psychiatric and nonpsychiatric indicators for rehospitalization in a chronic patient population. *Hosp Community Psychiatry*. **1986**;37:630-631.
11. **Geller JL.** In again, out again: preliminary evaluation of a state hospital's worst recidivists. *Hosp Community Psychiatry*. **1986**;37:386-390.

12. **Lin CH, Chen MC, Chou LS, Lin CH, Chen CC, Lane HY.** Time to rehospitalization in patients with major depression vs. those with schizophrenia or bipolar I disorder in a public psychiatric hospital. *Psychiatry Research*. **2010**;180:74-79.
13. **Joyce VW, King CD, Nash CC, Lebois LAM, Ressler KJ, Buonopane RJ.** Predicting Psychiatric Rehospitalization in Adolescents. *Adm Policy Ment Health*. **2019**;6:807-820
14. **Bozkurt A.** *Kaplan Sadock's Klinik Psikiyatri El Kitabı*. Ankara, Güneş Tıp Kitabevi, **2009**.
15. **Sadock B, Sadock VA, Ruiz P.** *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Science/Clinical Psychiatry*. USA, Lippincott Williams & Wilkins, **2015**.
16. **Feighner JP, Robins E, Guze SB, Woodruff RA, Winokur G, Munoz R.** Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Archives of General Psychiatry*. **1972**;26:57-63.
17. **Gunderson JG, Herpertz SC, Skodol AE, Torgersen S, Zanarini MC.** Borderline personality disorder. *Nature Reviews Disease Primers*. **2018**;4:18-29.
18. **Özçelik B, Karamustafalıoğlu O.** Süregen Psikotik Bozukluğu Olan Hastaların Tedavi, Bakım ve Uyum Sorunları Bağlamında Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ndeki Uygulamalar ve Yaşanan Güçlükler. *Düşünen Adam* **2002**; 15(2): 85-89
19. **De Mijolla A.** *International dictionary of psychoanalysis*. USA, Macmillan Reference, **2005**.
20. **Agnes N, Horney K:** *Theorist in psychoanalysis and feminine psychology*, Connell first Published. **1980**:16.
21. **Aykan C.** *Akıl Sağlığı ve Hastalığı*. Ankara **1969**:111
22. **Arkun N.** *Anormal Davranışlar Psikolojisi*. İstanbul, İstanbul Üniversitesi Edebiyat Fakültesi, **1970**
23. **Soygür H, Alptekin K, Atbaşoğlu C, Herken H.** Şizofreni Ve Diğer Psikotik Bozukluklar. *Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları* **2007**:180-183.

24. **Kuş Saillard E.** Ruhsal Hastalara Yönelik Damgalamaya İlişkin Psikiyatrist Görüşleri ve Öneriler. *Türk Psikiyatri Dergisi*. **2010**;21:14-24.
25. **Keshavan MS, Schooler NR.** First-episode studies in schizophrenia: criteria and characterization. *Schizophr Bull*. **1992**;18:491-513.
26. **Uçok A, Polat A, Genç A, Cakir S, Turan N.** Duration of untreated psychosis may predict acute treatment response in first-episode schizophrenia. *J Psychiatr Res*. **38**:163-168.
27. **Eaton WW, Chen CY. Epidemiology.** In: **Lieberman JA, Stroup TS.** The American Psychiatric Publishing Textbook of Schizophrenia. USA, *American Psychiatric Publishing*, **2006**.
28. **Van Os J, Linscott RJ, Myin-Germeys I, Delespaul P, Krabbendam L.** A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder. *Psychological Medicine*. **2009**;39:179-195.
29. **Rössler W, Salize HJ, van Os J, Riecher-Rössler A.** Size of burden of schizophrenia and psychotic disorders. *European Neuropsychopharmacology*. **2005**;15:399-409.
30. **Binbay T, Alptekin K, Elbi H et al.** İzmir Kent Merkezinde Şizofreni ve Psikotik Belirtili Bozuklukların Yaşamboyu Yaygınlığı ve İlişkili Oldukları Sosyodemografik Özellikler. *Türk Psikiyatri Dergisi*. **2012**;23:149.
31. **Andreasen NC.** *Scale for the Assessment of Positive Symptoms*. Iowa, The University of Iowa, **1984**.
32. **Andreasen NC.** The Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS): Conceptual and Theoretical Foundations. *Br J Psychiatry*. **1989**;155:49-52.
33. **Maurer K, Häfner H.** Methodological aspects of onset assessment in schizophrenia. *Schizophrenia Research*. **1995**;15:265-276.

34. **Szymanski S, Lieberman JA, Alvir JM et al.** Gender differences in onset of illness, treatment response, course, and biologic indexes in first-episode schizophrenic patients. *American Journal of Psychiatry*. **1995**;152:698-703.
35. **Cetin M.** Treatment of schizophrenia: Past, present and future. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*. **2015**;25:95-99.
36. **Perälä J, Suvisaari J, Saarni SI et al.** Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population. *Archives of General Psychiatry*. **2007**;64:19-28.
37. **Kessler RC, Birnbaum H, Demler O et al.** The prevalence and correlates of nonaffective psychosis in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Biol Psychiatry*. **2005**;58:668-676.
38. **Gureje O, Olowosegun O, Adebayo K, Stein DJ.** The prevalence and profile of non-affective psychosis in the Nigerian Survey of Mental Health and Wellbeing. *World Psychiatry*. **2010**;9:50-55.
39. **Phanthunane P, Vos T, Whiteford H, Bertram M, Udomratn P.** Schizophrenia in Thailand: prevalence and burden of disease. *Popul Health Metr*. **2010**;8:24.
40. **Özpoyraz N, Oğuz Ş, Ertürk D, Alpaslan N, Evlice YE.** Kısa Psikotik Bozukluk: Geriye Dönük Bir Değerlendirme. *Türk Psikiyatri Dergisi* **1996**.
41. **Dilbaz N.** Madde Kullanımına Bağlı Gelişen Psikotik Bozuklukta Atipik Antipsikotik Tedavisi: Bir Gözden Geçirme. *Bağımlılık Dergisi*. **2005**;6:136-141
42. **Daniels J.** Catatonia : Clinical Aspects and Correlates. *J Neuropsychiatr*. **2009**;21:371-380.
43. **Ayuso-Mateos JL.** Global Burden of Bipolar Disorder in the Year 2000. Geneva: WHO **2000** .
44. **Glassman AH, Roose SP.** Delusional depression. A distinct clinical entity? *Arch Gen Psychiatry*. **1981**;38:424-427.

