

İzmir Kent Merkezinde Şizofreni ve Psikotik Belirtili Bozuklukların Yaşamboyu Yaygınlığı ve İlişkili Oldukları Sosyodemografik Özellikler



Dr. Tolga BİNBAY^{1,2}, Dr. Köksal ALPTEKİN³, Dr. Hayriye ELBİ⁴, Psik. Nesli ZAĞLI⁵,
Marjan DRUKKER⁶, Dr. Feride AKSU TANIK⁷, Dr. Ferda ÖZKINAY⁸, Dr. Hüseyin ONAY⁹,
Dr. Jim VAN OS^{10,11}

ÖZET

Amaç: Bir genel toplum örnekleminde psikotik belirtilerin görüldüğü 12 DSM-IV bozukluğunun yaşamboyu yaygınlıklarını saptamak amaçlanmıştır.

Yöntem: Çok katmanlı kümelili bir örnekleme yöntemiyle İzmir kent merkezinde yer alan dokuz ilçe ve 302 mahalleden saptanan haneler Kasım 2007-Ekim 2008 arasında ziyaret edildi. Her hanede rastgele örnekleme yöntemiyle seçilen 15-64 yaş arası bir kişiyle görüşme yapıldı. Temel tarama aracı olarak Uluslararası Bileşik Tanı Görüşmesi 2.1 kullanıldı. Olası olguları saptamak için farklı basamaklardan oluşan sistematik bir tarama yapıldı. Olası olgu olarak tanımlanan kişiler DSM-IV için Yapılandırılmış Klinik Görüşme ile yeniden değerlendirildi. Klinik değerlendirme yapılamayanların tanıları bildirdikleri kayıtlara ve/veya yakınlarına ulaşılarak ya da tarama sonucuna göre netleştirildi.

Bulgular: Toplam 4011 kişi olası psikotik bozukluklar için tarandı. 449 kişi olası olgu olarak tanımlandı. Olası olgulardan 277'sine klinik değerlendirme uygulandı. Görüşilemeyen 172 kişinin tanısı kayıtlar aracılığıyla ya da yapılan ilk taramaya göre netleştirildi. Psikotik belirtilerin görüldüğü 12 DSM-IV bozukluğunun yaşamboyu toplam yaygınlığı %2.62 olarak saptandı. Her bir bozukluğun yaygınlık tahminleri ise şizofreni için %0.74, şizoafektif 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, bipolar I bozukluk için %0.37, madde kullanımına bağlı psikotik bozukluk için %0.20 ve tıbbi duruma bağlı psikotik bozukluk için %0.07 idi.

Sonuç: Psikotik belirtilerin belirleyici olduğu psikiyatrik bozuklukların yaşamboyu yaygınlığı Türkiye'de daha önce bildirilen oranlardan daha yüksektir. %2.5'i aşan yaygınlıklarıyla bu bozukluklar önde gelen halk sağlığı sorunlarından bir tanesini oluşturmaktadır.

Anahtar Sözcükler: Şizofreni, psikoz, bipolar bozukluk, yaygınlık, epidemiyoloji

SUMMARY

Lifetime Prevalence and Correlates of Schizophrenia and Disorders with Psychotic Symptoms in the General Population of İzmir, Turkey

Objective: To estimate the lifetime prevalence of 12 DSM-IV disorders with psychotic symptoms in a general population survey.

Method: Addresses were contacted in a multistage clustered area probability sampling frame of administrative neighbourhoods and households, covering 9 districts and 302 neighbourhoods in the İzmir metropolitan area between November 2007 and October 2008. One household member aged between 15 and 64 years and available to complete the interview was randomly selected using a within-household sampling method. The primary screening instrument was the Composite International Diagnostic Interview 2.1. A systematic screening procedure was implemented to detect probable cases with any psychotic disorder. Those selected by the screens were re-interviewed with the Structured Clinical Interview for DSM-IV. Diagnoses of individuals who were not available for re-interview were made by combining screening information with case register diagnoses and/or the telephone interviews with relatives or spouse.

Results: A total of 4011 individuals were screened for disorders with psychotic symptoms. After screening, 499 respondents were selected as a probable case. 277 of screen positive respondents were available for clinical reappraisal. Initial screening interviews and additional material were used for best estimate diagnoses of the remaining 172 respondents. Total lifetime prevalence of 12 DSM-IV disorders with psychotic symptoms was 2.62%. Lifetime prevalence of each disorder separately were as follows: 0.74% for schizophrenia, 0.20% for schizoaffective disorder, 0.05% for schizophreniform disorder, 0.10% for delusional disorder, 0.12% for brief psychotic disorder, 0.55% for major depressive disorder with psychotic features, 0.37% for bipolar I disorder, 0.20% for substance induced psychotic disorder, and 0.07% for psychotic disorders due to a general medical condition.

Conclusion: Total lifetime prevalence of disorders with psychotic symptoms is higher than any previously reported estimates in Turkey; with a prevalence of approximately 2.5%, these disorders can be considered a major public health concern.

Key Words: Schizophrenia, psychosis, bipolar disorder, prevalence, epidemiology

Geliş Tarihi: 02.09.2011 - **Kabul Tarihi:** 05.12.2011

¹Uzm., Atatürk Devlet Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Birimi, Sinop. ²Maastricht Üniv. Akıl Sağlığı ve Sinirbilim Okulu, Maastricht, Hollanda. ³Prof., Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD., Dokuz Eylül Üniv. Tıp Fak., ⁴Prof., Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD., Ege Üniv. Tıp Fak., İzmir. ⁵Prof., Veritas Psikiyatri ve Beyinbilimleri, İstanbul. ⁶Maastricht Üniv. Akıl Sağlığı ve Sinirbilim Okulu, Maastricht, Hollanda. ⁷Halk Sağlığı AD., Ege Üniv. Tıp Fak., ⁸Prof., ⁹Doç., Tıbbi Genetik AD., Ege Üniv. Tıp Fak., İzmir. ¹⁰Prof., Maastricht Üniv. Akıl Sağlığı ve Sinirbilim Okulu, Maastricht, Hollanda. ¹¹Psikoz., Araştırmaları Bölümü, Psikiyatri Enstitüsü, Kraliyet Akademisi, Londra, İngiltere.

Dr. Tolga Binbay, e-posta: tolgabinbay@yahoo.com

doi: 10.5080 / u6783

GİRİŞ

Yaygınlık (prevalans), bir hastalığın sadece belirli bir toplumun ne kadarını etkilediğini göstermekle kalmaz aynı zamanda bir dereceye kadar hastalığın toplum üzerindeki etkisini de belirtir. Psikiyatrik hastalıkların bir ülkedeki yaygınlığını bilmek önemlidir, çünkü bu bozuklukların hastalık hızları gruplar ve farklı durumlara göre değişiklik gösterir (Wittchen et al. 2011). Ayrıca kısıtlı kaynakların, hastalıkların birbirinden farklı olan maliyetlerine ve yüklerine göre uygun dağıtılması gerekir (Gustavsson ve ark. 2011).

Psikiyatrik bozuklukların, özellikle de psikotik belirtilerin belirgin olduğu bozuklukların neden olduğu hastalık yükleri yüksektir (Rossler ve ark. 2005). **Psikotik bozuklukların** ana örneği olan şizofreni süregelen seyir gösteren, birbirinden çok farklı sanrılarının bir arada bulunduğu, negatif belirtilerin daha çok ve duygudurum belirtilerinin daha az görüldüğü bir sendromdur (van Os ve Kapur 2009). **Şizofreni yaygınlığı** görece olarak düşük olsa da neden olduğu hastalık yükü oldukça yüksektir (Ayuso-Mateos 2001a, Gustavsson ve ark. 2011). Ayrıca psikotik belirtilerin eşlik ettiği duygudurum bozukluklarının, madde kullanım bozukluklarının ve genel tıbbi duruma (GTD) bağlı bozuklukların hastalık yükü, psikotik belirtilerin görülmediği durumlara göre daha yüksektir (Ayuso-Mateos 2001b, Rossler ve ark. 2005).

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) farklı ülkelerde yaptığı araştırmalar, özellikle şizofreni yaygınlığının tüm toplumlarda %1 olarak kabul edilmesine neden olmuştur (Jablensky ve ark. 1992). Ancak, yaygınlık araştırmalarına dayalı yakın zamanlı bir metaanaliz şizofreni yaygınlığının tüm toplumlarda benzer olmadığını ve muhtemelen incelenen toplumun özelliklerine göre geniş bir aralıkta dağıldığını göstermiştir (Saha ve ark. 2005). Ancak bu araştırmalarda, psikoz sendromunun birer parçası olan diğer psikotik bozukluklar genellikle değerlendirme dışı bırakılmıştır. Farklı psikotik bozuklukların yaygınlığına dair sonuç bildiren çok az sayıda araştırma bulunmaktadır. Dönüm noktası özelliği taşıyan 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 yaşamboyu yaygınlığının 3.5% olduğunu bildirmiştir (Perala ve ark. 2007). Ayrıca diğer araştırmalar da şizofreni dışındaki psikotik bozuklukların (şizoaffektif bozukluk, sanrısız bozukluk, kısa psikotik bozukluk) toplam yaygınlığının da şizofreni için bildirilen tahminler kadar yüksek olduğuna işaret etmektedir (Kessler ve ark. 2005, Perala ve ark. 2007, Gureje ve ark. 2010, Phanthunane ve ark. 2010).

