

Yaz / Summer 2011

Cilt / Volume 1

Sayı / Issue 2

Psikiyatride Güncel yılda dört kez (Mart, Haziran, Eylül ve Aralık) yayımlanan yaygın süreli bilimsel yayındır.
Four issues published annually: march, june, september, december

TPD adına Sahibi ve Sorumlu Müdürü / Published by Psychiatric Association of Turkey

Doğan Yeşilbursa

Yayın Yönetmeni / Editor in Chief

Simavi Vahip

Yardımcı Yayın Yönetmenleri / Associate Editors

Ömer Aydemir

E. Timuçin Oral

Mustafa Sercan

Danışma Kurulu / Advisory Board

Ercan Abay, *Edirne*
Aseha Akdemir, *Hatay*
Tamer Aker, *Kocaeli*
Gökay Aksaray, *Eskişehir*
Nihat Alpay, *İstanbul*
Latif Alpkan, *İstanbul*
Ahmet Ataoğlu, *Bolu*
Nuray Atasoy, *Zonguldak*
Murad Atmaca, *Elazığ*
Ahmet Ayer, *Manisa*
Salih Battal, *Ankara*
Mustafa Bilici, *İstanbul*
Lütfullah Beşiroğlu, *Van*
M.Emin Ceylan, *İstanbul*
Can Cimilli, *İzmir*
Behcet Coşar, *Ankara*
Hakan Coşkunol, *İzmir*
Duran Çakmak, *İstanbul*
Mecit Çalışkan, *İstanbul*
Ali Çayköylü, *Ankara*

Feryal Çelikel, *Tokat*
Ali Rıza Çeliker, *İstanbul*
A. Kadir Çevik, *Ankara*
Ayşen Esen Danacı, *Manisa*
Ferhan Dereboy, *Aydın*
Nesrin Dilbaz, *Ankara*
Orhan Doğan, *Sivas*
Sultan Doğan, *Tekirdağ*
Alaaddin Duran, *İstanbul*
Deniz Eker, *İstanbul*
Hülya Ensari, *Bolu*
Nezih Eradamlar, *İstanbul*
Murat Erkıran, *İstanbul*
Şahap Erkoç, *İstanbul*
Atilla Erol, *Sakarya*
Ertuğrul Eşel, *Kayseri*
Yunus Emre Evlice, *Adana*
Erol Göka, *Ankara*
Peykan Gökçalp, *İstanbul*
Özkan Güler, *Konya*

Duru Gündoğar, *Çanakkale*
Cem İnem, *İstanbul*
Dr.Taha Karaman, *Antalya*
Oğuz Karamustafalıoğlu, *İstanbul*
Rifat Karlıdağ, *Malatya*
Tunay Karlıdere, *Balıkesir*
Mahmut Katı, *Şanlıurfa*
Selçuk Kırılı, *Bursa*
İsmet Kırpınar, *Erzurum*
Yüksel Kıvrak, *Kars*
Orhan Murat Koçak, *Kırkkale*
Emel Koçer, *İstanbul*
Rahim Kucur, *Konya*
Erhan Kurt, *İstanbul*
Levent Mete, *İzmir*
Mustafa Namlı, *Elazığ*
Nalan K.Oğuzhanoğlu, *Denizli*
Özlem Orhan, *Kahramanmaraş*
Kültegin Ögel, *İstanbul*
Haluk Özbay, *Ankara*

Ömer Özbulut, *Afyon*
Ramazan Özcankaya, *Isparta*
Aytekin Özşahin, *Ankara*
Ömer Saatçioğlu, *İstanbul*
Osman Salıç, *Samsun*
Armağan Yücel Samancı, *İstanbul*
Haluk A Savaş, *Gaziantep*
Mustafa Sercan, *Bolu*
Aytekin Sır, *Diyarbakır*
Haldun Soygür, *Ankara*
Mehmet Zihni Sungur, *İstanbul*
A.Rifat Şahin, *Samsun*
Defne Tamar, *İstanbul*
Nilgün Taşkıntuna, *Ankara*
Ahmet Tiryaki, *Trabzon*
Raşit Tükel, *İstanbul*
Hakan Türkçapar, *Ankara*
Berna Uluğ, *Ankara*
Kemal Yazıcı, *Mersin*

