

**Kış / Winter** 2018  
**Cilt / Volume** 8  
**Sayı / Issue** 4

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**

E. Timuçin Oral

**Sorumlu Yazı İşleri Müdürü / Publishing Manager**

Ömer Aydemir

**Genel Yayın Yönetmenleri / Editors-in-Chief**

Mustafa Sercan, Simavi Vahip

**Yayın Yönetmenleri / Editors**

Artuner Deveci, Kürşat Altınbaş

**Yardımcı Yayın Yönetmenleri / Associate Editors**

Aylin Ertekin Yazıcı, Medine Yazıcı Güleç, Pınar Çetinay Aydın, Sedat Batmaz, Özlem Kuman Tunçel, Damla İşman Haznedaroğlu

**Danışma Kurulu / Advisory Board**

Fisun Akdeniz, *İzmir*

Erhan Akıncı, *Çanakkale*

Tunç Alkın, *İzmir*

Vesile Altınyazar, *Aydın*

Cem Atbaşoğlu, *Ankara*

Ayşe Devrim Başterzi, *İstanbul*

Can Cimilli, *İzmir*

Ayşen Esen Danacı, *Manisa*

Murat Demet, *Manisa*

Halise Devrimci Özgüven, *Ankara*

Burcu Rahşan Erim, *Balıkesir*

Turan Ertan, *İstanbul*

Cüneyt Evren, *İstanbul*

Peykan Gökalp, *İstanbul*

Leyla Gülseren, *İzmir*

Cem İncesu, *İstanbul*

İsmet Kırpınar, *İstanbul*

Işın Baral Kulaksızoğlu, *İstanbul*

Fatih Öncü, *İstanbul*

Özen Önen Sertöz, *İzmir*

Hüseyin Soysal, *İstanbul*

Bengi Semerci, *İstanbul*

Cengiz Tuğlu, *Edirne*

Zeliha Tunca, *İzmir*

Raşit Tükel, *İstanbul*

Işıl Vahip, *İzmir*

Yankı Yazgan, *İstanbul*

Olca Yazıcı, *İstanbul*

Mustafa Yıldız, *Kocaeli*

Şahika Yüksel, *İstanbul*

"Danışma Kurulu Psikiyatride Güncel'in önceki sayılarında Konuk Yayın Yönetmeni olarak görev üstlenmiş meslektaşlarımızdan oluşur ve yılda bir kez yenilenir."

**Yazışma adresi / Corresponding address**

Türkiye Psikiyatri Derneği

Tunus Cad. 59/5

Kavaklıdere, Ankara

Tel. 0312 468 74 97

[www.psikiyatri.org.tr](http://www.psikiyatri.org.tr)

**e-posta:**

soaydemir@yahoo.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 1516/1 Sk. No: 27

Yenimahalle, Ankara

Tel : 0 312 395 2128

Faks : 0 312 395 2349

ISSN 2146-331X

Baskı Tarihi: Nisan 2019

## 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 önlemler özenle alınmalıdır.
- **Tablolar, şekiller ve resimler:** Yazılarda okunması, anlaşılması 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:<sup>1</sup>.

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 yu-

varlak parantez içinde verilir. Örnek: (1)

- Kaynak listesinde, yazının 9 ve daha az yazar adının tümü yazılır, daha çok yazar varlığında, 9 yazarın adı yazılır sonra ve ark. yazılıp geri kalanı yazılmaz.
- En sık kullanılan kaynak türleri olan "dergide yayımlanmış makale, kitap, editörlü kitap bölümü, yayımlanmamış 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 Stilinin daha ayrıntılı yer aldığı kaynaklara başvurulabilir.

#### Dergide makale (basılmış)

- 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*. 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 Anabilim 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: [Erişim 18 temmuz 2008].

## önsöz

KIŞ 2018

Değerli meslektaşlarımız,

Psikiyatride Güncel dergisinin bu sayısı güncel uygulamada sıkça karşılaşılan konulardan biri olan “Ayrımı güç olgularda tanı ve tedavi yaklaşımı”na ayrıldı. Günlük uygulamada zaman zaman karşılaştığımız “tanısal sınırların karışabildiği ve ayırımın güç olduğu” durumların seçilmesi ve böylece gerek tanısal, gerekse tedavi yaklaşımı açısından yol gösterebilecek güncel bir derlemenin sunulmasını amaçladık.