Türkiye'de sınırlı sayıda genel toplum araştırmasının bildirdiği tahminler üzerine yapılan bir sistematik gözden geçirmeye göre şizofreni yaygınlığı 1000 kişide 8.9'dur (Binbay ve

ark. 2011a). Yine de şizofreni için Türkiye'den bildirilmiş hastalık hızı verileri yöntemsel kısıtlılıklar nedeniyle uluslararası karşılaştırmalar için yeterli değildir. Bu nedenle Psikozlarda Gen-Çevre Etkileşimi İçin İzmir Akıl Sağlığı Araştırması (*TürkSch*), Türkiye'de psikiyatrik epidemiyoloji ile ilgili yeni bakış açıları ve bilgi sağlamak, uluslararası karşılaştırmalara olanak verecek veriler oluşturmak ve genetik arka planda bulunan riskle ilişki içindeki çevresel etkenlerin etkisini tanımlamak için hayata geçirilmiştir (Binbay ve ark. 2011b). Bu kapsamda aynı epidemiyolojik örneklem içinde, ergenler ve erişkinler (15-64 yaş) arasında, geniş psikoz fenotipinin (klinik bozukluk ölçütlerinin eşik değerinin altında kalan psikotik yaşantılar ve işlevsellikte değişik düzeyde bozulmalara yol açan belirtiler) (van Os ve ark. 2009) ve psikotik belirtiler içeren DSM-IV akıl sağlığı bozukluklarının yaşamboyu yaygınlığını saptamak amaçlanmıştır. Bu makalede, psikotik belirtilerin görüldüğü 12 DSM-IV bozukluğunun *TürkSch* örnekleminde saptanan yaşamboyu yaygınlık tahminleri bildirilmektedir. Ayrıca, tarama amacıyla kullanılan her bir basamakta saptanan olası olgular ile klinik değerlendirme sonucunda ulaşılan olguların oranına dair de tahminlere yer verilmektedir.

YÖNTEM

TürkSch bireysel, ailevi ve yerleşim birimi düzeyindeki değişkenlerin değerlendirilmesi için üç aşamalı bir veri toplama sürecinden oluştu. Bu makalede yer alan veriler Aşama I kapsamında kesitsel olarak toplandı. *TürkSch* araştırmasının yöntemsel ayrıntıları daha önceki makalelerde yer almaktadır (Binbay ve ark. 2011b, Binbay ve ark. 2011c, Binbay ve ark. 2012a).

Araştırma deseni ve örneklem

Araştırma, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu tarafından onaylandı ve katılımcılardan yazılı bilgilendirilmiş onam alındı. Çok aşamalı bir örnekleme yöntemi uygulanarak İzmir büyükşehir alanı içinde yer alan 6000 adres Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından rastgele seçildi. Adresler İzmir büyükşehir alanı içinde yer alan kırsal bölgeleri de içerecek şekilde kent bilgi sistemi doğrultusunda (İzmir Büyükşehir Belediyesi 2007) dört kentsel tabakadan (kırsal, az kentleşmiş, orta kentleşmiş ve yüksek kentleşmiş) seçildi. Her adres görüşmeciler tarafından Kasım 2007 ve Ekim 2008 tarihleri arasında ziyaret edildi.

6000 adresten 5242 hanenin görüşmenin uygulanmasına uygun olduğu saptandı. Uygun olmama durumu için ana nedenler adres değişikliği, yanlış adres, dâhil etme ölçütlerini karşılamayan (yaşları 15-65 arasında olmayan) hane sakinlerinin bulunduğu adreslerdi. Uygun olan 5242 haneden, % 76.5'e karşılık gelen bir katılım oranıyla toplam 4011 kişiyle

görüldü. Katılım olmamasının ana nedenleri, katılmayı reddetme (% 18.2), belirlenen hanede herhangi bir hane sakini ne ulaşamama (% 3.1) ve belirlenen hanede görüşme yapılacak kişiye ulaşamamayı (% 3.0) (Binbay ve ark. 2011b). Katılım kırsal ve az gelişmiş kentsel bölgelere göre orta ve yüksek gelişmiş kentsel bölgelerde daha düşüktü (görüşmeyi reddeden 764 ve kabul eden 4011 kişi için $\chi^2=26.8$, $df=1$, $p<0.001$). Görüşmeyi reddedenler içinde bazı bilgilerini paylaşan bir alt grubun ($n=177$, %23) yaş ortalaması 41.2 (standart sapma [SS]=12.9) idi ve görüşmeyi kabul edenlere göre anlamlı olarak daha yüksekti (ortalama yaş=37.4, SS=13.4; $t=2.9$, $p=0.004$); görüşmeyi kabul edenlerin %42'si ve reddedenlerin %51'i erkekti ($\chi^2=5.3$, $p=0.02$) (Binbay ve ark. 2012a).

Hane halkından görüşmeyi tamamlayabilecek 15 ve 64 yaşları arasındaki bir kişi, Kish hane-içi örneklem seçimi yöntemiyle rastgele olarak seçildi (Kish 1949). Hane halkından birisinin önceden konmuş psikotik bozukluk tanısı varsa söz konusu kişi o hanede Kish yöntemi uygulanmadan araştırmaya alındı. Ziyaret sırasında görüşmeye uygun olmayan kişilerle (hastane yatışı, askerlik, seyahat, hapis veya psikiyatrik bozukluğun akut alevlenmesi gibi nedenlerle) yıl içinde daha sonraki dönemlerde iletişim kuruldu.

Tarama ve tanı aracı

Psikotik yaşantı ve belirtileri saptamak için değerlendirmeler Uluslararası Bileşik Tanı Görüşmesi (UBTG) 2.1'in (Andrews ve Peters 1998) ilgili bölümlerine dayandı. UBTG akıl sağlığı sorunlarına yönelik Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından geliştirilen tam yapılandırılmış bir görüşmedir (Robins ve ark. 1988) ve dünya çapında Türkiye'nin de içinde olduğu birçok farklı çalışmada kullanılmıştır (Kılıç 1998, Çilli ve Kaya 2003, Deveci ve ark. 2007, Alptekin ve ark. 2009). Öncelikle epidemiyolojik araştırmalarda kullanılmak üzere tasarlanan UBTG, hem klinisyenler hem de eğitim almış görüşmeciler tarafından kullanılabilir. Belirtilerin UBTG temelli olarak taranması, belirtilerin sıklığı, süresi, neden olduğu yardım arama davranışı, şiddeti ve psikososyal yıkımla ilgili bilginin yanı sıra birçok akıl sağlığı sorununun Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırılması, Onuncu Baskı'nın (ICD-10) (Dünya Sağlık Örgütü 1992) ve Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Dördüncü Baskı'nın (DSM-IV) (Amerikan Psikiyatri Birliği 1994) tanım ve ölçütlerine uygun olarak tanıları sağlamaktadır.

TürkSch değerlendirmesi, UBTG 2.1'in tütün (B bölümü), alkol (J bölümü) ve madde kullanımıyla ilişkili (L bölümü) bozukluklar, depresif ve distimik bozukluklar (E bölümü), manik ve bipolar bozukluklar (F bölümü), şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar (G bölümü), travma sonrası stres bozukluğuyla ilgili (K bölümü) tarama bölümlerini, ayrıca görüşmeçi gözlemleri (P bölümü) ile genel görüşme değerlendirmesini

ve sonuç sorularını (X bölümü) içeren son iki bölümü içermektedir.

Eğitim düzeyini, istihdam ve sosyal güvence durumunu, sosyoekonomik konumu, aylık hane gelirini, hâlihazırdaki ve geçmişteki ikamet yerlerini belirlemek için sosyodemografik veri ölçeği kullanıldı. İstatistiksel analiz için sosyodemografik değişkenler genellikle ikili değişken haline getirildi. Medeni durum değişkeni incelenirken evli ve dul olanlar ile hiç evlenmemiş ya da hâlihazırda boşanmış olanlar karşılaştırıldı. Eğitim durumu tamamlanmış eğitim yılı üzerinden hesaplandı ve ilköğretimin tamamlanması (5 yıl) kesim noktası olarak alındı. Hane geliri hesaplanırken haneye bir ayda girdiği bildirilen tüm kazanç temel alındı. Elde edilen tutar sıklık derecesine (tertile) göre alt, orta ve üst gruplara ayrıldı. Yeşil kart sahibi olanlar sosyal güvencesi olmayanlar grubuna dâhil edilirken diğer tüm sosyal güvence biçimleri tek bir grupta birleştirildi. Doğum yeri nüfusu için 50.000 kesim noktası olarak alındı. Doğumdaki SEK ise babanın mesleği temel alınarak Erikson ve Goldthorpe (1992) tarafından önerilen sistematige göre saptandı.

Ayrıca görüşülen kişilerin yaşamboyu olan akıl sağlığı hizmetleri kullanımı için bir başka soru bölümü oluşturuldu. Bu bölümde kişilerin yaşamboyu herhangi bir akıl sağlığı yakınması için yardım arayışları, başvurdıkları kurum ya da kişi, aldıkları tanı, en son başvurdıkları kurumun adı, en son yattıkları kurumun adı, başvurularında reçete edilen ya da son bir yıl içinde kullandıkları ve halen kullanmakta oldukları ilaçların isimleri sorgulandı.