"Danışma Kurulu Türkiye'de psikiyatri eğitimi veren kurumların yöneticilerinden oluşan TPD Eğitim Üst Kurulu üyelerinden oluşur"

Yazışma adresi / Corresponding address

Türkiye Psikiyatri Derneği
Tunus Cad. 59/5
Kavaklıdere, Ankara
Tel. 0312 468 74 97
www.psikiyatri.org.tr

e-posta:

simavi.vahip@ege.edu.tr
simavi.vahip@gmail.com

Grafik Tasarım ve Yayın Hizmetleri / Publishing Services

BAYT Bilimsel Araştırmalar Basın Yayın ve Tanıtım Ltd. Şti.
Ziya Gökalp Cd. 30/31, 06420 Kızılay, Ankara
Tel : 0 312 431 3062
Faks : 0 312 431 3602
e-posta : info@bayt.com.tr

Baskı / Printing

Miki Matbaacılık Ltd. Şti.
Matbaacılar Sanayi Sitesi 560 Sk. No: 27
Yenimahalle, Ankara
Tel : 0 312 395 2128
Faks : 0 312 395 2349

ISSN 2146-331X

Baskı Tarihi: 16 Eylül 2011

yazarlara bilgi

Yazıların İçerdiği Alt Bölümler ve Özellikleri

- **Başlık**
- **Yazar(lar)**
- **Yazar(lar)ın kısa özgeçmişi** (Her yazar için 50 kelime)
- **İletişim:** Yazar(lar)ın tercih ettiği iletişim adresi/e-posta adresi
- **Anahtar sözcükler:** Index Medicus'a göre belirlenmiş en az 3 en çok 6 anahtar sözcük
- **Türkçe Özet** (200-250 kelime)
- **İngilizce Özet** (250-300 kelime)
- **Yazı:** Her yazı en az 8, en çok 12 sayfadan oluşur. Yazıların belirtilen sayfa sayıları **kaynaklar, tablolar ve şekiller hariç** tutularak ve **tek aralıkla** yazılmış biçime göre verilmiştir. Yazıların 12 font büyüklüğünde ve **Times New Roman** fontunda kaleme alınması gerekmektedir.
- **Olgu sunumu:** Her yazının sonunda konu ile ilgili bir olgu sunumuna yer verilmesi beklenmektedir. İşlenen konuyu iyi bir şekilde örnekleyen bir olgu, tek aralıklı ve A4 boyutunda bir sayfaya sığacak şekilde yazılmalıdır. Gerçek hasta örneklerinde hasta kimliğinin anlaşılmasını sağlayacak önmeler özenle alınmalıdır.
- **Tablolar, şekiller ve resimler:** Yazılarda okunmayı, anlaşılmayı ve sonuçta eğitimi kolaylaştıracak tablo ve şekillerin her biri en sonda ayrı sayfalarda verilmeli ve metin içinde girecekleri yerler belirtilmelidir.
- **Alıntı pencerelerine metinden cümle önerileri:** Her yazının içinde 5-8 alıntı penceresi oluşturulacak ve bu pencerelerde yazının içinden bazı cümleler/çok kısa paragraflar okuyucunun konuya ilgisini çekmek üzere bu pencerelerde ayrıca verilecektir. Bu nedenle yazarların bu doğrultuda yapacakları öneriler konuk yayın yönetmenleri ile yayın yönetmenlerine yardımcı olacaktır. Bu alıntı pencerelerine alınacak cümle ya da cümlelere ilişkin önerilerin yazarlar tarafından ayrı bir sayfada sunulması beklenmektedir.
- **Kaynaklar:** Kaynak gösterimi ve Kaynak Künyesi Yazım Kuralları örnekleri için aşağıdaki "Kaynak Yazım Kuralları" bölümüne bakınız.

Kaynak Yazım Kuralları

Metin içinde kaynak gösterimi

- Kaynak gösteriminde Vancouver Stili kullanılacaktır.
- Kaynaklar metin içerisinde çıkış sırasına göre numaralandırılacaktır.
- Metin içinde numaralar üstsimge niteliğinde yazılacaktır. Örnek:¹.

Kaynaklar listesinde kaynak künyesi yazım kuralları

- Kullanılan kaynakların listesi yazının bitiminde "Kaynaklar" başlığı altında verilir.