Son 20-30 yıldır depresyon, anksiyete bozuklukları, şizofreni ve bipolar bozukluk gibi prototip ruhsal bozuklukların birinin diğeri ile ya da normal durumla belli belirsiz şekilde iç içe geçtiklerine ilişkin bulgular arttıkça hastalık varsayımı giderek sorgulanır olmuştur.

Birbirinden farklı klinik durumların modern sınıflandırma geçmişi Kraepelin'e kadar uzanır. Ancak Kraepelin kendisi de ruh sağlığı ile hastalığını birbirinden ayıran bir sınırı belirlemeye çalıştığımızda normal yaşamdan akıl hastalığına geçişte değişimin belli belirsiz olduğu nötral bir bölge ile karşılaşıldığını belirtmiştir. Ruhsal bozuklukların çoğu biyolojik yatkınlık, çevresel stres etmenleri gibi farklı değişkenler arasında karmaşık etkileşimler sonucu ortaya çıkmaktadır. Bu süreçte, bir kişide kendine özgü psikopatoloji profilinin gelişmesi ve şekillenmesine yardımcı olan çok sayıda nörokimyasal, kişilerarası, bilişsel ve diğer değişkenlere duyarlılık söz konusudur. Bu karmaşık etiyolojik öykü ve bireysel psikopatoloji profilinin tek bir tanısal kategori ile tam olarak tanımlanması pek olası görünmemektedir.

Bütünüyle belirtilere dayalı bir tanısal şema, yüksek oranlarda eştaniya yol açması, bazen de tedaviyi yanlış yönlendirebilmesi gibi nedenlerle klinikte kullanımı konusunda güvenilirlik açısından sorun oluşturabilmektedir. Her bir tanı için birçok bilişsel, nörobiyolojik ve başka birçok özelliğin araştırılmasına rağmen klinisyenin elinde hastayı psikiyatriste getiren belirtiler dışında güvenebileceği başka bir şey de yoktur. Bu durum belirtilerin tanı ve tedaviyi yönlendirme konusundaki önemini artırmaktadır. Belirtiler konusunda psikiyatride karşılaşılan başka soru da; acaba belirtiler diğer tıp dallarında olduğu gibi alta yatan olası hastalıkların sayısını daraltmayı sağlayacak şekilde ele alınabilir mi ve eğer bu mümkünse mevcut tedavi seçenekleri arasında etkili olanlar için en fazla bilgiyi sağlayabilecek en az sayıdaki belirti kombinasyonu ne olmalıdır? Bu belirti grubu tedaviye gereksinimi olan ve olmayan hastaları ayırt edebilecek midir? Bu belirti grubu bir hastalık olarak tanımlanabilir mi?

DSM-IV-TR, “Her bir ruhsal bozukluk tanı kategorisinin, bu ruhsal bozukluğu diğer ruhsal bozukluklardan ya da bir ruhsal hastalık olmamasından kesin sınırlarla ayrılmış tamamen farklı bir durum olduğu gibi bir varsayımının olmadığı” belirtir. Ancak DSM-IV yine de ruhsal bozuklukları bazı tanı ölçütleri seti ile

katgorik bir şekilde sınıflandırır. Gerek araştırmalarda, gerekse klinik uygulamada bu sınıflandırmaya dayalı olarak bu ölçütler izlenmektedir. DSM, bir taraftan doğru tanı konması için tanı ölçütleri sunarken, diğer yandan benzer özellikler gösteren diğer hastalıklardan nasıl ayırt edileceği konusunda ek bir bölüm de barındırır. Böylece klinisyenin tanıya uygun tedaviyi seçmesine de yardımcı olması amaçlanır. DSM-5'te de “Özgül bozukluklar ya da bozukluk açıklımlarını tam doğrulayan, kesin nedensel ya da patofizyolojiyi ilgilendiren düzenekler belirlenmediği sürece, DSM-5 bozukluğu ölçütleri için en temel ölçünün tanı ölçütleri altında değerlendirilen kişilerin klinik gidişinin ve tedaviye alınan yanıtın değerlendirilmesinde sağladığı klinik yararlılık” olduğundan söz edilmektedir. Ancak, DSM'nin kılavuzluk etmede başarılı olamadığı iki alan, tanısal yönden eştanıların oldukça fazla olması ve çözüme kavuşturulamayan sınır (ayırımın yapılamadığı durumlar) sorunlarıdır.