Olası olguların tanımlanması

Olası olguları belirlemek için, daha önce yapılan araştırmalar (Kessler ve ark. 2005, Perala ve ark. 2007) göz önünde bulundurularak farklı ölçütlerden oluşan bir tarama kullanılmıştır. Tarama ölçütlerinden en az birisini karşılayan kişiler olası olgu olarak tanımlanmıştır:

1. Kişinin görüşme sırasında bildirdiği psikotik ya da bipolar bozukluk tanısının bulunması (n: 49);
2. Kişinin görüşme sırasında bildirdiği akıl sağlığı sorunu nedeniyle en az bir kez hastane yatışının bulunması (n: 65);
3. Kişinin görüşme sırasında bildirdiği farmakoterapiler arasında en az bir antipsikotik (tipik ya da atipik) ve/veya duygudurum dengeleyici ilacın bulunması (n: 76);
4. UBTG'nin bipolar I bozukluk için kullanılan F bölümü taramasında kişinin en yaşamı boyunca az 4 gün süren ve bir arada olmak zorunda olmayan en az 3 manik belirtinin eşlik ettiği bir yükselmiş duygudurum döneminin bulunması (n: 92);

5. UBTG'nin pozitif psikotik belirtiler için kullanılan G bölümü taramasında kişinin yaşamı boyunca klinik yakınmaya yol açan (örn. belirti nedeniyle kişinin yardım araması ya da işlevselliğinde bozulma yaşaması) en az bir pozitif psikotik belirti ya da klinik yakınmaya yol açmasa bile en az 3 belirti yaşadığının saptanması (n: 343);
6. UBTG'nin diğer psikotik belirtiler (negatif bulgular, olası sanrı ya da varsanılarının etkisi altında ortaya çıkan davranışlar ya da düşünce bozukluğu) için kullanılan P bölümü taramasında ya da UBTG görüşmecisi gözlemleri bölümünde kişinin olası olgu olarak bildirilmesi (n: 105).

Klinik değerlendirme ve tanıların kesinleştirilmesi

Tarama sonucunda olası olgu olarak değerlendirilen kişilerle (n: 449) araştırma ekibi tarafından tekrar iletişime geçilmiş ve bu kişiler DSM-IV Tanısı için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I) (Spitzer ve ark. 1992) aracılığıyla klinik bir değerlendirme yapılmak üzere hastaneye davet edilmiştir. Klinik değerlendirme görüşmeleri Ocak 2008 ve Ocak 2009 arasında tamamlanmıştır. Son tanılar, deneyimli bir psikiyatrist (HE, KA), bir psikiyatride uzmanlık öğrencisi (TB) veya klinik deneyimi olan bir psikolog (NZ) tarafından, hastanede ya da hastaneye gelemeyenlerle evlerinde yapılan SCID-I görüşmesi sonrası DSM-IV-TR tanı sistematığına uygun olarak (Amerikan Psikiyatri Birliği 2000) elde edilmiştir.

Klinik yeniden değerlendirmeye alınamayan kişilerin tanılarının kesinleştirilmesi için ise bir psikiyatri uzmanlık öğrencisi (TB) tarafından kişilere telefonla yeniden ulaşılmış ve yaşamboyu psikiyatrik yakınmaları ve tedavi durumları SCID-I görüşmesinin akış şemasına uygun olarak değerlendirilmiştir. Telefon görüşmesi sonucunda tanının netleştirilememesi durumunda iki işlem daha yapılmıştır: Olası olgunun onayladığı ek bir yakını ile kişinin hastalık ve tedavi durumu için yine telefonla görüşme yapılmıştır ve/ya da kişinin İzmir'de bulunan Ege Üniversitesi ve Dokuz Eylül Üniversitesi hastanelerindeki başvuru kayıtlarına ulaşılmaya çalışılmıştır. Türkiye'de hastane kayıtlarında 2006 yılından bu yana ICD-10 (Dünya Sağlık Örgütü 1992) tanı kodlamaları kullanıldığı için bu kayıtlardan elde edilen tanılar araştırma ekibi tarafından DSM-IV-TR tanı kategorilerine çevrilmiştir.

Tekrarlayan çabalara rağmen ulaşılamayan olası olguların son tanıları UBTG görüşmesi temel alınarak saptanmıştır. Ulaşılamayan olası olgularla ilgili hastane kayıtlarında ek bilgi varsa elde edilen veri UBTG görüşmesi ile birleştirilmiştir. Son tanısal değerlendirme elde edilen tüm sistematik bilgilere dayanmıştır. Ulaşılamayan her bir olası olgu için araştırma ekibinin (HE, KA, TB, NZ) ortak değerlendirmesiyle DSM-IV-TR ölçütlerine göre en olası tanı belirlenmiştir. Hesaplamalarda bu tanıların kullanılmıştır.

Olası olgular ve kontroller

İlk görüşmelerin sonucunda *TürkSch* örnekleminin %11.2'si (n: 449) altı tarama ölçütünden en az birisini karşıladı. Olası olgu olarak saptanan bu kişilerden 211'i SCID-I ile değerlendirildi. 66 kişi, telefon görüşmesi ile SCID-I'e uygun olarak değerlendirildi. Ulaşılamayan 172 olası olgudan 56'sının hastane kayıtlarına ulaşıldı. Geriye kalan 116 kişinin tanısı ise sadece UBTG değerlendirmesine dayalı olarak en olası tanı olarak kesinleştirildi.

Tarama ölçütlerinin kapsayıcılığını karşılaştırmak için ilk görüşme sonucunda altı tarama maddesinden herhangi birini karşılamayan kişilerin içinden ayrı bir kontrol grubu (n: 225) seçildi. Kontrol grubunun 168'i SCID-I uygulanarak, 57'si ise telefon görüşmesi ile SCID-I'e uygun olarak değerlendirildi.

İstatistiksel yöntem

Tüm analizler STATA sürüm 11 (Stata Corp 2009) kullanılarak gerçekleştirildi. Yaygınlıklar saptanan olguların (pay) görüşmelerin tamamlandığı örneklem sayısına (payda) bölünmesi ile hesaplanmıştır. Elde edilen yaygınlık tahminleri %95 güven aralıklarıyla (GA) birlikte verildi. Farklı yaş gruplarındaki ve cinsiyetler arasındaki yaygınlıkların karşılaştırılmasında χ^2 kullanıldı. Sosyodemografik etkenler ve yaygınlıklar arasındaki ilişki lojistik regresyonla olasılıklar (odds) oranı olarak ve %95 GA'yla birlikte verildi. Olasılıklar oranları (OO) yaş ve cinsiyet için düzeltildi.

BULGULAR

Tarama ölçütlerinin birbirleriyle kesişimi kayda değer oranlardaydı; örneğin psikiyatrik yakınma nedeniyle en az bir kez hastane yatışı bildirenlerin %50.8'inde psikotik bozukluk tanısı bulunmaktaydı (Tablo 1). Saptanan 449 olası olgunun %23.4'ünde psikotik belirtili bir bozukluk bulundu (Tablo 2). 8 olası olgunun tanısı netleştirilemedi. Psikotik belirtili bir bozukluk saptananların %83.8'ine SCID-I uygulandı. Tanı alan olguların 49 tanesinde tanının kesinleştirilmesi için olgunun hastane kayıtları, tedavi kayıtları ya da ailesiyle yapılan ek görüşmeler kullanıldı.

DSM-IV'e göre psikotik belirtilerin görüldüğü 12 bozukluğun toplam yaşamboyu yaygınlığı %2.62 idi (Tablo 3). Afektif olmayan psikotik bozuklukların (DSM-IV şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar kategorisi) yaygınlığı %1.42 iken psikotik bulgulu duygudurum bozukluklarının (DSM-IV psikotik bulgulu depresyon ve bipolar I bozukluğu kategorileri) yaygınlığı %0.92 idi. Psikotik bulgulu olmayan bipolar I bozukluğu kapsam dışı bırakıldığında ise tüm psikotik bozuklukların yaygınlık tahminleri %2.47(%95 GA: 1.98-2.95) olarak ve psikotik bulgulu duygudurum

TABLO 1. TürkSch Tarama Ölçütlerinin Kesişimi^a

Tarama basamağı	Tanı bildirimi	Hastane yatışı bildirimi	Farmakoterapi bildirimi	UBTG G bölümü	UBTG F bölümü	UBTG P bölümü
Saptanan olası olgu sayısı	49	65	76	343	92	105
Tanı bildirimi		33 (%50.8)	40 (%52.6)	46 (%13.4)	15 (%16.3)	27 (%25.7)
Hastane yatışı bildirimi	33 (%67.3)		36 (%47.4)	47 (%13.7)	14 (%15.2)	23 (%21.9)
Farmakoterapi bildirimi	40 (%81.6)	36 (%55.4)		60 (17.5%)	19 (20.6%)	30 (28.6%)
UBTG G bölümü	46 (%93.8)	47 (%72.3)	60 (%78.9)		49 (53.2%)	63 (60.0%)
UBTG F bölümü	15 (%30.6)	14 (%21.5)	19 (%25.0)	49 (%14.3)		17 (16.2%)
UBTG P bölümü	27 (%55.1)	23 (%35.4)	30 (%39.5)	63 (%18.4)	17 (%18.5)	

^aKoyu renkli değerler her bir tarama basamağı tarafından seçilen toplam olası olgu sayısını belirtmektedir. Diğer değerler ise ilgili satır ve sütunda yer alan iki tarama basamağının her ikisinde seçilen olguların sayısını ve sütuna göre yüzdesini vermektedir.

bozukluklarının yaygınlığı ise %0.77 (%95 GA: 0.49-1.04) olarak değişmekteydi.

Cinsiyetler arası farklılık hiçbir bozukluk alt grubu için istatistiksel olarak anlamlı değildi. Ancak kadınlarda psikotik bulgulu duygudurum bozuklukları (özellikle psikotik bulgulu depresyon) ve erkeklerde ise alkol-madde kullanımına bağlı psikotik bozukluk daha yüksek olma eğilimindeydi (Tablo 4). Tüm yaygınlık tahminleri yaşamboyu olarak saptandığı için üst yaş gruplarında alt yaş gruplarına göre psikotik bozukluk olguları daha yüksekti. Diğer yandan kadın alt yaş gruplarında şizofreni yaygınlığı erkeklere göre daha düşüktü.