- Kaynak künyesi yazımında Vancouver Stili kullanılır.
- Kaynaklar metin içinde çıkış sırası dikkate alınarak numaralanır. Kaynaklar Listesinde numaralar yuvarlak parantez içinde verilir. Örnek: (1)
- Kaynak Listesinde tüm yazarların adları yer alınmalıdır.
- En sık kullanılan kaynak türleri olan "dergide yayımlanmış makale, kitap, editörlü kitap bölümü, yayımlanmış tez, toplantıda sunulan bildiri ya da poster, dergide makale (elektronik), kitap (elektronik)" gibi kaynakların verilme biçimine ilişkin kurallar ve örnekler aşağıda verilmiştir. Bu örnekler dışında yer alan kaynak türlerine ilişkin yazım kuralları için Vancouver Yazım Stili'ni daha ayrıntılı yer aldığı kaynaklara başvurulabilir.

Dergide makale (basılımsız)

- Yazar(lar).
- Dergide basılmış makalenin adı.
- Derginin adı (italik)
- Yayın yılı;
- Cilt numarası (Sayı);
- Makalenin sayfa numaraları.

Örnek: Oral ET, Vahip S. Bipolar depression: an overview. *IDrugs* 2004; 7(9): 846-50.

Kitap

- Yazar(lar).
- Kitap adı (italik yazılmalıdır).
- Seri başlığı ve numarası (eğer bir serinin parçası ise)
- Kaçınıcı baskı olduğu (eğer ilk baskı değilse).
- Yayımlandığı/basıldığı yer (eğer birden fazla yer varsa ilk belirtilen yer adını kullanın)
- Yayıncı;
- Yayın yılı.

Örnek: Goodwin FK, Jamison KR. *Manic-Depressive Illness: Bipolar Disorders and Recurrent Depression*. İkinci Baskı. New York: Oxford University Press; 2007.

Editörlü kitapta bölüm

- Bölüm yazar(lar)ı.
- Bölüm başlığı.
- Editör (isimden sonra daima (ed.) yazınız)
- Kitap adı (italik).
- Seri adı/başlığı ve sayısı (eğer bir serinin parçası ise)
- Kaçınıcı baskı olduğu.
- Yayın yeri;
- Yayıncı;
- Yayın yılı.
- Sayfa numaraları.

Örnek: Jefferson JW, Greist JH. Lithium. Sadock BJ, Sadock VA (eds). *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry* de. 7. Baskı. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2000. 2377-90.

Yayımlanmamış tez

- Yazar.
- Tez adı (italik yazılmalıdır)
- (Uzmanlık Tezi) ibaresi.
- Kişinin uzmanlık eğitimi aldığı kurum adı.
- Tez kabul yılı.

Örnek: Sercan M. *Depresif Bozukluklarda Bedensel Belirtilerin Önemi*. (Yayımlanmamış uzmanlık tezi). İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Psikiyatri Ana-bilim Dalı; 1987.

Toplantıda sunulan bildiri ya da poster

- Yazar(lar).
- Bildiri adı.
- Kongre adı (italik yazılmalıdır)
- Kongre tarihi,
- Kongrenin yapıldığı yer.

Örnek: Sercan M, Ger C, Oncu F, Bilici R, Ural C. Immigration and Violence by Mentally Disordered Offenders. *World Psychiatric Association International Congress*, July 12 -16 2006, İstanbul.

Çevrimiçi kaynak gösterimi

Dergide Makale (Elektronik): Çevrimiçi makale, basılı olan ile aynı ise basılı olan kaynak gösterilmelidir. Farklılık varsa çevrimiçi olan kullanılır. Eğer dergi makalesinin bir DOI (digital object identifier) numarası varsa URL adresi yerine onu kullanınız. DOI makalenin çevrimiçi her zaman bulunmasını sağlayan ve yayıncı tarafından sağlanan geçici bir ayırt edici kimlik bilgisidir.

- Yazar(lar).
- Dergide basılmış makalenin adı.
- Derginin adı (italik)
- [Çevrimiçi]
- Yayın yılı;
- Cilt numarası;
- (Sayı)
- Makalenin sayfa numaraları.
- Ulaşılabileceği adres: URL ya da DOI
- [Erişim tarihi]

Örnekler:

(1) Arrami M, Garner H. A tale of two citation. *Nature* (Online)2008;451(7177):397-399. Ulaşılabileceği adres: <http://www.nature.com/nature/journal/v451/n7177/full/451397a.html> [Erişim tarihi 20 Ocak 2008].