45. **Schatzberg AF, Rothschild AJ.** Psychotic (delusional) major depression: should it be included as a distinct syndrome in DSM-IV? *Am J Psychiatry.* **1992**;149:733-745.
46. **Fleming SK, Blasey C, Schatzberg AF.** Neuropsychological correlates of psychotic features in major depressive disorders: a review and meta-analysis. *Journal Psychiatry Research.* **2004**;38:27-35.
47. **Hill SK, Keshavan MS, Thase ME, Sweeney JA.** Neuropsychological dysfunction in antipsychotic-naïve first-episode unipolar psychotic depression. *Am J Psychiatry.* **2004**;161:996-1003.
48. **Maj M, Pirozzi R, Magliano L, Fiorillo A, Bartoli L.** Phenomenology and prognostic significance of delusions in major depressive disorder: a 10-year prospective follow-up study. *J Clin Psychiatry.* **2007**;68:1411-1417.
49. **Maj M.** Delusions in major depressive disorder: recommendations for the DSM-V. *Psychopathology.* **2008**;41:1-3.
50. **Burch EA, Anton RF, Carson WH.** Mood congruent and incongruent psychotic depressions: are they the same? *J Affect Disord.* **1994**;31:275-280.
51. **Fennig S, Bromet EJ, Karant MT, Ram R, Jandorf L.** Mood-congruent versus mood-incongruent psychotic symptoms in first-admission patients with affective disorder. *J Affect Disord.* **1996**;37:23-29.
52. **Tohen M, Khalsa H-MK, Salvatore P, Vieta E, Ravichandran C, Baldessarini RJ.** Two-year outcomes in first-episode psychotic depression the McLean-Harvard First-Episode Project. *J Affect Disord.* **2012**;136:1-8.
53. **Tohen M, Stoll AL, Strakowski SM et al.** The McLean First-Episode Psychosis Project: six-month recovery and recurrence outcome. *Schizophr Bull.* **1992**;18:273-282.
54. **Coryell W, Keller M, Lavori P, Endicott J.** Affective syndromes, psychotic features, and prognosis. II. Mania. *Arch Gen Psychiatry.* **1990**;47:658-662.

55. **Naz B, Craig TJ, Bromet EJ, Finch SJ, Fochtmann LJ, Carlson GA.** Remission and relapse after the first hospital admission in psychotic depression: a 4-year naturalistic follow-up. *Psychological Medicine*. **2007**;37:1173-1181.
56. **Wenzel A, Berchick ER, Tenhave T, Halberstadt S, Brown GK, Beck AT.** Predictors of suicide relative to other deaths in patients with suicide attempts and suicide ideation: a 30-year prospective study. *Journal of Affective Disorder*. **2011**;132:375-382.
57. **Vythilingam M, Chen J, Bremner JD, Mazure CM, Maciejewski PK, Nelson JC.** Psychotic depression and mortality. *Am J Psychiatry*. **2003**;160:574-576.
58. **Amador XF, Strauss DH, Yale SA, Flaum MM, Endicott J, Gorman JM.** Assessment of insight in psychosis. *Am J Psychiatry*. **1993**;150:873-879.
59. **Michalakeas A, Skoutas C, Charalambous A et al.** Insight in schizophrenia and mood disorders and its relation to psychopathology. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. **1994**;90:46-49.
60. **Ghaemi SN, Stoll AL, Pope HG.** Lack of insight in bipolar disorder. The acute manic episode. *J Nerv Ment Dis*. **1995**;183:464-467.
61. **Cassidy F, McEvoy JP, Yang YK, Wilson WH.** Insight is greater in mixed than in pure manic episodes of bipolar I disorder. *J Nerv Ment Dis*. **2001**;189:398-399.
62. **Bauer M, Unützer J, Pincus HA, Lawson WB, NIMH Affective Disorders Workgroup.** Bipolar disorder. *Ment Health Serv Res*. **2002**;4:225-229.
63. **Fennig S, Everett E, Bromet EJ et al.** Insight in first-admission psychotic patients. *Schizophr Res*. **1996**;22:257-263.
64. **McEvoy JP, Johnson J, Perkins D et al.** Insight in first-episode psychosis. *Psychol Med*. **2006**;36:1385-1393.
65. **Ghaemi SN, Rosenquist KJ.** Is insight in mania state-dependent?: A meta-analysis. *J Nerv Ment Dis*. **2004**;192:771-775.