Birinci tarama basamağında (özbildirime dayalı tanı) saptanan kişilerin %69.4'ü şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar tanısı aldı. Aynı oran ikinci tarama basamağı için %43.1 (özbildirime dayalı hastane yatışı), üçüncü tarama basamağı (özbildirime dayalı ilaç tedavisi) için %40.8, dördüncü tarama basamağı (UBTG G bölümü) için %16.6, beşinci tarama basamağı (UBTG F bölümü) için %6.2 ve altıncı tarama basamağı (UBTG P bölümü) için %30.5 olarak saptandı. Aynı oran psikotik bulgulu duygudurum bozuklukları için %28.6, %20.0, %25.0, %10.2, %16.3 ve %7.6 olarak saptandı.

Psikotik belirtileri tarayan G bölümü ile psikotik bozukluk olgularını saptamak için olası olgu sayısının yaklaşık 7 kat kadar yüksek tutulması gerekti. Aynı şekilde manik belirtileri tarayan F bölümü ile bipolar bozukluk olgularını saptayabilmek için saptanan olgu sayısının 5 katı kadar olası olgu saptamak gerekti. Diğer yandan şizofreni ve diğer psikotik bozukluk tanısı alan her 10 hastadan bir tanesi G bölümü taramasında yaşamboyu herhangi bir psikotik belirti bildirmemiştir. Bu olgular diğer tarama basamakları aracılığıyla saptanmıştır. Kontrol grubunda yer alan 225 kişi arasında ise herhangi bir psikotik bozukluk olgusu saptanmamıştır.

Evli ya da dul olanlara göre bekâr ya da boşanmış olanlar arasında şizofreni ya da diğer psikotik bozukluklar tanısını

taşıyanların olması olasılığı istatistiksel olarak daha yüksekti (sırasıyla OO= 10.32; %95 GA 4.43 – 24.06 ve OO= 2.39; %95 GA 1.00 – 5.69; Tablo 5). Herhangi bir sosyal güvencesi olmayanlar arasında sosyal güvencesi olanlara göre şizofreni tanısı olasılığı daha yüksekti (OO= 2.54; %95 GA 1.13 – 5.72). Doğumda üst sosyoekonomik konumda yer alanlara göre doğumdaki sosyoekonomik konumu orta (OO= 0.42; %95 GA 0.19 – 0.91) ya da alt (OO= 0.34; %95 GA 0.14

TABLO 2. Olası Olguların Klinik Değerlendirme ve En Olası Tanı Değerlendirmesi Sonucunda Elde Edilen DSM-IV Tanıları.

Tanı	Tüm olası olgular içindeki sayısı (n)	Tüm olası olgular içindeki yüzdesi (%)
Psikotik bozukluklar ^a	105	(23.4)
Psikotik olmayan bozukluklar		
Duygudurum bozuklukları ^b	244	(54.3)
MDB ^c	201	(44.8)
Bipolar bozukluklar ^d	5	(1.1)
Anksiyete bozuklukları	53	(11.8)
Madde kullanımına bağlı bozukluklar ^e	31	(6.9)
Diğer bozukluklar	15	(3.4)
Tanı netleştirilemedi	8	(1.8)
Psikiyatrik tanı yok	78	(17.4)
Tüm olası olgular*	449	(100.00)

^aŞizofreni ve diğer psikotik bozukluklar, psikotik bulgulu duygudurum bozuklukları, maddeye bağlı psikotik bozukluk ve tıbbi duruma bağlı psikotik bozukluk

^bMajör depresif bozukluk (MDB), başka türlü tanımlanamayan (BTA) depresif bozukluk, distimi, siklotimi, bipolar bozukluklar ve BTA duygudurum bozuklukları

^cMajör depresif bozukluk (tek dönem ya da yineleyici)

^dBipolar II bozukluk, BTA bipolar bozukluk, siklotimi

^eAlkol ve madde kullanımına bağlı kötüye kullanım ya da bağımlılık

*Bazı olguların birden fazla tanısı bulunmaktadır.

TABLO 3. DSM-IV Psikotik ve Bipolar I Bozuklukların Yaşamboyu Yaygınlık Tahminleri*

Tanı	Olgu sayısı	Tüm örneklem		Erkekler		Kadınlar	
Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar	57	1.42	(1.05 – 1.79)	1.72	(1.10 – 2.34)	1.20	(0.76 – 1.65)
Şizofreni	30	0.74	(0.48 – 1.01)	0.95	(0.49 – 1.41)	0.60	(0.29 – 0.92)
Şizoaffectif Bozukluk	8	0.20	(0.06 – 0.34)	0.18	(0.00 – 0.38)	0.21	(0.02 – 0.40)
Şizofreniform Bozukluk	2	0.05	(0.00 – 0.11)	0.12	(0.00 – 0.28)	0	
Sanrısız Bozukluk	4	0.10	(0.00 – 0.19)	0.06	(0.00 – 0.18)	0.13	(0.00 – 0.27)
Kısa Psikotik Bozukluk	5	0.12	(0.01 – 0.23)	0.06	(0.00 – 0.18)	0.17	(0.00 – 0.34)
Psikotik Bozukluk BTA	8	0.20	(0.06 – 0.34)	0.36	(0.07 – 0.64)	0.08	(0.00 – 0.21)
Psikotik Bulgulu Psikotik Bozukluklar	37	0.92	(0.62 – 1.21)	0.77	(0.35 – 1.19)	1.03	(0.62 – 1.44)
Bipolar I Bozukluk	15	0.37	(0.18 – 0.56)	0.47	(0.14 – 0.80)	0.30	(0.08 – 0.52)
Psikotik bulgulu olan	9	0.22	(0.08 – 0.37)	0.35	(0.07 – 0.64)	0.13	(0.00 – 0.27)
Psikotik bulgulu olmayan	6	0.15	(0.03 – 0.27)	0.12	(0.00 – 0.28)	0.17	(0.00 – 0.34)
Psikotik bulgulu MDB	22	0.55	(0.32 – 0.77)	0.30	(0.04 – 0.56)	0.73	(0.38 – 1.08)
Madde Kullanımına Bağlı Psikotik Bozuklar	8	0.20	(0.06 – 0.34)	0.35	(0.07 – 0.64)	0.08	(0.00 – 0.20)
Alkol Kullanımına Bağlı	4	0.10	(0.00 – 0.19)	0.12	(0.00 – 0.28)	0.08	(0.00 – 0.20)
Diğer Madde Kullanımına Bağlı	4	0.10	(0.00 – 0.19)	0.24	(0.00 – 0.47)	0	
GTD’a Bağlı Psikotik Bozukluk	3	0.07	(0.00 – 0.16)	0.12	(0.00 – 0.28)	0.04	(0.00 – 0.13)
Tüm Psikotik Bozukluklar	105	2.62	(2.12 – 3.11)	2.97	(2.16 – 3.78)	2.36	(1.74 – 2.98)

Kısaltmalar: BTA, Başka türlü adlandırılmayan; MDB, Majör Depresif Bozukluk; GTD, Genel tıbbi durum

*Yaygınlıklar yaşamboyu için ve yüzde olarak, %95 güven aralıklarıyla (GA) birlikte verilmiştir.

– 0.83) düzey olanlar arasında psikotik bulgulu duygudurum bozukluğu olasılığı daha düşüktü.

TARTIŞMA

Araştırma kapsamındaki hastalıkların yaygınlık tahminleri

Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar

TürkSch, Türkiye’de bugüne kadar psikotik bozuklukların yaygınlığı üzerine yapılan en kapsamlı genel toplum araştırmasıdır. Olguların saptanması için tam yapılandırılmış bir tarama görüşmesi kullanılmış ve olası olgular sistematik bir tanımlama ile saptanmıştır. Olası olguların klinik tanıları, klinik değerlendirme, bildirilen kayıtlar ve elde edilen tüm bilgilerin araştırma ekibinde yer alan klinisyenlerin değerlendirilmesiyle elde edilmiştir. Tekil psikotik bozuklukların her birinin yaşamboyu yaygınlık tahminine ulaşılmıştır.

Yakın tarihli araştırmalar psikotik bozuklukların tahmin edilenden daha yaygın olduğuna işaret etmektedir (Kessler ve ark.

2005, Perala ve ark. 2007, Gureje ve ark. 2010). *TürkSch* örnekleminde %2.6 olarak saptanan toplam psikotik bozuklukluk yaygınlığı, bir başka İzmir araştırmasında bildirilen psikotik belirti yaygınlık tahmini (%3.6) (Alptekin ve ark. 2009) dışında Türkiye’de daha önce bildirilen oranlardan daha yüksektir (Binbay ve ark. 2011a).

Araştırmamızda saptanan şizofreni yaygınlığı, Türkiye’de ve Batı Avrupa’daki Türkiye kökenli göçmenler için daha önce bildirilen yaygınlık tahminlerinin ortanca değerine yakındır (Binbay ve ark.2011a, Binbay ve ark. 2012b). *TürkSch* örnekleminde DSM-IV şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar kategorisi için saptanan yaygınlık tahmini, Amerikan Ulusal Eştanı Araştırması Tekrarı’nda saptanan değerden daha yüksektir (Kessler ve ark. 2005). Ancak bu Amerikan araştırması yöntemsel farklılıklar içermektedir; *TürkSch*’ın örneklem seçimi ve tarama açısından benzerlikler taşıdığı diğer araştırmalarda ise benzer oranlar bildirilmiştir (Perala ve ark. 2007, Gureje ve ark. 2010). İlaveeten, *TürkSch*’da bildirilen yaygınlık, farklı ülkelerdeki şizofreni yaygınlığı üzerine yapılmış bir meta-analizin bildirdiği değerlerin üst ucunda (75. ve 90.