(2) Wang F, Maidment G, Missenden J, Tozer R. The novel use of phase change materials in refrigeration plant. Part1: Experimental investigations. *Applied Thermal Engineering*. [Çevrimiçi] 2007;27(17-18): 2893-2901. Ulaşılabileceği adres: doi:10.1016/j.applthermaleng.2005.06.011. [Erişim tarihi 14 Temmuz 2008].

Kitap (elektronik)

- Yazar(lar)/Editör (editör ise isimden sonra (ed.) yazınız)
- Başlık (italik olmalıdır)
- Seri adı/başlığı ve sayısı (eğer bir serinin parçası ise)
- Kaçınıcı baskı olduğu (eğer birinci baskı değilse) [e-kitap]
- Yayımlandığı/basıldığı yer (eğer birden fazla yer varsa ilk belirtilen yer adını kullanın)
- Yayıncı
- Yayın yılı
- Ulaşılabileceği adres: URL
- [erişim tarihi]

Örnek: Simons NE, Menzies B, Matthews M. A Short Course in Soil and Rock Slope Engineering. A Short Course in Soil and Rock Slope Engineering. [Çevrimiçi] London: Thomas Telford Publishing; 2001. Edinilebileceği adres: <http://www.mylibrary.com?ID=93941> [Erişim 18 temmuz 2008].

Sayın Meslektaşlarım,

Hiç klinik ilaç çalışmalarında görev aldınız mı bilmiyorum. Uzun bir çalışmadan dışlama listesi vardır. Şu tanıyı almış olmayacak, son altı ayda bu hastalık da olmayacak gibi. Çalışmaya bir hasta randomize edebilmek için birçok hastanın taranması ve “saf hastaların” bulunması gerekmektedir. Örneğin major depresyon çalışmaları “intiharı aklına bile getirmeyen, alkol-maddeyi kötüye kullanmayan, ektanisi olmayan, bedensel sağlığı da yerinde ve tedaviye uyum gösterebilecek olan” deneklerde yapılıyor. Benim hastalarım ise yoğun kişilerarası stresler yaşıyorlar. Kişilik sorunları sık. Genellikle ilaç uyumları da bozuktur. Üstelik tedavi yanıtlarını değiştirecek ektanıları mevcut. Böyle olunca kitapların, makalelerin ve hatta tedavi kılavuzlarının ilaç önerileri benim hastalarımda işlemiyor sanki. Gerçek dünya daha farklı: STAR*D çalışması sonuçlarına göre ilk kullanılan iki ilaç yaramadıysa depresyonun düzelme olasılığı düşük.

Hepinizin sıkça yaşadığı bu durumun en karmaşık nedenlerinden biri ektani sorunudur. Sorunun tanınması tanınması hiyerarşinin kaldırdığı DSM-III ertesidir. Hemen neredeyse tüm doksanlı yıllarda ve iki binlerin ilk yarısında psikiyatrik dergiler ektani araştırmalarıyla doldu taşı. Polikliniklerde gördüğümüz gerçek hastalara uyarlanması gereken bir veri dağı oluştu.

Birlikte görülen iki psikiyatrik durum yalnızca rastlantısal mı? Acaba aralarında etyopatolojik bir ilişki var mı? En önemlisi de uygulamayı düşündüğüm farmakolojik tedavi ya da psikoterapi bu olası ortak etyolojiyi düzeltebilir mi? Ektanlı bir hastayla karşı karşıyayken yıldırım hızıyla zihninizden geçen bu soruların yanıtları belki literatürde mevcut. İşte, biz de konunun uzmanlarından bu birikimin özetlenmesi ve anlamlandırılmasını rica ettik. Psikiyatride Güncel’in ikinci sayısındaki ektani yazılarını mesleki gelişiminize katkıda bulunması umuduyla beğenimize sunuyoruz.