66. **Yen CF, Chen CS, Ko CH, Yen JY, Huang CF.** Changes in insight among patients with bipolar I disorder: a 2-year prospective study. *Bipolar Disord.* **2007**;9:238-242.
67. **Güçlü O, Karaca O, Yildirim B, Özköse MM, Erkiran M.** The relationship between insight and clinical features in bipolar disorder. *Turk Psikiyatri Dergisi.* **2011**;22:230-238.
68. **Dell’Osso L, Pini S, Cassano GB et al.** Insight into illness in patients with mania, mixed mania, bipolar depression and major depression with psychotic features. *Bipolar Disord.* **2002**;4:315-322.
69. **Kulhara P, Basu D, Mattoo SK, Sharan P, Chopra R.** Lithium prophylaxis of recurrent bipolar affective disorder: long-term outcome and its psychosocial correlates. *J Affect Disord.* **1999**;54:87-96.
70. **Robinson D, Woerner MG, Alvir JM et al.** Predictors of relapse following response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. *Arch Gen Psychiatry.* **1999**;56:241-247.
71. **Haywood TW, Kravitz HM, Grossman LS, Cavanaugh JL, Davis JM, Lewis DA.** Predicting the “revolving door” phenomenon among patients with schizophrenic, schizoaffective, and affective disorders. *Am J Psychiatry.* **1995**;152:856-861.
72. **Caton CL, Koh SP, Fleiss JL, Barrow S, Goldstein JM.** Rehospitalization in chronic schizophrenia. *J Nerv Ment Dis.* **1985**;173:139-148.
73. **Yen CF, Chen CS, Yeh ML, Yen JY, Ker JH, Yang SJ.** Comparison of insight in patients with schizophrenia and bipolar disorder in remission. *J Nerv Ment Dis.* **2002**;190:847-849.
74. **Güçlü O, Karaca O, Yildirim B, Özköse MM, Erkiran M.** Bipolar Bozuklukta İçgörü ile Klinik Özelliklerin İlişkisi. *Turk Psikiyatri Dergisi.* **2011**;22:230-238.
75. **Peralta V, Cuesta MJ.** Lack of insight in mood disorders. *J Affect Disord.* **1998**;49:55-58.

76. **Jaspers K.** *General Psychopathology*. USA, The Johns Hopkins University, **1997**.
77. **Özerdem A.** Obsesif-Kompulsif Bozukluk ve Psikoz Üzerine Bir Gözden Geçirme. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. **1998**;2:98-102.
78. **Solyom L, DiNicola VF, Phil M, Sookman D, Luchins D.** Is there an obsessive psychosis? Aetiological and prognostic factors of an atypical form of obsessive-compulsive neurosis. *Can J Psychiatry*. **1985**;30:372-380.
79. **Fenton WS, McGlashan TH.** The prognostic significance of obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia. *Am J Psychiatry*. **1986**;143:437-441.
80. **Eisen JL, Rasmussen SA.** Obsessive compulsive disorder with psychotic features. *J Clin Psychiatry*. **1993**;54:373-379.
81. **Arkar H.** Cloninger' in Mizaç ve Karakter Boyutları ile Kişilik Bozuklukları Arasındaki İlişki. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. **2008**;11:115-124.
82. Erişim:<https://kidshealth.org/Nemours/en/parents/az-mental-nonpsychotic.html>  
Erişim Tarihi: 02.08.2019
83. **Kelleher I, Keeley H, Corcoran P et al.** Clinicopathological significance of psychotic experiences in non-psychotic young people: evidence from four population-based studies. *Br J Psychiatry*. **2012**;201:26-32.
84. **Nasrallah HA.** Are some nonpsychotic psychiatric disorders actually psychotic ? *Current Psychiatry*. **2010**;9(11)
85. **Stahl SM.** Psychotherapy as an epigenetic “drug”: psychiatric therapeutics target symptoms linked to malfunctioning brain circuits with psychotherapy as well as with drugs. *J Clin Pharm Ther*. **2012**;37:249-253.
86. **Dell’Osso B, Glick ID, Baldwin DS, Altamura AC.** Can long-term outcomes be improved by shortening the duration of untreated illness in psychiatric disorders? A conceptual framework. *Psychopathology*. **2013**;46:14-21.
87. **Davidson RJ, McEwen BS.** Social influences on neuroplasticity: stress and interventions to promote well-being. *Nat Neurosci*. **2012**;15:689-695.

88. **Klerman GL, Dimascio A, Weissman M, Prusoff B, Paykel ES.** Treatment of Depression by Drugs and Psychotherapy. *Am J Psychiatry*. **1974**;131:186-191.
89. **Al-Harbi KS.** Treatment-resistant depression: therapeutic trends, challenges, and future directions. *Patient Prefer Adherence*. **2012**;6:369-388.
90. **Henisz JE, Etkin K, Levine MS.** Criteria for psychiatric hospitalization: A checklist approach. *Behav Res Methods Instrum*. **1981**;13:629-636.
91. **Mendel WM.** Determinants of the Decision for Psychiatric Hospitalization. *Arch Gen Psychiatry*. **1969**;20:321.
92. **Waxler EGM and NE.** Decision Processes in Psychiatric Hospitalization: Patients Referred, Accepted, and Admitted to a Psychiatric Hospital. *Am Sociol Assoc*. **1963**:576-587.
93. **Wood EC.** Interpersonal Aspects of Psychiatric Hospitalization. *Arch Gen Psychiatry*. **1960**;3:632.
94. **Cammer L.** *Outline of psychiatry*. New York, McGraw-Hill, **1962**.
95. **Thomas P. Henry G.** *Modern Psychiatric Treatment*. Philadelphia, J.B. Lippincott Company, **1971**.
96. **Warner SL.** Criteria for involuntary hospitalization of psychiatric patients in a public hospital. *Mental Hygiene*. **1961**; 45:122-128
97. **Warner SL, Flemming B, Bullock S.** The Philadelphia program for home psychiatric evaluations, precare, and involuntary hospitalization. *American Journal of Public Health*. **1962**; 52:29-38
98. **Luborsky L.** Clinician's judgments of mental health. *Arch Gen Psychiatry*. **1962**;7:407-417.
99. **Luborsky L, Bachrach H.** Factors influencing clinician's judgments of mental health. Eighteen experiences with the Health-Sickness Rating Scale. *Arch Gen Psychiatry*. **1974**;31:292-299.
100. **Mendel WM, Green GA.** The therapeutic management of psychological illness: New York, Basic Books, **1967**.