TABLO 4. Psikotik ve Bipolar I Bozuklukların Yaşa ve Cinsiyete Göre Yaygınlıkları.

Tanı	15-24 yaş	25-34 yaş	35-44 yaş	45-54 yaş	55-64 yaş
Tüm olgular					
Afektif olmayan psikotik bozukluklar	1.01 (0.31 – 1.70)	1.47 (0.75 – 2.19)	1.29 (0.53 – 2.06)	2.22 (1.14 – 3.30)	1.07 (0.21 – 1.92)
Şizofreni	0.37 (0.01 – 0.81)	0.74 (0.23 – 1.24)	0.82 (0.21 – 1.43)	1.25 (0.44 – 2.06)	0.53 (0.01 – 1.14)
Afektif psikotik bozukluklar	1.01 (0.31 – 1.70)	1.01 (0.41 – 1.61)	0.82 (0.21 – 1.44)	0.69 (0.08 – 1.30)	1.07 (0.21 – 1.92)
BPI Bozukluk	0.51 (0.01 – 1.00)	0.27 (0.01 – 0.58)	0.35 (0.01 – 0.75)	0.42 (0.01 – 0.89)	0.36 (0.01 – 0.85)
Madde Kullanımına Bağlı Psikotik Bozukluklar	0.25 (0.01 – 0.60)	0.28 (0.01 – 0.59)	0.35 (0.01 – 0.75)	0	0
GTD'a Bağlı Psikotik Bozukluk	0	0.09 (0.01 – 0.27)	0.12 (0.01 – 0.35)	0	0.18 (0.01 – 0.53)
Tüm Psikotik Bozukluklar	2.27 (1.23 – 3.31)	2.85 (1.86 – 3.84)	2.59 (1.52 – 3.66)	2.92 (1.68 – 4.15)	2.31 (1.07 – 3.56)
Erkekler					
Afektif olmayan psikotik bozukluklar	1.54 (0.31 – 2.76)	1.14 (0.14 – 2.13)	1.50 (0.19 – 2.81)	3.53 (1.37 – 5.70)	1.27 (0.01 – 2.71)
Şizofreni	0.77 (0.01 – 1.64)	0.68 (0.01 – 1.45)	1.20 (0.03 – 2.38)	1.77 (0.22 – 3.31)	0.42 (0.01 – 1.26)
Afektif psikotik bozukluklar	0.51 (0.01 – 1.22)	0.45 (0.01 – 1.08)	1.20 (0.03 – 2.38)	1.06 (0.01 – 2.26)	0.85 (0.01 – 2.02)
BPI Bozukluk	0.51 (0.01 – 1.22)	0.23 (0.01 – 0.67)	0.90 (0.01 – 1.92)	0.35 (0.01 – 1.05)	0.42 (0.01 – 1.26)
Madde Kullanımına Bağlı Psikotik Bozukluklar	0.51 (0.01 – 1.22)	0.68 (0.01 – 1.45)	0.30 (0.01 – 0.89)	0	0
GTD'a Bağlı Psikotik Bozukluk	0	0.22 (0.01 – 0.67)	0.30 (0.01 – 0.89)	0	0
Tüm Psikotik Bozukluklar	2.56 (0.99 – 4.14)	2.49 (1.03 – 3.95)	3.30 (1.37 – 5.23)	4.59 (2.14 – 7.05)	2.12 (0.27 – 3.97)
Kadınlar					
Afektif olmayan psikotik bozukluklar	0.50 (0.01 – 1.19)	1.70 (0.70 – 2.70)	1.16 (0.23 – 2.09)	1.37 (0.28 – 2.46)	0.92 (0.01 – 1.96)
Şizofreni	0	0.77 (0.09 – 1.44)	0.58 (0.01 – 1.24)	0.91 (0.02 – 1.81)	0.61 (0.01 – 1.46)
Afektif psikotik bozukluklar	1.49 (0.30 – 2.68)	1.39 (0.48 – 2.29)	0.58 (0.01 – 1.24)	0.46 (0.01 – 1.09)	1.23 (0.02 – 2.43)
BPI Bozukluk	0.50 (0.01 – 1.19)	0.31 (0.01 – 0.74)	0	0.46 (0.01 – 1.09)	0.31 (0.01 – 0.91)
Madde Kullanımına Bağlı Psikotik Bozukluklar	0	0	0.38 (0.01 – 0.92)	0	0
GTD'a Bağlı Psikotik Bozukluk	0	0	0	0	0.31 (0.01 – 0.91)
Tüm Psikotik Bozukluklar	2.00 (0.62 – 3.36)	3.09 (1.74 – 4.43)	2.13 (0.88- 3.38)	1.83 (0.57 – 3.09)	2.45 (0.76 – 4.14)

Kısaltmalar: BP, Bipolar Bozukluk; GTD, Genel tıbbi durum

aYaygınlıklar yaşamböyü için ve yüzde olarak, %95 güven aralıklarıyla (GA) birlikte verilmiştir.

persentil arasında) yer almaktadır (Saha ve ark. 2005).

Şizofreni sıklığı (McGrath ve ark. 2004) ve hastalık riski (Aleman ve ark. 2003) erkeklerde daha yüksektir. Ancak yaygınlık araştırmalarında cinsiyete dayalı bu fark gözlenmemektedir (Saha ve ark. 2005). Van Os ve Kapur (2009) psikotik bozukluklar için bildirilen erkek baskınlığının olasılıkla psikoz sendromunun daha dar tanımlı bölümleri için söz konusu olduğunu, hesaplamalara duygudurum belirtilerinin de eşlik ettiği bozuklukların katıldığı durumlardaysa cinsiyet farkının ortadan kalktığını göstermişlerdir. Bu nedenle şizofreni için

bildirilen cinsiyet farklılıkları, cinsiyetin psikopatoloji üzerindeki yatkinlaştırıcı etkisinin artefact sonucu olabilir (van Os ve Kapur 2009).

Şizofreni dışında kalan diğer psikotik bozuklukların en az şizofreni kadar yaygın olmasına rağmen (Perala ve ark. 2007) bu bozuklukların yaygınlığı üzerine çok sınırlı bilgi bulunmaktadır. Şizoaftif bozukluk yaygınlığının genellikle şizofreni yaygınlığının yarısı kadar ve kadınlarda daha yaygın olduğu bildirilmiştir (Scully ve ark. 2004, Tsuang ve ark. 2003). Bu bulgu araştırmamızda tekrarlanmamıştır. Ayrıca

TABLO 5. Psikotik ve Bipolar I Bozukluklar İçin Sosyodemografik Özellikler ve Düzeltilmiş Olasılık Oranları (OO).

	Bozukluk Olmayanlar			Şizofreni			Diğer Psikotik Bozukluklar			Psikotik Bulgular Duygudurum Bozuklukları			Tüm Psikotik Bozukluklar		
	n	%	n	%	OO*	%95GA	n	%	OO*	%95GA	n	%	OO*	%	%95GA
Cinsiyet															
Erkek	1633	(41.8)	16	(53.3)	1.00	-	13	(48.2)	1.00	-	13	(35.1)	1.00	(47.6)	1.00
Kadın	2273	(58.2)	14	(46.7)	0.62	(0.30 – 1.27)	14	(51.8)	0.77	(0.36 – 1.65)	24	(64.9)	1.33	(52.4)	0.79
				$\chi^2=1.62$				$\chi^2=0.44$				$\chi^2=0.67$		$\chi^2=1.42$	(0.53 – 1.16)
Medeni Durum															
Evlü/Dul	2786	(71.3)	9	(30.0)	1.00	-	15	(55.6)	1.00	-	23	(62.2)	1.00	(50.5)	1.00
Bekâr/Boşanmış	1120	(28.7)	21	(70.0)	10.32	(4.43 – 24.06) ^b	12	(44.4)	2.39	(1.00 – 5.69) ^b	14	(37.8)	1.68	(49.5)	3.08
				$\chi^2=24.69^c$				$\chi^2=3.25$				$\chi^2=1.50$		$\chi^2=21.49^c$	(1.98 – 4.79)
Eğitim durumu															
>8 yıl	1623	(41.6)	11	(36.7)	1.00	-	8	(29.6)	1.00	-	14	(37.8)	1.00	(34.3)	1.00
≤8 yıl	2283	(58.4)	19	(63.3)	1.25	(0.58 – 2.67)	19	(70.7)	1.77	(0.76 – 4.11)	23	(62.2)	1.15	(65.7)	1.41
				$\chi^2=0.29$				$\chi^2=1.57$				$\chi^2=0.20$		$\chi^2=2.22$	(0.93 – 2.14)
Hane geliri^d															
Yüksek	1258	(32.5)	9	(30.0)	1.00	-	6	(22.2)	1.00	-	10	(27.0)	1.00	(26.7)	1.00
Orta	1309	(33.8)	12	(40.0)	1.31	(0.55 – 3.14)	9	(33.3)	1.47	(0.52 – 4.14)	14	(37.9)	1.32	(36.2)	1.32
Düşük	1306	(33.7)	9	(30.0)	1.00	(0.39 – 2.56)	12	(44.4)	2.01	(0.74 – 5.40)	13	(35.1)	1.21	(37.1)	1.38
				$\chi^2=0.51$				$\chi^2=1.78$				$\chi^2=0.53$		$\chi^2=1.59$	(0.84 – 2.28)
Sosyal Güvence															
Var	3294	(84.3)	21	(70.0)	1.00	-	23	(85.2)	1.00	-	33	(89.2)	1.00	(78.1)	1.00
Yok	612	(15.7)	9	(30.0)	2.54	(1.13 – 5.72) ^b	4	(14.8)	0.93	(0.32 – 2.73)	4	(10.8)	0.64	(21.9)	1.51
				$\chi^2=4.60^c$				$\chi^2=0.15$				$\chi^2=0.65$		$\chi^2=2.98$	(0.94 – 2.45)
Doğum SEK^e															
Üst	546	(14.4)	4	(13.8)	1.00	-	2	(7.4)	1.00	-	11	(29.7)	1.00	(16.4)	1.00
Orta	1984	(52.3)	11	(37.9)	0.73	(0.23 – 2.33)	14	(51.9)	1.95	(0.44 – 8.66)	17	(45.9)	0.42	(44.2)	0.75
Alt	1266	(33.3)	14	(48.3)	1.55	(0.50 – 4.73)	11	(40.7)	2.43	(0.53 – 11.01)	9	(24.4)	0.34	(39.4)	1.06
				$\chi^2=3.06$				$\chi^2=3.06$				$\chi^2=7.11^c$		$\chi^2=2.64$	(0.59 – 1.88)
Doğum yeri															
Nüfus <50.000	1982	(50.7)	15	(50.0)	1.00	-	10	(37.0)	1.00	-	21	(56.8)	1.00	(47.6)	1.00
Nüfus >50.000	1924	(49.3)	15	(50.0)	1.12	(0.53 – 2.34)	17	(63.0)	1.82	(0.81 – 4.08)	16	(43.2)	0.76	(52.4)	1.14
				$\chi^2=0.01$				$\chi^2=2.01$				$\chi^2=0.53$		$\chi^2=0.40$	(0.76 – 1.70)
İkamet yeri															
Kırsal-Yarı Kentsel	891	(22.8)	5	(16.7)	1.00	-	6	(22.2)	1.00	-	16	(43.2)	1.00	(26.7)	1.00
Kentsel	3015	(77.2)	25	(83.3)	1.49	(0.57 – 3.92)	21	(77.8)	1.04	(0.42 – 2.60)	21	(56.8)	0.38	(73.3)	0.82
				$\chi^2=0.64$				$\chi^2=0.01$				$\chi^2=8.64^c$		$\chi^2=0.86$	(0.53 – 1.27)