Tunç Alkın

İçindekiler

Yaz 2011

Önsöz <i>Tunç Alkın</i>	iii
■ Tanı koyma süreci ve çoğul tanılar sorunu <i>Soli Sorias</i>	81
■ Major depresif bozuklukta ektanılar <i>Tunç Alkın, Atıl Mantar</i>	91
■ Obsesif-kompulsif bozuklukta ektanı ve tedavi için öneriler <i>Raşit Tükel</i>	109
■ Bipolar bozuklukta ek tanılar <i>Nurgül Özpoğraz, Gonca Karakuş</i>	122
■ Şizofrenide psikiyatrik ektanılar <i>Berna Binnur Akdede</i>	140
■ Psikiyatride sık görülen nöropsikiyatrik sendromlara yaklaşım <i>E. Cem Atbaşoğlu, Direnç Sakarya</i>	156
■ Madde kullanım bozukluklarında ektanı <i>Figen Karadağ</i>	171

Tanı koyma süreci ve çoğul tanılar sorunu

Soli Sorias

Özgeçmiş: Dr. Soli Sorias, 1976'da uzman, 1983'te doçent oldu. 1980'den itibaren psikiyatrik tanı, hasta veri tabanları, tıbbi bilişim, yapay nöron ağları ve zihnin bilgisayar modelleri konuları ile ilgilendi. 1985'te, SQL tabanlı ilk hasta veri tabanını gerçekleştirdi. SCID'in, Türkçe'ye uyarlanma çalışmalarını yürüten ekibin liderliğini yaptı. 1989'da profesörlüğe yükseltildi. 1989-1999 yılları arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde ilk Tıbbi Bilişim dersini verdi. 2004 yılında emekli oldu. Halen serbest psikiyatrist olarak çalışmaktadır.

İletişim: 1430 Sokak No 3/3, Yavuz Apt. Mimar Sinan Mah. İZMİR

e-posta: solisorias@yahoo.com

ÖZET

Komorbidite deyimini ilk defa 1970'de Feinstein, kronik medikal hastalıklar için kullanmıştır. Fakat bu deyim, her ne kadar fizik hastalıklar için tanımlanmışsa da, psikiyatride daha çok kullanılır oldu. Çoğul tanıların karşımıza bir sorun olarak çıkması, bunların görülme sıklığının çok yüksek olmasındandır. Örneğin, son büyük epidemiyolojik araştırmalardan biri olan NCS-R çalışmasına göre, tüm psikiyatrik hastaların %45'i birden çok tanı almaktadır.

Çoğul tanılarının nedenlerini araştırdığımızda iki farklı çoğul tanı tipi olduğunu görüyoruz: 1) Gerçek çoğul tanılar. 2) Yalancı (psödo) çoğul tanılar.

Gerçek çoğul tanılar, bir hastada birden çok hastalığın gerçekten, yani doğal nedenlerle bir arada olmasıdır. Bu komorbidite tipinde uygulama, yöntem ya da sınıflamada herhangi bir hata yoktur ve aynı hastada farklı nedenlerle ortaya çıkabilir. Gerçek çoğul tanılar bizi rahatsız etmez ve hastanın tanısız değerlendirilmesinin iyi yapılmış olduğunu düşündürür.

Öte yandan yalancı çoğul tanılar doğal değil, tanı koyma sürecindeki hatalardan kaynaklanırlar. Bunlar gereksiz polifarmasiye neden olmaları ve prevalans ile hastalığa yakalanma riskini olduğundan çok daha yüksek göstermesi nedeniyle zararlıdır. Bu nedenle yalancı çoğul tanılara neden olan hata kaynaklarını doğru saptayıp gidermeğe çalışmamız gerekir. Bu hata kaynakları şunlardır:

- Çoğul tanılarını araştıran çalışmalardaki yöntem hataları. Bunlar içinde en çok yapılandırılmış görüşmeler ve klinisyen olmayan anketçiler suçlanmıştır.
- Tanıyı koyan klinisyenden kaynaklanan hatalar. Örneğin, hekimin aynı bulguyu birden çok bozukluğun tanısında kullanması.
- Sınıflama sisteminin kusurlarından kaynaklanan hatalar. Bunlar içinde en önemlileri: Tanı kategorileri arasında hiyerarşik bir düzen olmaması, tanı kategorileri arasındaki dışlama ölçütlerinin yokluğu, düşük tanı eşiği ve tanı kategorilerinin düşük geçerliğidir.