101. Group for the advancement of psychiatry. *The crisis in psychiatric hospitalization, Report 72*, New York, Group for the Advancement of Psychiatry, **1969**.
102. **Hanson GD, Babigian HM**. Reasons for hospitalization from a psychiatric emergency service. *Psychiatric Quarterly*. **1974**;48:336-351.
103. **Whittington HG**. *Psychiatry in the American community*. New York, International Universities Press, **1966**.
104. **Özçelik B, Karamustafalıoğlu O, Üstün N, Aker T, Çıtak S**. Süregen Psikotik Bozukluğu Olan Hastaların Tedavi, Bakım ve Uyum Sorunları Bağlamında Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ndeki Uygulamalar ve Yaşanan Güçlükler. *Düşünen Adam* **2002**; 15(2): 85-89
105. **Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P**. *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 50nd Ed, United States, Lippincott Williams and Wilkins, **2017**.
106. **Gabbard GO**. Splitting in hospital treatment. *Am J Psychiatry*. **1989**;146:444-451.
107. **Gabbard GO**. Comparative indications for brief and extended hospitalization. *Am Psychiatr Press*. **1992**;503-517
108. **Keyder Ç, Üstündağ N**. *Doğu ve Güneydoğu Anadolu'nun Kalkınmasında Sosyal Politikalar*, **2006**.
109. Sağlık İstatistikleri Yıllığı. T.C. Sağlık Bakanlığı; **2017**.  
Erişim: <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/31096,turkcesiydijiv1pdf.pdf?0>.
- Erişim Tarihi:01.08.2019
110. **Ulaş H**. Batı Avrupa Ülkelerinde ve Türkiye'de Psikiyatrik Hizmetler. *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni*. **2008**; 11;2: 2-12.
111. **Surber RW, Winkler EL, Monteleone M, Havassy BE, Goldlinger SM, Hopkin JT**. Characteristics of High Users of Acute Psychiatric Inpatient Services. *Psychiatr Serv*. **1987**;38:1112-1114.
112. **Marder SR**. Overview of partial compliance. *J Clin Psychiatry*. **2003**;64(1):3-9.

113. **Gültekin BK, Güler J, Kesebir S, Irmak Ç, Küçüksubaşı Y.** Tipik, Atipik Antipsikotik, Elektrokonvulsiv Tedavi ya da Birlikte Kullanımları ile Taburcu Edilen Şizofreni Tanılı Hastaların Altı Ay İçinde Tekrarlayan Yatış Oranlar. *Klinik Psikiyatri*. **2013**;16:206-213
114. **Özden A.** A.Ü. Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniği'ne 1982 ve 1992 yıllarında yatırılan hastalar arası karşılaştırma çalışması. *Kriz Dergisi*. **1995**;3:144-149.
115. **Kelleci M, Doğan S, Ata EE, Avcı D, Sabancıoğulları S, Başegmez F, İşkey M.** Bir Psikiyatri Kliniğinde Yatan Hastaların Psikotrop İlaç Kullanma Hakkında Düşünceleri ve Taburculuk Sonrası Telefonla İzlem. *J Psychiatr Nurs*. **2011**;2:128-135.
116. **Norquist GS, Regier DA.** The epidemiology of psychiatric disorders and the de facto mental health care system. *Annual Review of Medicine*. **1996**;47:473-479.
117. **Olfson M, Mechanic D, Hansell S, Boyer CA, Walkup J, Weiden PJ.** Predicting medication noncompliance after hospital discharge among patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv*. **2000**;51:216-222.
118. **Weiden PJ, Olfson M.** Cost of relapse in schizophrenia. *Schizophr Bull*. **1995**;21:419-429.
119. **Gilmer TP, Dolder CR, Lacro JP et al.** Adherence to treatment with antipsychotic medication and health care costs among Medicaid beneficiaries with schizophrenia. *Am J Psychiatry*. **2004**;161:692-699.
120. **Sökmez T.** Genel psikiyatri servislerine tekrar yatışları etkileyen risk faktörlerinin belirlenmesi. (Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi), Bakırköy Ruh Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul, **1998**.
121. **Çobanoğlu Üstünsoy ZS, Aker T, Çobanoğlu N.** Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluğu Olan Hastalarda Tedaviye Uyum Sorunları. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilim Dergisi*. **2003**;16:211-218.
122. **Velligan DI, Lam F, Ereshefsky L, Miller AL.** Psychopharmacology: Perspectives on medication adherence and atypical antipsychotic medications. *Psychiatr Serv*. **2003**;54:665-667.