^a Yaş ve cinsiyet için düzeltilmiş,

^b 0.05 düzeyinde anlamlı, iki yönlü test,

^c χ^2 0.05 düzeyinde anlamlı,

^d 33 katılımcı bilgi vermedi.

^e 111 katılımcı bilgi vermedi.

saptadığımız şizoaffektif bozukluk (%0.20) yaygınlığı diğer kaynaklarda yer alan tahminlerden (%0.47) daha düşüktür (Scully ve ark. 2004, Perala ve ark. 2007).

Önceki araştırmalarda çok daha düşük yaygınlık bildirilen sanrısız bozukluk yaygınlığı (%0.04) (Copeland ve ark. 1998), *TürkSch* örnekleminde %0.10 olarak saptanmıştır. Perala ve arkadaşlarının (2007) araştırmasında ise aynı oran %0.18 olarak bildirilmiştir ve bu araştırmaya benzer biçimde araştırmamızda tüm olgular 45 yaş üstü grup içinde saptanmıştır. Sanrısız bozukluk olguları genellikle tek bir alanla ilgili, aşırı tuhaf olmayan sanrılara sahip olmaktadır ve dezorganizasyon, negatif bulgular, işlevsellikte bozulma, yineleyen hastane yatışları gibi özellikleri göstermemektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği 2000). Bu nedenle tek bir tarama ile bu hastaların saptanması yeterli olmayabilir ve sanrısız bozuklukla ilgili bu tanısız zorluk saptanan yaygınlığının düşük kalmasına neden olmuş olabilir.

Kısa psikotik bozukluk ve şizofreniform bozukluk genel toplumda ender görülen psikiyatrik hastalıklardır ve kısıtlı sayıdaki araştırma yaygınlıklarını %0.05 ile %0.07 arasında bildirmiştir (Singh ve ark. 2004, Perala ve ark. 2007, Castagnini ve Berrios 2009). *TürkSch* örnekleminde sözkonusu bozuklukların yaygınlığı %0.12 ve %0.05 olarak saptanmıştır. Diğer yandan yeterli süre izlem sonucunda hastaların ancak 1/3'ünün tanısı değişmeden kalmaktadır (Singh ve ark. 2004). Kısa psikotik bozukluk kadınlarda daha yaygındır (Özpoymaz ve ark. 1996) Araştırmamızda kısa psikotik bozukluk yaygınlığı kadınlarda daha yüksek saptanmıştır. Şizofreniform olgularının tamamı ise erkektir.

Psikotik bulgulu depresyon ve bipolar bozukluk

Yakın zamanlı araştırmalar bipolar bozukluk yelpazesinin genel toplum araştırmalarında bildirilen tahminlerden daha yüksek olduğuna ve yaygınlıkların kullanılan tarama ya da klinik değerlendirme aracına göre değiştiğine işaret etmektedir (Merikangas ve ark. 2011). Bipolar bozukluk yaygınlığı farklı araştırmalarda %0.2 ile %3.3 arasında bildirilmiştir (Tohen ve Angst 2002). Son yıllarda yapılmış iki araştırmanın bipolar I bozukluk yaygınlığı için bildirdiği tahminler ise %0.6 ile %0.84 arasındadır (Ferrari ve ark. 2010, Merikangas ve ark. 2011). Perala ve arkadaşları (2007) ise aynı oranı %0.24 olarak bildirmiştir. Araştırmamızda bipolar I bozukluk yaygınlığı %0.37 olarak saptanmıştır. Bu tahmin Türkiye'de bipolar bozukluk için bildirilen ilk yaygınlıktır ve Finlandiya araştırmasında bildirilen değere yakın olmakla birlikte sözü geçen araştırma bipolar bozukluğu taramak anlamında daha duyarlı bir yöntemle sahiptir (Perala ve ark. 2007).

Bipolar bozukluk yelpazesini araştırmak için kullanılan yapılandırılmış görüşmeler ya da ölçeklerin yanlış pozitif oranı genellikle yüksek olmaktadır. UBTG 2.1 de benzer bir yanlışlığı sahiptir (Perala ve ark. 2007). Yapılandırılmış görüşmelerle

olası olgu olarak saptanan kişilerin kesin tanıların bipolar bozukluğa daha duyarlı klinik görüşmelerle ve ek tedavi kayıtlarıyla netleştirilmesi gerekmektedir (Regeer ve ark. 2004, Perala ve ark. 2007).

Araştırmamızda bipolar I bozukluk bozukluk tanısını netleştirmek için birçok farklı bilgi kaynağı kullandık. Ancak içgörüsü olmayan bazı olası olgular UBTG ile taranan manik belirtileri hiçbir zaman deneyimlemediklerini belirtmiş olabilirler. Ayrıca bipolar bozukluk hastalarının yaklaşık 1/3'ü uzun yıllar boyunca yineleyici depresyon tanısı ve tedavisi ile izlenilmektedir (Angst ve ark. 2011). Bu nedenle araştırmamızda psikotik bozukluk dışındaki bir tanı ile en az bir kez hastaneye yattığını bildiren ya da en az bir kez antikonvulsif tedavi kullandığını bildiren her kişi ya klinik değerlendirmeye alındı ya da kayıtlarına ulaşıldı.

Psikotik bulgulu depresyonun yaşamboyu yaygınlığı (%0.55) farklı araştırmaların (Ohayon ve Schatzberg 2002, Perala ve ark. 2007) bildirdiği oranlardan (sırasıyla %0.35 ve %0.40) daha yüksek saptandı. Türkiye'de depresif bozukluklar kadınlarda ve orta yaş grubunda daha yüksek bildirilmiştir (Kılıç 1998, Kaya ve Kaya 2007). Benzer biçimde, saptadığımız yaygınlık kadınlarda ve genç-orta yaş grubunda daha yüksektir.

Psikotik bulgulu diğer psikiyatrik bozukluklar

Finlandiya'da alkol ve madde kullanımına bağlı psikotik bozuklukların yaşamboyu yaygınlığı %0.41 olarak bildirilmiştir ve olguların hemen hemen tamamı alkole bağlı psikotik bozukluk tanısı almıştır (Perala ve ark. 2007). Türkiye'de ise alkol ve diğer maddelerin kullanımı Finlandiya gibi Baltık ülkelerine göre daha düşüktür (Ögel ve ark. 1998, Ögel 2005). Bu nedenle araştırmamızda saptadığımız oran (%0.20) Finlandiya için bildirilen tahminden daha düşük kalmış olabilir. Araştırmamızda alkol ve madde kullanımına bağlı psikotik bozukluk olguları genç-orta yaş erkek grubunda saptanmıştır. Bu bulgu alkol ve madde kullanımının erkeklerde ve orta yaş grubunda yaygın olması ile uyumludur (Ögel 2005).

Genel tıbbi duruma bağlı psikotik bozukluk yaygınlığı Perala ve arkadaşlarının (2007) bildirdiği tahminden daha düşüktür (%0.07'e karşılık %0.20). Bu düşük tahminin en önemli kaynağı örnekleme kapsanan yaş grubu ile ilgili olabilir. GTD'a bağlı psikotik bozukluklar genellikle 65 yaş üstü nüfusta ve demansa bağlı olarak gözlenmektedir (Perala ve ark. 2007). Örneklekimizde ise 65 yaş üstü grup kapsam dışı bırakılmıştır. Bu nedenle daha üst yaş gruplarında yapılacak bir araştırma daha yüksek oranlar bildirebilir.