İşlevsellik boyutlarını temel alarak ruhsal bozuklukların birbirinden farklı klinik durumlar mı yoksa isteğe bağlı, keyfi ayrımlar mı olduğu uzun süredir tartışılan bir konudur, ancak katgorik modelin sınırlılıklarının giderek anlaşılması bu konunun önemini artırmaktadır. Robins ve Guze'nin daha sonra DSM-III'e dönüşecek olan Feighner ölçütlerini ileri sürmesinden bu yana oldukça uzun süre geçmiş olmasına karşın bu sendromların geçerliliği ve ortak etiyolojik etmenleri bulma hedefine hala ulaşamamıştır. Birçok aday ileri sürülmesine rağmen herhangi bir laboratuvar belirteci saptanmamıştır. Epidemiyolojik ve klinik çalışmalar bu bozukluklar arasında oldukça yüksek eştani oranlarını göstermiştir, bu durum bu bozuklukların birbirinden farklı etiyolojilere sahip kategoriler olduğu hipotezini oldukça zayıflatmıştır. Yine epidemiyolojik çalışmalar kısa süreli tanısal sürekliliğin de oldukça düşük oranlarda olduğunu ortaya koymuştur. Tedaviler açısından bakıldığında da, tedavinin özgül olamayışı da bir istisna değil kural olmuştur.

DSM, birçok sınır sorunları barındırır, bunların çoğunluğu daha çok alta yatan ortak işlevsellik alanları dikkate alınarak yapılan sınıflandırmaların sonucu gibi görünmektedir. Sınıflandırmaya ya da ekler bölümüne eklenen yeni tanıları yeni bulunan bir hastalığı, ya da henüz bilinmeyen bir patojen ya da lezyonun varlığının bulunmasından çok mevcut kategoriler arasındaki boşlukları doldurmaya yöneliktir. Örnek olarak karışık anksiyete depresif bozukluk, duygudurum ve anksiyete bozuklukları; bipolar II, bipolar I ve siklotimi; depresif kişilik bozukluğu, kişilik ve depresif bozukluklar; postpsikotik depresif bozukluk, şizofreni ve majör depresif bozukluk verilebilir. Yeni kategoriler bu boşlukları doldurmada klinisyenin “Başka Türü Adlandırılmayan” kategorisine bel bağlamasını azaltabilir, ancak aynı zamanda da sınır durumlara yenilerinin eklenmesine de yol açabilirler.

Güncel sınıflandırmalar ile ilgili tartışmalar, belirtilere dayalı sendrom tanımlamaları ya da etiyoolojiye yönelik tanımlamaların birinin diğerine göre üstün ve zayıf yanları açısından sürmektedir. Ruhsal bozukluklar için kullanılmakta olan güncel sınıflandırma sistemleri belirtilere dayalıdır ve nörobiyolojik ve davranışsal sistemleri yeterince yansıtmaz. Bu durum yalnızca etiyooloji ve patofizyolojinin anlaşılmasını değil, aynı zamanda yeni tedavilerin geliştirilmesini de zorlaştırır. Ayrıca başka bir eleştiri, belirtilere dayalı sınıflandırmaların zaman içindeki tanısallık sürekliliğinin etiyoolojik sınıflamaya göre daha güçsüz olacağı yönünde olmuştur. DSM-5 nörobilim ve nedensel ilişki çalışma grubu üyeleri ise, beyin işleyişinin karmaşıklığı nedeni ile bu alandaki çalışmaların sınıflandırma sistemindeki tanısallık konusuna umulduğu kadar avantaj sağlamayacağını belirtmişlerdir. Güncel sınıflandırma sistemleri bu yönü ile eleştirilmiş ve Amerikan Ulusal Mental Sağlık Enstitüsü, gelecekte sınıflandırma sistemlerinin de güncellenmesine katkıda bulunmak amacı ile 2009 yılında RDoC (Research Domain Criteria) programını başlatmıştır.

Başka bir eleştiri, tıbbın diğer alanlarında etiyooloji ve patofizyolojiye yönelik araştırmalar sonuçlarını vermeye başlamış ve geliştirilen özgün tedavi yöntemleri ile hastalıkların görülme sıklığı azalmışken ruhsal bozukluklarda bu konuda bir değişikliğin olmaması konusundadır. Benimsenen sınıflandırma sistemleri ile yapılan klinik araştırmalarda da tanı kategorileri arasındaki sınırların belirsiz olması, daha heterojen grupların oluşmasına yol açmakta; uygulanan araştırmalardan elde edilen sonuçların, tedavi sonucunun ve prognozun öngörülmesini güçleştirebilmektedir. Özetle, kategoriler arası sınırların netleştirilememesi ruhsal bozuklukların sıklık, risk, mortalite, tanı konması, prognoz ve tedavi gibi değerlendirilmelerinin ve gelişmelerin yapılabilmesini de güçleştirmektedir.