123. **Dilbaz N.** Tedavi İşbirliği Işığında Şizofreni Tedavisinde Tedavi Uyumu. *Sigma Yayınları*. **2011**;12-23.
124. **Adams CE, Fenton MK, Quraishi S, David AS.** Systematic meta-review of depot antipsychotic drugs for people with schizophrenia. *Br J Psychiatry*. **2001**;179:290-299.
125. **Coombs T, Deane FP, Lambert G, Griffiths R.** What influences patients medication adherence? Mental health nurse perspectives and a need for education and training. *Int J Ment Health Nurs*. **2003**;12:148-152.
126. **Dolder CR, Lacro JP, Dunn LB, Jeste D V.** Antipsychotic medication adherence: is there a difference between typical and atypical agents? *Am J Psychiatry*. **2002**;159:103-108.
127. **Vanelli M, Burstein P, Cramer J.** Refill patterns of atypical and conventional antipsychotic medications at a national retail pharmacy chain. *Psychiatr Serv*. **2001**;52:1248-1250.
128. **Joanna Briggs Institute.** Educational interventions for patients receiving psychotropic medication. *Nursing Standard*. **2006**;22:40-44.
129. **Yildiz A, Onur E, Turgut K, Tunca Z.** Bir üniversite hastanesi psikiyatri kliniğinde hasta yatış sürelerini etkileyen faktörler. *Klin Psikofarmakol Bul*. **2003**;13:122-128.
130. **Türkiye Cumhuriyeti Ruh Sağlığı Politikası.** T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Ankara. **2006**.
131. **Foucault M.** *Deliliğin Tarihi*. 2. Baskı, Ankara, İmge kitabevi, **1961**.
132. **Arboleda-Flórez J.** Forensic psychiatry: contemporary scope, challenges and controversies. *World Psychiatry*. **2006**;5:87-91.
133. **Lamb HR, Bachrach LL.** Some Perspectives on Deinstitutionalization. *Psychiatr Serv*. **2001**;52:1039-1045.
134. **Singh BS, Castle DJ.** Why are community psychiatry services in Australia doing it so hard? *Med J Aust*. **2007**;187:410-412.

135. **Adanaya Ruh Sağlığı Polikliniği.** *Vatan Gazetesi*, 16.11.2006
136. **Büyük'ten Ekrem Tok Ruh Sağlığı Hastahkları Hastanesine Ziyaret.** *Adananın Sesi Gazetesi*, 09.01.2016.
137. **Fakhoury W, Priebe S.** The process of deinstitutionalization: an international overview. *Curr Opin Psychiatry*. **2002**;15:187-192.
138. **Gastal FL, Andreoli SB, Quintana MIS, Gameiro MA, Leite SO, McGrath J.** Predicting the revolving door phenomenon among patients with schizophrenic, affective disorders and non-organic psychoses. *Rev Saude Publica*. **2000**;34:280-285.
139. **Weiden P, Glazer W.** Assessment and treatment selection for “revolving door” inpatients with schizophrenia. *Psychiatr Q*. **1997**;68:377-392.
140. **Roick C, Heider D, Kilian R, Matschinger H, Toumi M, Angermeyer MC.** Factors contributing to frequent use of psychiatric inpatient services by schizophrenia patients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. **2004**;39:744-751.
141. **Botha UA, Koen L, Joska JA et al.** The revolving door phenomenon in psychiatry: comparing low-frequency and high-frequency users of psychiatric inpatient services in a developing country. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. **2010**;45:461-468.
142. **Bobo W V, Hoge CW, Messina MA, Pavlovic F, Levandowski D, Grieger T.** Characteristics of repeat users of an inpatient psychiatry service at a large military tertiary care hospital. *Mil Med*. **2004**;169:648-653.
143. **Bergen J, Hunt G, Armitage P, Bashir M.** Six-month outcome following a relapse of schizophrenia. *Aust N Z J Psychiatry*. **1998**;32:815-822.
144. **Casper ES, Romo JM, Fasnacht RC.** Readmission patterns of frequent users of inpatient psychiatric services. *Hosp Community Psychiatry*. **1991**;42:1166-1167.
145. **Aydin E, Tabo A, Karamustafalioğlu KO, Alataş G, Yiğit S, Aydın E, Erkuş GH.** Döner kapi olgusu: Toplum temelli ruh sağlığı hizmet modeline geçişin psikiyatri servisine yatış üzerine etkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. **2014**;15:185-191.

146. **Tyrer P.** Psychiatric clinics in general practice. An extension of community care. *Br J Psychiatry*. **1984**;145:9-14.
147. **Vinding HR, Hansson L, Zandén T, Lindhardt A, Saarento O, Sandlund M, Oiesvold T.** The Nordic comparative study on sectorized psychiatry. Part IV. The influence of patient social characteristics on treated incidence. *Acta Psychiatr Scand*. **1996**;93:339-344.
148. **Lin E, Goering P, Offord DR, Campbell D, Boyle MH.** The Use of Mental Health Services in Ontario: Epidemiologic Findings. *Can J Psychiatry*. **1996**;41:572-577.
149. **Mahendran R, Mythily, Chong S-A, Chan YH.** Brief Communication: Factors Affecting Rehospitalisation in Psychiatric Patients in Singapore. *Int J Soc Psychiatry*. **2005**;51:101-105.
150. **Gastal FL.** Controle estatístico de processo: um modelo para a avaliação da qualidade de serviços de internação psiquiátrica. Uzmanlık Tezi, Universidade Federal de São Paulo/EPM, São Paulo, **1995**.
151. **Uçanay Sönmez E.** Şizofreni hastalarında dönerkapi fenomeni değişkenlerinin incelenmesi. Uzmanlık Tezi, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, **2008**.
152. **Avrupa İçin Ruh Sağlığı Eylem Planı ve Deklerasyonu.** Dünya Sağlık Örgütü, Helsinki, **2005**.
153. **Yardım N, Mollahaliloğlu S.** *21 Hedef'te Türkiye: Sağlıkta Gelecek*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, **2007**
154. **Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge.** TC. Sağlık Bakanlığı, **2011**

Erişim:<https://www.saglik.gov.tr/TR,11269/toplum-ruh-sagligi-merkezleri-hakkinda-yonerge.html>. Erişim tarihi: 01.09.2019

155. **Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM-2019) Listesi.** T.C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü Sağlık Hizmetleri Dairesi Başkanlığı, **2019.**

Erişim: <https://khgmsaglikhizmetleridb.saglik.gov.tr/TR,43118/toplum-ruh-sagligi-merkezleri-trsm-listesi.html>. Erişim tarihi: 01.09.2019

156. **Alataş G, Kahiloğulları AK, Yanık M.** Sağlık Bakanlığı Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı. Ankara; **2011.**

157. **Şahin Ş, Elboğa G.** Toplum ruh sağlığı merkezinden yararlanan hastaların yaşam kalitesi, tıbbi tedaviye uyumu, içgörü ve işlevsellikleri. *Cukurova Med J.* **2019**;44:1-1.