Sosyodemografik özellikler

Şizofreni hastalarının bekâr ve sosyal güvencesiz olma olasılığı genel topluma göre oldukça yüksektir (van Os ve Kapur 2009). Olasılıkla erken erişkinlikte başlayan belirtiler hastaların medeni durumunu ve istihdam sürekliliklerini, dolaylı

olarak da sosyal güvence durumunu etkilemektedir (van Os ve Kapur 2009). Öte yandan ekonomik ve toplumsal zorluklar ile şizofreni yaygınlığı arasında çok boyutlu bir ilişki bulunmaktadır (Muntaner ve ark. 2004, Drukker ve ark. 2007). Özellikle erken çocukluk çağında biriken zorluklar ile psikotik bozukluklar arasında ilişki olabilir (Wicks ve ark. 2005). Araştırmamızda, doğumdaki sosyoekonomik konumu en alta olanlar arasında şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar yaygınlığını daha yaygın olma olasılığı dikkat çekicidir. Ancak sosyoekonomik konum ve şizofreni arasındaki ilişki oldukça belirsizdir, çünkü birçok farklı araştırma birbirinden farklı sonuçlar bildirmektedir ki bu sonuçlar bilişsel özellikler ve toplumsal sınıf arasındaki etkileşimin bir ara sonucu olabilir (Goldberg ve ark. 2011).

Kentsel bölgeler ile şizofreni sıklığı arasında iyi bilinen bir ilişki bulunmaktadır (Marcelis ve ark. 1999, McGrath ve ark. 2004, March ve ark. 2008). Ancak benzer bir ilişkilendirme şizofreni yaygınlığı için gösterilememiştir (Saha ve ark. 2005). Araştırmamızda doğumdaki ve güncel yerleşim yerinin kentleşme düzeyi ile şizofreni ya da diğer psikotik bozukluklar yaygınlığı arasında bir ilişki saptanmadı. Bu sonuç kentsel bölgelerin etkisinin gelişimsel olması ve kendisini kentsel alanda büyüme ile göstermesinden kaynaklanabilir (March ve ark. 2008). Kesitsel yaygınlık araştırmaları ise bireyler birçok kez yer değiştirmiş olabileceği için maruz kalınan etkeni doğru yansıtmayabilir.

Araştırma yöntemi ile ilgili özellikler

Genel toplum araştırmalarında psikotik bozuklukların yaygınlığını güvenilir biçimde saptamak için genelde iki aşamalı (tarama ve klinik yeniden değerlendirme) olgu tanımlama yöntemi uygulanmaktadır (Kessler ve ark. 2005, Perala ve ark. 2007). Bu yöntem psikotik olguları tanımlamakta genellikle yeterli olmaktadır. Ancak olgular geniş bir olası olgu havuzunun içinde saptanabilmektedir ve söz konusu yöntemlerin pozitif öngörü değeri düşük kalmaktadır (Bebbington ve Nayani 1995). Psikotik bozuklukların yaygınlığının yeterli bir düzeyde saptanabilmesi için farklı veri kaynaklarına dayalı taramanın kullanılması gerekmektedir (Perala ve ark. 2007). Türkiye gibi hasta kayıtların yetersiz olduğu ülkelerde ise araştırma içinde farklı tarama basamaklarını kullanmak olguların saptanmasını kolaylaştırabilir.

Araştırmamızın sonuçları bazı kısıtlılıklarla birlikte değerlendirilmelidir. Birincisi, psikotik bozukluk yaygınlığı ilk tarama görüşmesini reddeden grup içinde daha yüksek seyretmektedir (Perala ve ark. 2007). Ret grubundaki olguların eklenmesiyle tüm örneklem yaygınlık tahmini %10 kadar artmaktadır (Perala ve ark. 2007).

İkincisi, Türkiye’de evsizlerin genel toplumdaki oranı düşük olsa bile psikotik bozukluk yaygınlığı evsizlerde daha yüksektir (Binbay ve ark. 2011a). Araştırma örnekleminde evsizler ve

uzun süre yatarak tedavi görenler dâhil edilmemiştir. Perala ve arkadaşları (2007) uzun süreli yatışı olan hasta oranının kendi örneklemelerinde %6 dolaylarında olduğunu bildirmişlerdir. Evsizlerin ve uzun süreli yatarak tedavi görenlerin kapsamaması nedeniyle bildirdiğimiz yaygınlık tahminlerinin daha düşük kaldığı düşünülebilir.

Üçüncüsü, hanedeki psikotik bozukluk olguları hane içi seçim yöntemi uygulanmadan araştırmaya alındı. Psikotik bozuklukların yaygınlığı düşük olduğu için bu tercih özellikle belirtileri süregelen ve şiddetli olan olgular lehine bir yanlılık oluşmasına neden olmuş olabilir. Bu nedenle bildirdiğimiz yaygınlıkları hem azaltıcı hem de arttırıcı bazı etkiler ortaya çıkmış olabilir, ancak bu iki eğilim bir dereceye kadar birbirinin etkisini kesmiş olabilir.

Ayrıca araştırma örnekleminde, İzmir kent merkezi nüfusu na ve ret grubuna göre kadın katılımcı sayısı daha fazlaydı (Binbay ve ark. 2011c, Binbay ve ark. 2012c). Bu farklılık örnekleme yönteminin bir sonucu olabilir. Çünkü hane ziyaretleri sırasında ev hanımlarına ulaşmak daha kolay olmuştur. Cinsiyet oranlarındaki bu fark, şizofreni ve madde kullanımına bağlı psikotik bozukluk gibi erkeklerde daha yaygın olan bozuklukların yaygınlıklarının daha düşük olmasına ve sanırsal bozukluk, psikotik bulgulu depresyon, başka türlü tanımlanamayan psikotik bozukluk gibi kadınlarda daha yaygın olan bozuklukların daha yüksek saptanmasına neden olmuş olabilir. Ancak psikotik bozukluk yelpazesinin tamamı kapsandığında cinsiyet farklılığının ortadan kalktığı göz önüne alınırsa (van os ve Kapur 2009), toplam yaygınlık tahminimizin etkilenmediği düşünülebilir.

Son olarak, örneklem sayımız psikotik belirti ya da yaşantıları taramak için yeterlidir. Ancak örneklem sayımız özellikle sosyodemografik değişkenler ya da risk etkenleri için göreceli olarak düşüktür. Bu durum güven aralıklarının geniş olmasına yol açmıştır.

Bu sınırlılıklara rağmen, *TürkSch*’da katılım oranı tatmin edicidir ve verinin kalitesinin yeterli olması için özel bir çaba sarf edilmiştir. Nitekim değerlendirme sadece meslek dışı görüşmecileri değil klinisyenler tarafından yapılan hane ziyaretlerini, telefon izlemelerini, yeniden değerlendirmeleri, geniş çaplı klinik değerlendirmeleri, tanılarının kayıtlara dayalı olarak doğrulanmasını ve katılım oranını arttırmaya yönelik çabalarla birlikte saha çalışmasının sürekli gözlenmesini de kapsamaktadır. Bildirdiğimiz yaygınlık oranları Türkiye gibi kentleşmenin, yer değiştirmenin ve iç göçün hızlı olduğu bir ülkenin üçüncü büyük şehri için saptanmıştır.

SONUÇ

İzmir kent merkezinde DSM-IV içinde yer alan 12 psikotik bulgulu bozukluğun yaşamboyu yaygınlığı %2.6 olarak saptanmıştır. Yaygınlıkların saptanması için farklı tarama

basamakları kullanılmış ve klinik değerlendirme yapılmıştır. Elde edilen tahminler çoğunluğu süregelen olan ve yeti yitimi-ne yol açan bu bozuklukların Türkiye’de toplum sağlığı açısından önemlerinin artmasına katkıda bulunacaktır.

Destek bilgisi ve teşekkür

Bu makale TürkSch projesinin bir parçasıdır ve TürkSch TÜBİTAK 1001 Programı tarafından 107S053 numaralı proje olarak desteklenmiştir. Araştırma ekibi, Prof. Dr. Cengiz Kılıç’a ÜBTG 2.1 eğitimi için, Prof. Dr. Baybars Veznedaroğlu ve Doç. Dr. Bülent Kayahan’a psikoz fenomenolojisiindeki klinik deneyimlerini paylaştıkları için, Doç. Dr. Özen Önen Sertöz’e görüşmecilerin eğitimindeki katkısı için, Uzm. Dr. Hür Hassoy’a sosyoekonomik konum ve demografik özelliklerle ilgili soruların hazırlanmasındaki katkısı için, Meriç Selvi’ye veri girişi, kontrolü ve saha çalışmasının düzenlenmesindeki titiz emeği için, Psk. Gökçe Özer ve Psk. Ezgi Karabacak’a veri girişi ve kontrolü için, Nalan Demirutku, Arzu Nürçihan Kaya, Emine Akdeniz, Halise Akça, Seçil Kükrer, Senem Şengeldi, İdris Altıntaş, Emre Çimen, Hüsnüye Karabulut’a veriyi topladıkları için ve TürkSch katılımcılarına evlerinde olduğu kadar hastaneye gelerek çalışmamıza dâhil oldukları için teşekkür etmektedir.