Anahtar sözcükler: Ektanı, DSM, tanı hataları

ABSTRACT

Psychiatric diagnosis and the comorbidity problem

Comorbidity, a term first described by Feinstein in 1970 for chronic medical diseases, has find a better place among mental disorders and has been extensively used in psychiatry.

A mental patient's receiving multiple diagnoses is a fact so frequent that it's now considered an important problem. For instance, the National Comorbidity Survey – Replication, a recent and major epidemiological study, has find that, 45% of all psychiatric patients get more than one diagnosis.

Considering the reason of multiple diagnoses, we find two different comorbidity types: 1)Real comorbidity 2) Pseudo comorbidity. Real comorbidity is the case when a patient truly has two or more natural disorders. In this case, there is no error in the classification, the diagnostic process or the methods of the studies. Real comorbidity is not bad and does not bother us. On the contrary, it's a proof that the patient has been thoroughly and well evaluated.

On the other hand, pseudo comorbidity is the case when multiple diagnoses are not natural diseases and stem from the errors of the diagnostic process. These are considered harmful since they may lead to unnecessary polypharmacy and to the erroneous conclusion that the prevalence of (and probability to catch) the disorders are higher than what they really are.

The errors that may lead to pseudo comorbidity are:

- Errors in the methods of the studies concerning multiple diagnoses. In this regard rigid structured interviews and interviewers who are not clinicians themselves have been blamed.
- Errors of the clinician who makes the diagnoses. For instance using the same symptom in the diagnosis of multiple disorders.
- Errors stemming from the classification and diagnosis system. The most important are: the lack of a hierarchical organisation and exclusion criteria among diagnostic categories, low diagnostic threshold and poor validity of the categories.

Keywords: comorbidity, DSM, diagnostic errors

Giriş*

Ektanı (“co-morbidity”) deyimini ilk kez Feinstein, kronik medikal hastalıklar için kullandı². Feinstein’a göre ektanı, “bir kişide, ilgilendiğimiz (“index”) hastalıkla birlikte farklı bir hastalığın daha bulunmasıdır.” En güzel örneklerden biri, diyabetik bir hastada KOAH olmasıdır.

Her ne kadar ektanı kavramı, fiziksel hastalıklar için ortaya atılmışsa da, psikiyatride daha fazla kullanılır oldu³. Çünkü, DSM-III ile birlikte, tanı ölçütlerinin ve yapılandırılmış görüşmelerin kullanıma girmesiyle ek (ya da çoğul) tanılar çok sık görülmeğe başladı. Bu sıklık giderek bir sorun haline geldi. Örneğin, büyük epidemiyolojik araştırmaların en yenisi ve önemlisi sayılan NCS-R (Amerikan Ulusal Komorbidite Araştırması’nın Replikasyonu) çalışmasında, tüm hastaların %45’inin iki ya da daha çok tanı aldığı görülüyor⁴. Başka bir örnek: Wittchen ve arkadaşları, major depresif bozukluk (MDB) tanısı alan hastaların %65,2’sinin en az bir tanı daha aldığını saptamışlar⁵.

Bu oranların yüksek olduğu kanaatine nasıl varıyoruz? Örneğin az önceki şu veriyi ele alalım: MDB tanısı alan hastaların %65,2’sinde en az bir tanı daha var. Eğer çoğul tanılar birbirinden bağımsız ise, bu oranın herhangi bir ruhsal hastalığın genel nüfustaki oranı kadar olması gerekir. Genel nüfusta herhangi bir ruhsal hastalığın prevalansı %20 ise o zaman major depresyonda da ikinci bir hastalık %20 oranında görülmelidir. Fakat beklenenin üç katından da yüksek bir oranla karşılaşıyoruz (%20 bekliyoruz, %65 buluyoruz. Zaten en çok %100 olabilir). Bu, depresyonun birlikte görüldüğü diğer ruhsal bozukluklardan bağımsız olmadığını gösteriyor. Fakat bu nasıl bir bağ? Gerçek, yani bu hastalıkların doğasından kaynaklanan bir ilişki mi, yoksa bir yerde bir hata mı yapıyoruz?

Çoğul tanıların nedenleri

Nedenlerini araştırdığımızda başlıca iki tür çoğul tanı olduğunu görüyoruz⁶. (Bkz. Tablo 1).