158. **Evrensel A, Balibey H, Tarhan N.** Bir Askeri Üniversite Hastanesi Psikiyatri Servisinde Yatarak Tedavi Goren Hastaların Yatis Sureleri ve Klinik Ozellikleri. *Int Med J.* **2016**;5:371.

159. **Kesebir S, Ergelen M.** Şizofreni Hastalarında Tekrarlayan Yatış Sıklığı ve Öngörücüleri. *Klinik Psikiyatri.* **2013**;16:225-231

160. **Al-Ansari EA, El-Hilu S, El-Hihi MA, Hassan KI.** Patterns of psychiatric consultations in Kuwait general hospitals. *Gen Hosp Psychiatry.* **1990**;12:257-263.

161. **Belek İ.** Sosyal sınıf, eğitim, gelir ve mahalle: Hangisi sağlığın en önemli belirleyicidir. *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi.* **1999**:77-93.

162. **Henderson C, Thornicroft G, Glover G.** Inequalities in mental health. *Br J Psychiatry.* **1998**;173:105-109.

163. **Arslan R .** XIX. Yüzyılda Adıyaman’da Sosyo-Ekonomik Yapı. *Sosyal Bilimler Dergisi.* **2010**; 26

165. **Windfuhr K, Kapur N.** Suicide and mental illness: a clinical review of 15 years findings from the UK National Confidential Inquiry into Suicide. *Br Med Bull.* **2011**;100:101-121.

166. **Latalova K, Kamaradova D, Prasko J.** Suicide in bipolar disorder: a review. *Psychiatr Danub.* **2014**;26:108-114.

167. **Jacobs DG, Baldessarini RJ, Conwell Y et al.** *Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients with Suicidal Behaviors.* **2010**;1-184.
168. **Nordentoft M, Madsen T, Fedyszyn I.** Suicidal behavior and mortality in first-episode psychosis. *J Nerv Ment Dis.* **2015**;203:387-392.
169. **Hawton K, Van Heeringen K.** *Suicide.* *Lancet.* **2009**;373:1372-1381.
170. **Ögel K.** *Sigara, Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları: Tanı, Tedavi ve Önleme.* İstanbul, Yeniden Yayınları, **2010**.
171. **Arseneault L, Moffitt TE, Caspi A, Taylor PJ, Silva PA.** Mental disorders and violence in a total birth cohort: results from the Dunedin Study. *Arch Gen Psychiatry.* **2000**;57:979-986.
172. **Van Alphen NR, Stewart JG, Esposito EC, Pridgen B, Gold J, Auerbach RP.** Predictors of Rehospitalization for Depressed Adolescents Admitted to Acute Psychiatric Treatment. *J Clin Psychiatry.* **2017**;78:592-598.
173. **Lewis DA.** *The Psychopathology of Insight.* British Journal of Medical Psycholog, **1934**.
174. **Aslan S, Altınöz AE.** İçgörü Kavramı ve Şizofreni. *Psikiyatride Derlemeler, Olgular ve Varsayımlar.* **2010**;4:1-2.
175. **Amador XF, Strauss DH, Yale SA, Gorman JM.** Awareness of illness in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin.* **1991**;17:113-132.
176. **Markova IS, Berrios GE.** The meaning of in-sight in clinical psychiatry. *Br J Psychiatry.* **1992**: 850-860.
177. **Eisen JL, Phillips KA, Coles ME, Rasmussen SA.** Insight in obsessive compulsive disorder and body dysmorphic disorder. *Compr Psychiatry.* **2004**;45:10-15.
178. **Phillips KA, Pinto A, Hart AS et al.** A comparison of insight in body dysmorphic disorder and obsessive-compulsive disorder. *J Psychiatr Res.* **2012**;46:1293-1299.

179. **Veras AB, Do-Nascimento JS, Rodrigues RL, Guimarães ACA, Nardi AE.** Psychotic symptoms in social anxiety disorder patients: report of three cases. *Int Arch Med.* **2011**;4:12.
180. **Armando M, Lin A, Girardi P et al.** Prevalence of psychotic-like experiences in young adults with social anxiety disorder and correlation with affective dysregulation. *J Nerv Ment Dis.* **2013**;201:1053-1059.
181. **Vitousek K, Watson S, Wilson GT.** Enhancing motivation for change in treatment-resistant eating disorders. *Clin Psychol Rev.* **1998**;18:391-420.
182. **Konstantakopoulos G, Varsou E, Dikeos D et al.** Delusionality of body image beliefs in eating disorders. *Psychiatry Res.* **2012**;200:482-488.
183. **Çakır F, İlnem C, Yener F.** Kronik psikotik hastalarda taburculuk sonrası takip ve tedaviye uyum. *Dusunen Adam J Psychiatry Neurol Sci.* **2010**:50-59.
184. **Azorin JM, Akiskal H, Hantouche E.** The mood-instability hypothesis in the origin of mood-congruent versus mood-incongruent psychotic distinction in mania: validation in a French National Study of 1090 patients. *J Affect Disord.* **2006**;96:215-223.
185. **Ozyildirim I, Cakir S, Yazici O.** Impact of psychotic features on morbidity and course of illness in patients with bipolar disorder. *Eur Psychiatry.* **2010**;25:47-51.
186. **Johnson J, Horwath E, Weissman MM.** The validity of major depression with psychotic features based on a community study. *Arch Gen Psychiatry.* **1991**;48:1075-1081.
187. **Coryell W, Tsuang MT.** Primary unipolar depression and the prognostic importance of delusions. *Arch Gen Psychiatry.* **1982**;39:1181-1184.
188. **Coryell W.** The treatment of psychotic depression. *J Clin Psychiatry.* **1998**;59:22-29.
189. **Solyom L, Dinicola VF, Phil M, Sookman D, Luchins D.** Is There an Obsessive Psychosis? Aetiological and Prognostic Factors of an Atypical Form of Obsessive-Compulsive Neurosis. *Can J Psychiatry.* **1985**;30:372-380.