KAYNAKLAR

- Aleman A, Kahn RS, Selten JP (2003) Sex differences in the risk of schizophrenia: evidence from meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry*, 60: 565-71.
- Alptekin K, Ulas H, Akdede BB ve ark. (2009) Prevalence and risk factors of psychotic symptoms: in the city of Izmir, Turkey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 44: 905-10.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (1994) Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Dördüncü Baskı (DSM-IV) (Çev. ed.: E Köroğlu). Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1995.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (2000) Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Dördüncü Baskı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Baskı (DSM-IV-TR) (Çev. ed.: E Köroğlu). Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2002.
- Andrews G, Peters L (1998) The psychometric properties of the Composite International Diagnostic Interview. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 33: 80-88.
- Angst J, Azorin JM, Bowden CL ve ark. (2011) Prevalence and Characteristics of Undiagnosed Bipolar Disorders in Patients With a Major Depressive Episode: The BRIDGE Study. *Arch Gen Psychiatry*, 68: 791-98.
- Ayuso-Mateos JL (2001a) Global burden of schizophrenia in the year 2000 [Global Burden of Disease working paper at http://www.who.int/evidence/bod_schizophrenia] [erişim tarihi 13.08.2011]. Geneva: WHO.
- Ayuso-Mateos JL (2001b) Global burden of bipolar disorder in the year 2000 [Global Burden of Disease working paper at http://www.who.int/evidence/bod_schizophrenia] [erişim tarihi 13.08.2011]. Geneva: WHO.
- Bebbington P, Nayani T (1995) The psychosis screening questionnaire. *Int J Methods Psychiatr Res*, 5: 11-9.
- Binbay T, Ulaş H, Elbi H ve ark. (2011a) Türkiye’de Psikoz Epidemiyolojisi: Yaygınlık Tahminleri ve Başvuru Oranları Üzerine Sistemik Bir Gözden Geçirme. *Türk Psikiyatri Derg*, 22: 40-52.
- Binbay T, Elbi H, Alptekin K ve ark. (2011b) Psikozlarda Gen-Çevre Etkileşimi İçin İzmir Akıl Sağlığı Araştırması (TürkSch): Amaç ve Yöntem. *Türk Psikiyatri Derg*, 22: 65-76.
- Binbay T, Drukker M, Elbi H ve ark. (2011c) Testing the Psychosis Continuum: Differential Impact of Genetic and Nongenetic Risk Factors and Comorbid Psychopathology Across the Entire Spectrum of Psychosis. *Schizophr Bull*, doi: 10.1093/schbul/sbr003.
- Binbay T, Drukker M, Alptekin K ve ark. (2012a) Evidence that the wider social environment moderates the association between familial liability and psychosis spectrum outcome (Değerlendirmede).
- Binbay T, Ulaş H, Alptekin K ve ark. (2012b) Batı Avrupa Ülkelerinde Yaşayan Türkiye Kökenli Göçmenlerde Psikotik Bozukluklar: Sıklık, Yaygınlık ve Başvuru Oranları Üzerine Bir Derleme. *Türk Psikiyatri Derg*, 23: 53-62.
- Castagnini A, Berrios GE (2009) Acute and transient psychotic disorders (ICD-10 F23): a review from a European perspective. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 259: 433-43.
- Çilli AS, Kaya N (2003) Üniversite öğrencilerinde nikotin bağımlılığının psikiyatrik bozukluklarla birlikteliği. *Türk Psikiyatri Derg*, 14: 42-9.
- Copeland JR, Dewey ME, Scott A ve ark. (1998) Schizophrenia and delusional disorder in older age: community prevalence, incidence, comorbidity, and outcome. *Schizophr Bull*, 24: 153-61.
- Deveci A, Taskin O, Dinc G ve ark. (2007) Prevalence of pseudoneurologic conversion disorder in an urban community in Manisa, Turkey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 42: 857-64.
- Drukker M, Gunther N, van Os J (2007) Disentangling associations between poverty at various levels of aggregation and mental health. *Epidemiol Psichiatr Soc*, 16: 3-9.
- Dünya Sağlık Örgütü (1992) ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırılması. (Çev. ed.: MO Öztürk, B. Uluğ, Çev.: F. Çuhadaroğlu, İ. Kaplan, G. Özgen, MO Öztürk, M. Rezaki, B. Uluğ). Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını, Ankara, 1993.
- Erikson R, Goldthorpe JH (1992) The constant flux. Oxford: Clarendon Press.
- Ferrari AJ, Baxter AJ, Whiteford HA (2010) A systematic review of the global distribution and availability of prevalence data for bipolar disorder. *J Affect Disord*, 134: 1-13.
- Goldberg S, Fruchter E, Davidson M ve ark. (2011) The relationship between risk of hospitalization for schizophrenia, SES, and cognitive functioning. *Schizophr Bull*, 37: 664-70.
- Gustavsson A, Svensson M, Jacobi F ve ark. (2011) Cost of disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol*, 21: 718-79.
- Gureje O, Olowosegun O, Adebayo K ve ark. (2010) The prevalence and profile of non-affective psychosis in the Nigerian Survey of Mental Health and Wellbeing. *World Psychiatry*, 9: 50-5.
- İzmir Büyükşehir Belediyesi (2007) Kent Bilgi Sistemi. İzmir Büyükşehir Belediyesi.
- Jablensky A, Sartorius N, Ernberg G ve ark. (1992) Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures. A World Health Organization ten-country study. *Psychol Med Monogr Suppl*, 20: 1-97.
- Kaya B, Kaya M (2007) 1960’lardan Günümüze Depresyonun Epidemiyolojisi, Tarihsel Bir Bakış. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 10: 3-10.
- Kessler RC, Birnbaum H, Demler O ve ark. (2005) The prevalence and correlates of nonaffective psychosis in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Biol Psychiatry*, 58: 668-76.
- Kılıç C (1998) Türkiye ruh sağlığı profili: Erişkin nüfus sonuçları. Ankara: Sağlık Bakanlığı.
- Kish L (1949) A procedure for objective respondent selection within the household. *J Am Stat Assoc* 44: 380-87.
- Marcelis M, Takei N, van Os J (1999) Urbanization and risk for schizophrenia: does the effect operate before or around the time of illness onset? *Psychol Med*, 29: 1197-203.
- March D, Hatch SL, Morgan C ve ark. (2008) Psychosis and place. *Epidemiol Rev*, 30: 84-100.
- McGrath J, Saha S, Welham J ve ark. (2004) A systematic review of the incidence of schizophrenia: the distribution of rates and the influence of sex, urbanicity, migrant status and methodology. *BMC Med*, 2:13.
- Merikangas KR, Jin R, He JP ve ark. (2011) Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Arch Gen Psychiatry*, 68: 241-51.
- Muntaner C, Eaton WW, Miech R ve ark. (2004) Socioeconomic position and major mental disorders. *Epidemiol Rev*, 26: 53-62.
- Ohayon MM, Schatzberg AF (2002) Prevalence of depressive episodes with

- psychotic features in the general population. *Am J Psychiatry*, 159: 1855-61.
- Ögel K (2005) Madde Kullanım Bozuklukları Epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi Psikiyatri*, 1(47): 61-4.
- Ögel K, Tamar D, Çakmak D (1998) Madde Kullanımı Sorununda Türkiye'nin Yerine Bir Bakış. *Türk Psikiyatri Derg*, 9: 301-307.
- Özpoyraz N, Uğuz Ş, Ertürk D ve ark. (1996) Kısa Psikotik Bozukluk: Bir Gözden Geçirme. *Türk Psikiyatri Derg*, 7: 116-22.
- Perala J, Suvisaari J, Saarni SI ve ark. (2007) Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population. *Arch Gen Psychiatry*, 64: 19-28.
- Phanthunane P, Vos T, Whiteford H ve ark. (2010) Schizophrenia in Thailand: prevalence and burden of disease. *Popul Health Metr*, 8: 24.
- Regeer EJ, ten Have M, Rosso ML ve ark. (2004) Prevalence of bipolar disorder in the general population: a Reappraisal Study of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *Acta Psychiatr Scand*, 110: 374-82.
- Robins LN, Wing J, Wittchen HU ve ark. (1988) The Composite International Diagnostic Interview. An epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Arch Gen Psychiatry*, 45: 1069-1077.
- Rosler W, Salize HJ, van Os J ve ark. (2005) Size of burden of schizophrenia and psychotic disorders. *Eur Neuropsychopharmacol*, 15: 399-409.
- Sağlık Bakanlığı (2006) Türkiye hastalık yükü çalışması 2004. Ankara: Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü.
- Saha S, Chant D, Welham J ve ark. (2005) A systematic review of the prevalence of schizophrenia. *PLoS Med*, 2: e141.
- Scully PJ, Owens JM, Kinsella A ve ark. (2004) Schizophrenia, schizoaffective and bipolar disorder within an epidemiologically complete, homogeneous population in rural Ireland: small area variation in rate. *Schizophr Res*, 67: 143-55.
- Singh SP, Burns T, Amin S ve ark. (2004) Acute and transient psychotic disorders: precursors, epidemiology, course and outcome. *Br J Psychiatry*, 185: 452-59.
- Spitzer RL, Williams JB, Gibbon M ve ark. (1992) The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). I: History, rationale, and description. *Arch Gen Psychiatry*, 49: 624-29.
- STATA Corp (2009) STATA Statistical Software: Release 11. Collage station, TX: Stata Corporation.
- Tsuang MT, Levitt JJ, Simpson JC (2003) Schizoaffective Disorder. Schizophrenia, Hirsch SR, Weinberger DR (Ed.). Oxford: Blackwell Science Ltd., pp. 46-57.
- van Os J, Kapur S (2009) Schizophrenia. *Lancet*, 374: 635-45.
- van Os J, Linscott RJ, Myin-Germeys I ve ark. (2009) A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder. *Psychol Med*, 39: 179-95.
- Wicks S, Hjern A, Gunnell D ve ark. (2005) Social adversity in childhood and the risk of developing psychosis: a national cohort study. *Am J Psychiatry*, 162: 1652-57.
- Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J ve ark. (2011) The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol*, 21: 655-79.