1. Gerçek çoğul tanılar.
2. Yalancı çoğul tanılar (pseudo-comorbidity).

*Bu yazı, yazarın *Başka* dergisinde çıkmış olan bir makalesinin, daha geliştirilmiş bir biçimindedir¹.

Tablo 1. Çoğul tanıların nedenleri

I. Gerçek çoğul tanılar.	
a)	Raslantı ile ortaya çıkabilir.
b)	Hastalıklardan biri diğerine neden olabilir.
c)	Hastada saptanan tüm bozukluklar, hastalığa yatkın bir kişiliğin sonucu olabilir.
d)	Bozuklukların ortak bir biyolojik nedeni olabilir.
II. Yalancı çoğul tanılar (pseudo-comorbidity).	
a)	Çoğul tanıları araştıran çalışmalardaki yöntem hataları.
	• Tam yapılandırılmış görüşmeler ve klinisyen olmayan görüşmeciler.
	• Yaşam boyu prevalansta hastalığın başlangıç yaşının göz önüne alınmaması.
b)	Tanıyı koyan klinisyenin hataları.
c)	Sınıflama sisteminin kusurlarından kaynaklanan hatalar.
	• Tanı kategorileri arasında hiyerarşik bir düzen olmaması.
	• Tanı kategorileri arasındaki dışlama ölçütlerinin yokluğu.
	• Düşük tanı eşiği.
	• Tanı kategorilerinin düşük geçerliliği.

1. Gerçek çoğul tanılar

Bununla kastedilen, bir hastada birden çok *doğal* hastalığın, *gerçekten* bir arada olmasıdır. Bu çoğul tanı tipinde uygulama, yöntem ya da sınıflamada herhangi bir hata yoktur. Bir hastada, birden çok gerçek hastalık farklı nedenlerle bir arada bulunabilir¹:

a) *Raslantı ile*. Kişide birden çok, farklı hastalık vardır. Fakat bunlar birbiri ile ilintisizdir ve raslantı sonucu bir araya gelmişlerdir. Bu gibi çoğul tanıların görülme oranı çok düşüktür ve iki bozukluğun prevalanslarının çarpımı kadar olmalıdır. Örneğin, iki bozukluğun, ikisinin de prevalansı %5 ise, bunların tesadüfen birlikte görülme oranları yüzde beşin yüzde beşi kadar yani binde 2.5 olmalıdır ($0.05 \times 0.05 = 0.0025$). Çok küçük bir oran olduğu için, bu ihmal edilebilir bir nedendir. Yani çoğul tanıların sık görülüşünün nedenlerinden biri sayılmaz.

b) *Hastalıklardan biri diğerlerine doğrudan neden olabilir*. Örneğin, alkol bağımlılığı, alkol yoksunluğuna, alkol yoksunluk deliryumuna ve daha pek çok alkolle ilintili hastalığa yol açabilir. Bu nedenle bir hastaya,

1. Alkol bağımlılığı,
2. Alkol yoksunluğu,
3. Alkole bağlı demans ve
4. Alkole bağlı cinsel işlev bozukluğu

gibi dört tanı konmuşsa bunların gerçek hastalıklar olduğunu düşünürüz. Bu gibi çoğul tanılar sayıları ne denli çok olsa da bizi rahatsız etmez. Aksine hastanın tanısız olarak doğru değerlendirildiğini ve hiçbir şeyin atlanmamış olduğunu gösterir.

Benzer şekilde, bir hastada yaygın anksiyete bozukluğu ile alkol kötüye kullanımı birlikte saptanmışsa bunlardan birinin diğerine yol açtığını düşünmek akla yakındır. Bu bozuklukların birbirlerini nasıl etkilediklerini açıklamaya çalışan birçok varsayım vardır. Çoğu zaman yaygın anksiyete bozukluğunun, alkol kötü kullanımına neden olduğu düşünülür. Ayrıca iki yönlü model (*bidirectional model*) adı verilen bir açıklama tarzı bu iki bozukluğun birbirlerini karşılıklı olarak beslediklerini ileri sürer⁷. Her durumda, bu iki bozukluğun doğal nedenlerle bir arada olduklarını, ikisini birden saptamakla doğru bir iş yaptığımızı düşünürüz.