190. **Rasmussen SA, Tsuang MT.** Clinical characteristics and family history in DSM-III obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. **1986**;143:317-322.
191. **Barnow S, Arens EA, Sieswerda S, Dinu Biringer R, Spitzer C, Lang S.** Borderline Personality Disorder and Psychosis: A Review. *Curr Psychiatry Rep*. **2010**;12:186-195.
192. **Tsai SYM, Chen CC, Kuo CJ, Lee JC, Lee HC, Strakowski SM.** 15-year outcome of treated bipolar disorder. *J Affect Disord*. **2001**;63:215-220.
193. **Suzuki Y, Yasumura S, Fukao A, Otani K.** Associated factors of rehospitalization among schizophrenic patients. *Psychiatry Clin Neurosci*. **2003**;57:555-561.
194. **Mathias R.** Marijuana and tobacco use up again among 8th and 10th graders. A collection of NIDA notes articles on nicotine addiction. *National Institutes of Health* **1997**.
195. **Harkin AM.** Smoking, Drinking and Drug Taking in the European Region. Copenhagen, *World Health Organization Regional Office*, **1997**.
196. **Asarnow JR, Tompson MC.** Childhood-onset schizophrenia: A follow-up study. **1999**:2-5.
197. **Hui CLM, Li AWY, Leung CM et al.** Comparing illness presentation, treatment and functioning between patients with adolescent- and adult-onset psychosis. *Psychiatry Res*. **2014**;220:797-802.
198. **Werry JS, McClellan JM, Andrews LK, Ham M.** Clinical features and outcome of child and adolescent schizophrenia. *Schizophr Bull*. **1994**;20:619-630.
199. **Kelly BD, Clarke M, Browne S et al.** Clinical predictors of admission status in first episode schizophrenia. *Eur Psychiatry*. **2004**;19:67-71.
200. **Yen CF, Yeh ML, Chen CS, Chung HH.** Predictive value of insight for suicide, violence, hospitalization, and social adjustment for outpatients with schizophrenia: a prospective study. *Compr Psychiatry*. **43**:443-447.

201. **David A.** The clinical importance of insight: an overview. In: Insight and Psychosis. **2004**:359.
202. **Rabinowitz J, Mark M, Popper M, Slyuzberg M, Munitz H.** Predicting revolving-door patients in a 9-year national sample. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* **1995**;30:65-72.
203. **Belli H, Özçetin A, Ertem Ü et al.** Şizofreni hastalarında bazı sosyodemografik özellikler ve tedavi ile ilişkili etkenler Some sociodemographic features and factors associated with treatment in patients with schizophrenia. *Anatol J Psychiatry.* **2007**:102-112.



## EKLER

### EK-1-Sosyodemografik Veri formu

#### SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

**Adı Soyadı:**

**Yaşı:**

**Cinsiyeti:** ( ) Kadın ( ) Erkek

**Medeni durumu:** ( ) Bekar ( ) Evli

**Çocuğu:** ( ) Var ( ) Yok

**Eğitim Düzeyi:** ( ) Eğitimsiz ( ) İlköğretim ( ) Lise ( ) Üniversite ve Üzeri

**Eğitim Yılı:**

**Çalışma Durumu:** ( ) Çalışıyor ( ) Çalışmıyor

**Yaşam Şekli:** ( ) Yalnız ( ) Aile ile

**Yaşadığı Yer:** ( ) Kırsal ( ) Kentsel

**Sigara Kullanımı:** ( ) Kullanıyor ( ) Kullanmıyor

**Alkol Kullanımı:** ( ) Kullanıyor ( ) Kullanmıyor

**Madde Kullanımı:** ( ) Kullanıyor ( ) Kullanmıyor

## EK-2 Klinik Veri Formu

### KLİNİK VERİ FORMU

**Psikotik Bulgusu:** ( ) Var ( ) Yok

**Hastalık Başlangıç Yaşı:**

**Hastalık Süresi:**

**İçgörüsü:** ( ) Var ( ) Yok

**Eşlik Eden Fiziksel Hastalık Öyküsü:** ( ) Var ( ) Yok

**Kendisinde Özkıyım Girişimi:** ( ) Var ( ) Yok

**Özkıyım Girişimin Niteliği:** ( ) Violent ( ) Nonviolent

**Özkıyım Girişimin Planlılığı:** ( ) Planlı ( ) Plansız

**Ailede Ruhsal Hastalık Öyküsü:** ( ) Var ( ) Yok

**Ailede Özkıyım Girişim Öyküsü:** ( ) Var ( ) Yok

**Ailede Özkıyım Girişim Sonrası Ölüm:** ( ) Var ( ) Yok

**İlk yatışında Hastanede Kalış Süresi:**

**İlk Yatışı ve İkinci Yatışı Arasında Geçen Süre:**

**Ardışık 18 Ay İçerisinde Hastane Yatış Süresi:**

**Ardışık 18 Ay İçerisinde Hastane Yatış Sayısı:**

**Hastaneye Son Başvuru Temel Nedeni:**

( ) Alkol ve Madde Kötüye Kullanımı ( ) Yakınlar Arası Sosyal Problemler

( ) İlaça Yanıtsızlık yada Uyumsuzluk ( ) Başkalarına Zarar Verici Davranışlar ( )