İdeal bir sınıflandırma sisteminde tanısallık kategorilerin “birbirini dışlayan ve arada boşluk bırakmayan” nitelikte olması beklenir. Ayrıca çeşitli kategoriler arasında ve o kategorinin kendi içinde birbirinden ayrılan noktalar olmalı, tanımlanan olgular da homojen olmalıdır. İdeal olarak her bir kategori benzer nedenlerle oluşmalı, benzer bir gidiş ve benzer tedavilere benzer yanıt vermelidir. Bu özellikler ne yazık ki DSM ve ICD sistemleri tarafından karşılanmamaktadır. Kategoriler arasında bir ayırım noktasının olmaması, kategorik sistemin bütününde sorun olduğu anlamına gelir. Örneğin, şizofreni ve bipolar bozukluk, depresyon ve anksiyete arasında keskin sınırlarla ayıran bir çizgi yoktur. Obsesif belirtiler kendi başına da görülür, ancak daha sıklıkla başka anksiyete belirtilerine, depresif belirtilere ya da her ikisine de eşlik eder. Ayrıca psikotik bozuklukta da görülebilir. DSM-5’in geliştirilme sürecinde yukarıda sözü edilen bozuklukların birbiri ile ilişkileri olasılığının değerlendirilmesi önerilmiş, ancak geleneksel yaklaşım sürdürülerek kategorik yaklaşım benimsenmeye devam etmiştir. Bunun sonucu anksiyetenin eşlik ettiği ve etmediği major depresif bozukluk aynı tanı başlığı altında toplanabilmekte, ideal bir sınıflandırma sisteminin “birbirini dışlayıcı ve arada boşluk bırakmayan” özelliği karşılanmamaktadır. Bunun yerine “anksiyete belirleyicisi” eklenmiştir. Ayrıca bu tanı ile bu iki farklı alt tipin gidişi ve tedaviye yanıtı da aynı kabul edilmiş olmaktadır. Şizofreninin gidişi sırasında hastada ortaya çıkan mide ülserini bir “eştanı” olarak kabul ederiz, ancak birbirinden tam olarak ayrı olmadıklarından anksiyete ve depresyon için aynı tanımlamanın yapılması zordur. Ancak, birçok araştırmada güncel sınıflandırma sistemlerindeki tanı ölçütleri kullanılarak değerlendirme yapılır ve bu olgular “eştanı” olarak değerlendirilir. Birçok klinik ve epidemiyolojik çalışmada eştanı oranlarının beklenenden yüksek bulunmasının bir nedeni de bu durumdur. Bu sorunun çözümü konusunda Amerikan Psikiyatri

Birliği ve Dünya Sağlık Örgütü, sınıflandırmada yalnızca belirtilere dayalı bir tanı sistemine bağlı kalmayıp aile yüküklüğü, genetik ve çevresel etmenler gibi öncül etmenler ile nöral substratlar ve bilişsel özellikler gibi güncel etmenlerin de değerlendirmeye katılması konusunda görüş bildirmişlerdir.

Kişilik bozuklukları açısından bakıldığında, DSM-5’te kategorik yaklaşım yerine boyutsal yaklaşımın getirilebileceği önerilmiş ancak 3 farklı küme korunmuştur. İdeal bir sınıflandırma anlayışına ters düşebilecek şekilde zaman zaman bu 3 farklı kümeden kişilik bozukluklarını bir arada görebilmekteyiz.

Psikiyatride Güncel Dergisi’nin bu sayısında tam da bu iki sorunun, arada kalınan durumlarda tanı konması ve dolayısı ile tedavi açısından yol açtığı günlük zorlukları ve bu zorluklara çözüm olarak ne gibi yaklaşımların ele alınabileceğinin üzerinde durulması amaçlandı. Eştanı ya da ayırıcı tanı konularının ele alınmasından çok, her bir bölümde mümkün olduğunca yalnızca üzerinde durulan iki bozuklukla ilgili tanı konması ve tedavi yaklaşımları karşılaştırmalı olarak ele alındı. Tanı konması ile ilgili güçlüklerin aşılmasına yönelik epidemiyolojik, klinik bilgiler, laboratuvar, görüntüleme gibi veriler güncel bilgiler ışığında tartışıldı. Diğer yandan tanının gecikmesi, atlanması gibi durumların olası olumsuz sonuçları ve bu bağlamda erken tanı konmasının önemi üzerinde duruldu. Arada kalınan durumlardan özellikle psikotik bozukluk tanısı bir kez konduğunda tanının kolay kolay değiştirilmemesi, bunun sonucu doğru tanının geç konması ve uygun tedavinin gecikmesi, damgalanma, tedavi maliyeti vb konular günlük uygulamada karşılaştığımız sorunlardandır. Yine ayırımı güç olguların tedavi seçenekleri ve öneriler her bir bölümde değerlendirildi. Her başlık sonunda konu ile ilgili verilen kuramsal bilgilerin yerli yerine oturmasını sağlayan bir olgu eklendi. Okuyucular için günlük uygulamada karşılaşılabilecekleri ayırımı güç olgular için oldukça yararlı bir kaynak oluşturacağı kanısındayız.