c) Hastada saptanan tüm bozukluklar, hastalığa yatkın bir kişiliğin sonucu olabilir. Zayıf bir kişilik yapısı her türlü hastalığı çıkarmaya yatkındır. Örneğin bir hastada:

1. Borderline kişilik bozukluğu,
2. Major depresif bozukluk ve
3. Kokain bağımlılığı

saptadığımızı düşünelim. Burada, borderline kişilik bozukluğunun, depresyona ve madde bağımlılığına *doğrudan* neden olduğu düşünülür. Bu nedenle böyle çoğul tanılar da gerçek yani doğal kabul edilir. Burada hastanın bir kişilik bozukluğunun tanı ölçütlerini karşılaması gerekmez. Hasta, bir kişilik bozukluğu tanısı almasa bile, yatkın bir bünyenin, hastada birden çok birinci eksen bozukluğuna neden olması mümkündür.

d) Bozuklukların ortak bir nedeni olabilir. Bu, biyolojik ya da sosyal bir neden olabilir. Örneğin, bir hasta önce hipokondriyazis geliştirmiş, altı ay sonra bu tabloya dini obsesyonlarla giden bir OKB eklenmiş, bir süre sonra da bunlara, suçluluk sanrıları ile giden bir depresyon da eklenmişse üç tanının da konması gerekir:

1. Hipokondriyazis
2. Obsesif kompulsif bozukluk
3. Major depresif bozukluk

Bunların üçünün birbirinden bağımsız ve tesadüfen bir araya gelmiş üç ayrı hastalık olması olasılığı düşüktür. Bunların ortak bir neden, (belki de bir

serotonin iletim defekti) tarafından oluşturulmuş olması çok mümkündür (*Fakat ileride de belirteceğimiz gibi bu üçünün tek bir hastalığın farklı semptomları olması da mümkündür*).

Bir başka örnek: O güne dek herhangi bir ruhsal yaranması olmayan bir adam, bir trafik kazasında yaralanır ve aynı kazada eşini kaybeder. Kazadan bir ay sonra, hem travma sonrası stres bozukluğu, hem de major depresif sendromun tüm ölçütlerini karşılayan bir tablo ortaya çıkar. Bu hastada, her iki bozukluğun da aynı travmatik olaya bağlı, gerçek çoğul tanılar olduğunu söyleyebiliriz. Çünkü zamanlama, major depresyonun da travmaya bağlı olduğunu göstermektedir.

2. Yalancı çoğul tanılar

Buraya kadar saydıklarımız, gerçek ya da doğal kabul edebileceğimiz çoğul tanılardır. Bunlar bir sorun oluşturmaz. Aksine doğru ve kapsamlı bir tanısız değerlendirme yaptığımızı gösterir. Daha önemli olan ve üzerinde durmak istediğimiz konu *yalancı çoğul tanılardır (pseudo-comorbidity)*. Burada çoğul tanılar gerçek değildir ve tanı koyma sürecindeki hatalardan kaynaklanırlar. Hastanın sanki birden çok hastalığı varmış gibi görünür. Gerçekte ise bunlar doğal değil, tanı koyma sürecinin artefaktlarıdır.

Hata sonucu ortaya çıkan yalancı çoğul tanı, hastaya yanlış tanı koymak kadar zararlı ve tehlikelidir. Çünkü:

- Gereksiz polifarmasiye neden olur.
- Bir hastalığın prevalansının olduğundan yüksek görünmesine neden olur.
- Bir hastalığı olan bir insanın diğer hastalığı geliştirme riskinin aslında olduğundan daha yüksek görünmesine neden olur.

Yalancı çoğul tanılar nereden kaynaklanıyor? Bunlara neden olan hata kaynakları nelerdir ve bu hataları giderebilir miyiz? Yalancı çoğul tanılara neden olan hata kaynakları şunlardır.

- a) Çoğul tanılar araştırılan çalışmalardaki yöntem hataları.
- b) Tanıyı koyan klinisyenden kaynaklanan hatalar.
- c) Sınıflama sisteminin kusurlarından kaynaklanan hatalar.

"Bu yazının tümüne ve dergideki diğer yazıların tümüne ulaşmak için dergiyi online satış bölümünden satın alabilirsiniz..."