Suicidal Düşünce ( ) Hepsi

**Hastaneye Son Başvurudaki Yatış Endikasyonu:**

( ) Genel Tıbbi Durumu Nedeniyle ( ) Tam Düzelmeye Olmadığı İçin ( ) Akut

Alevlenme ( ) Diğer

**Hastalık Ana Tanısı:**

( ) Anksiyete Bozuklukları ( ) Bedensel Belirti Bozuklukları ( ) Beslenme ve Yeme Bozuklukları

( ) Bipolar ve ilişkili Bozukluklar ( ) Depresyon Bozuklukları ( ) Disosiasyon Bozuklukları

( ) Kalıcı Komplike Yas Reaksiyonu ( ) Kişilik Bozuklukları ( ) Madde ile ilişkili Bozukluklar

( ) Nörobilişsel Bozukluklar ( ) Nörogelişimsel Bozukluklar ( ) OKB ve ilişkili Bozukluklar

( ) Şizofreni ve Psikoz ile Giden Diğer Bozukluklar ( ) Travma ve Stresörle ilişkili Bozukluklar

( ) Yıkıcı Bozukluklar Dürtü Denetimi ve Davranım Bozuklukları

( ) Tanı Yok

**Hastalık Ek Tanısı:** ( ) Yok

( ) Depresyon Bozuklukları ( ) Kişilik Bozuklukları ( ) Nörogelişimsel Bozukluklar ( ) Nörobilişsel Bozukluklar

( ) Kalıcı Komplike Yas Reaksiyonu ( ) Anksiyete Bozuklukları

( ) İlaçların Yol Açtığı Devinim Bozuklukları ve İlaçların Diğer Yan Etkileri ( ) Cinsel İşlev Bozuklukları

( ) Bedensel Belirti Bozuklukları ve ilişkili Bozukluklar ( ) Bipolar ve ilişkili Bozukluklar

( ) OKB ve ilişkili Bozukluklar

( ) Şizofreni ve Psikoz ile Giden Diğer Bozukluklar ( ) Disosiasyon Bozuklukları ( ) Madde ile ilişkili Bozukluklar

**Hastalık 2. Ek Tanısı:**

( ) Yok ( ) Var Var ise tanı:

**Hastanın Çıkış Durumu:**

( ) Haliyle ( ) Kısmi Düzelme ( ) Tam Düzelme

**Taburculuk Sonrası Poliklinik Kontrolü:**

( ) 0-1 Ay ( ) 1-6 Ay ( ) 6 Ay Ve Üzeri

**1. Yataışta EKT Varlığı:** ( ) Yok ( ) Var

**2. Yataışta EKT Varlığı:** ( ) Yok ( ) Var

**3. Yataışta EKT Varlığı:** ( ) Yok ( ) Var

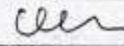
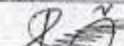
**4. Yataışta EKT Varlığı:** ( ) Yok ( ) Var

### EK-3 Etik Kurul Onayı

#### T.C. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

| Toplantı Sayısı | Tarih        |
|-----------------|--------------|
| 85              | 1 Şubat 2019 |

KARAR NO 15- Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda, Prof. Dr. Gonca Karakuş yönetiminde, Araş. Gör. Dr. Merve Tsakır Chasan tarafından yürütülmesi öngörülen, "Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniğinde Yatan Psikotik ve Psikotik Olmayan Hastalarda Tekrarlayan Yatışların Karşılaştırılması" başlıklı tıpta uzmanlık tez projesi araştırma etiği yönünden değerlendirildi. Toplantıya katılan üyelerin oybirliğiyle uygun olduğuna karar verildi.

|        |                                                                         |                                                                                       |
|--------|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| BAŞKAN | Prof Dr Selim Kadioğlu<br>Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı              |  |
| ÜYELER | Prof Dr Davut Alptekin<br>Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı                  |  |
|        | Prof Dr Dinçer Yıldızdaş<br>Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı |  |
|        | Prof Dr Gülşah Seydaoğlu<br>Biyostatistik Anabilim Dalı                 | Toplantıya Katılmadı                                                                  |
|        | Prof Dr Gürhan Sakman<br>Genel Cerrahi Anabilim Dalı                    |  |
|        | Prof Dr Murat Gündüz<br>Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı     |  |
|        | Doç Dr Ezgi Özyılmaz Saraç<br>Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı          |  |
|        | Av. Zehra Bulut<br>Hukukçu Üye                                          | Toplantıya Katılmadı                                                                  |
|        | Dr Neşe Kayrın<br>Kurum Dışı Üye                                        | Toplantıya Katılmadı                                                                  |

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlık Binası, Balcalı 01330 Adana  
Telefon: 0322 338 60 60 dahili 3465, Faks: 0322 338 67 22

## ÖZGEÇMİŞ

**Adı Soyadı** : Merve TSAKIR CHASAN  
**Doğum Tarihi ve Yeri** : 1991 – Komotini/Yunanistan  
**Medeni Durumu** : Bekar  
**Telefon** : 0 537 506 01 99  
**Faks** :  
**E-mail** : mervecakir616@gmail.com  
**Mezun Olduğu Tıp Fakültesi** : İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi  
**Mezuniyet Derecesi** :  
**Görev Yerleri** : -  
**Dernek Üyelikleri** : Türkiye Psikiyatri Derneği  
**Alınan Burslar** :  
**Yabancı Dil** : İngilizce  
**Diğer Hususlar** :