Bu sayıda Kaan Kora “Bipolar bozukluk ve şizofreni”, Serhan Işıklı “Paranoid, Şizoid, Şizotipal Kişilik Bozukluğu ve Şizofreni Sınırlarındaki Olgular” arasındaki tanı ve tedavi yönünden ayırım zorluklarını yazdı. “Demans-Psödodemans ve Hafif Bilişsel Bozukluk Arasında Tanı ve Tedavi Yönünden Ayırım Güçlükleri” Esin Evren Kılıçslan ve Şeref Gülseren’den, “Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Şizofreni Arasında Tanı ve Tedavi Yönünden Ayırım Güçlükleri” Bülent Kayahan’dan geldi. Şebnem Pırıldar “Anksiyete ve Depresyon” ve Ayşen Esen-Danacı ile Orkun Aydın “Disosiyatif Bozukluk ve Psikotik Bozukluklar” arasında tanı ve tedavi güçlükleri konusunda bilgi ve deneyimlerini paylaştılar. Öte yandan Sermin Kesebir “Borderline Kişilik Bozukluğu ve Bipolar Bozukluk Arasında Tanı ve Tedavi Yönünden Ayırım Güçlükleri” ne; Cengiz Tuğlu ise “Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Bipolar Bozukluk Arasında Tanı ve Tedavi Yönünden Ayırım Güçlükleri”ne odaklandı.

“Ayırımı güç olgularda tanı ve tedavi yaklaşımı” konusunun Psikiyatride Güncel Dergisi’nde yer alması ve hazırlanmasında emeği geçen yayın yönetmenleri ve yardımcı yayın yönetmenlerine, verimli ve zevkli bir ortak çalışma olanağı bulduğumuz yazarlarımızın hepsine bu sayının amacına ulaşmasındaki bilimsel katkı, emek ve özverileri için içtenlikle teşekkür ederim.

**Şeref Gülseren**

**Konuk Yayın Yönetmeni**

## İçindekiler

KIŞ 2018

### Bu Sayının Konusu:

### Ayrımı Güç Olgularda Tanı ve Tedavi Yaklaşımı

- |   |     |
|---|-----|
| ■ Önsöz   | III |
| ■ Bipolar bozukluk ve şizofreni arasında tanı ve tedavi yönünden ayrım güçlükleri<br><i>Kaan Kora</i>   | 231 |
| ■ Paranoid, şizoid, şizotipal kişilik bozukluğu ve şizofreni arasında tanı ve tedavi yönünden ayrım güçlükleri<br><i>Serhan Işıklı</i>            | 239 |
| ■ Demans-psödodemans ve hafif bilişsel bozukluk arasında tanı ve tedavi yönünden ayrım güçlükleri<br><i>Esin Evren Kılıçaslan, Şeref Gülseren</i> | 251 |
| ■ Obsesif kompulsif bozukluk ve şizofreni arasında tanı ve tedavi yönünden ayrım güçlükleri<br><i>Bülent Kayahan</i>                              | 266 |
| ■ Anksiyete ve depresyon arasında tanı ve tedavi yönünden ayrım güçlükleri<br><i>Şebnem Pırıldar</i>  | 277 |
| ■ Disosiyatif bozukluk ve psikotik bozukluklar arasında tanı ve tedavi yönünden ayrım güçlükleri<br><i>Ayşen Esen-Danacı, Orkun Aydın</i>         | 286 |
| ■ Borderline kişilik bozukluğu ve bipolar bozukluk arasında tanı ve tedavi yönünden ayrım güçlükleri<br><i>Sermin Kesebir</i>                     | 293 |
| ■ Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve bipolar bozukluk arasında tanı ve tedavi yönünden ayrım güçlükleri<br><i>Cengiz Tuğlu</i>           | 300 |