

Türkiye’de Psikiyatri Hastalarında SCID-II ile Tanılanan Kişilik Bozukluğunun Prevalansı: Sistematik Gözden Geçirme ve Metaanaliz



Ferhan DEREBOY¹, Çiğdem DEREBOY², Servet KAÇAR BAŞARAN³,
Çiğdem KIRCI DALLIOĞLU⁴, Duygu ASLAN KUNT⁵

ÖZET

Amaç: Türkiye’de son 30 yılda çeşitli psikiyatrik hasta örneklerinde SCID-II kullanılarak yapılan çalışmalarda bildirilen kişilik bozukluğu (KB) prevalansına ilişkin verilerin sistematik biçimde derlenmesi ve özetlenmesi, çalışmalar arasındaki heterojenlik düzeyinin ve kaynaklarının incelenmesi.

Yöntem: MEDLINE, WOS, PsycINFO, ScienceDirect ve Türk Psikiyatri Dizini veri tabanlarında yapılan aramalarla Türkiye’de ayaktan veya yatarak ruh sağlığı servisi alan nüfusu temsil eden örneklerde genel kişilik bozukluğu prevalansına ilişkin veri sağlayan makaleler saptandı. Genel KB prevalansının geçerli göstergesi olarak, en az bir KB tanı oranı kabul edildi ve bu veriyi sağlamayan çalışmalar dışlandı.

Bulgular: Veri tabanı araması ve kaynakçalardan yararlanarak toplam 311 makale belirlendi. Nitel sentez için seçilen 55 çalışmada bildirilen KB prevalansının % 20 ile 100 arasında değiştiği görüldü. Bu çalışmaların veri kalitesinin eleştirel bir gözle irdelenmesinin ardından 35 çalışmanın alındığı metaanaliz sonucunda, genel klinik popülasyonda KB yaygınlığı %52 [46 –58] olarak kestirildi. Çalışmaların genelinde gözlenen yüksek düzeyde heterojenliğin %84,8 [80,0 - 88,4] tanı gruplarının içinde de sürdüğü belirlendi.

Sonuç: Bu gözden geçirmenin bulguları ruh sağlığı hizmeti alanların yaklaşık yarısında kişilik bozukluğu olabileceği yönündeki önceki araştırma bulgularını desteklemektedir. Hepsi Türkiye kökenli olan çalışmalar arasındaki heterojenliğin çeşitli ülkelerden bildirilen çalışmalar arasındaki kadar yüksek olması, heterojenliğin kaynağında SCID-II tanısız değerlendirmelerinin geçerlik ve güvenilirlik sorunlarının yatabileceğini düşündürmektedir.

Anahtar Sözcükler: Kişilik bozuklukları, prevalans, metaanaliz

SUMMARY

Prevalence of Personality Disorder Diagnosed with SCID-II Among Psychiatry Patients in Turkey: Systematic Review and Meta-Analysis

Objective: To review and summarize data on the prevalence of overall personality disorder extracted from SCID-II (Structured Clinical Interview for DSM-III Axis II Disorders) studies conducted in Turkey with samples consisting of mental health consumers, and also to elaborate on the level and sources of heterogeneity.

Method: MEDLINE, WOS, PsycINFO, ScienceDirect databases as well as the Turkish Psychiatric Database have been systematically searched. Relevant studies conducted with samples composed of psychiatric inpatients or outpatients receiving psychiatric treatment were included. The diagnostic rate of any personality disorder was regarded as the valid indicator of the overall personality disorder prevalence; therefore, papers presenting data not conducive to this goal were excluded.

Results: A total of 311 papers were identified, and 55 studies were included in the qualitative synthesis. Following a critical appraisal of the quality of the data involving point prevalence rates ranging from 20% to 100%, we decided to include 35 studies in the quantitative synthesis. A random-effects meta-analysis followed by a subgroup analysis yielded a summary estimate of 52% [46 – 58%] for the prevalence of overall personality disorder. A high level of overall heterogeneity 84.8 % [80.0 - 88.4] was found to persist in each diagnostic subgroup with a particular primary diagnosis.

Conclusion: The prevalence estimates derived from the meta-analysis of the SCID-II studies conducted in Turkey support the notion that personality disorder is present in nearly half of the mental health service consumers. That the level of heterogeneity across studies originating from Turkey alone was as high as those observed in previous reviews covering studies originating from various countries suggests that the very source of such heterogeneity might be questionable validity and reliability of SCID-II diagnoses.

Keywords: Personality disorders, prevalence, meta-analysis

Geliş Tarihi: 24.10.2020, **Kabul Tarihi:** 09.02.2021, **Çevrimiçi Yayın Tarihi:** 01.12.2021

^{1,2}Prof., Adnan Menderes Üniv. Tıp Fak., Psikiyatri AD., Aydın, ³Dr. Öğr. Üyesi, Pamukkale Üniv. Psikoloji Bl. Denizli, ⁴Uzm., Buca Seyfi Demirsoy Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İzmir, ⁵Uzm., Aydın Devlet Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Aydın.

FD: <https://orcid.org/0000-0001-8155-2242>, **ÇD:** <https://orcid.org/0000-0001-9105-1513>, **SKB:** <https://orcid.org/0000-0001-6614-1103>,

ÇKD: <https://orcid.org/0000-0002-4057-9649>, **DAK:** <https://orcid.org/0000-0002-7959-3237>

Dr. Ferhan Dereboy, e-posta: fdereboy@adu.edu.tr

GİRİŞ

Yirminci yüzyıl ağırlıklı olarak birbirinden ayrı kişilik bozukluğu (KB) tiplerinin betimlenmesi ve değerlendirilmesine yönelik çabalara sahne olmuştur. Ampirik bir temeli olmamasına rağmen kabaca on KB tipi olduğu yönündeki geleneksel yaklaşımın kökleri, Kurt Schneider tarafından 20. yüzyılın ilk yarısında öne sürülen kişilik sınıflandırmasına uzanmaktadır (Crocq 2013, Tyrer ve ark. 2007). Yüzyılın ikinci yarısında yayımlanan bütün DSM ve ICD sürümlerinde eklemeler, çıkarılmalar, ad değişiklikleri yapılsa da hep on dolayında KB tipine yer verilmiştir (Oldham 2009, Widiger 2001). 1960'lı ve 70'li yıllarda kullanımda olan DSM-II, içerdiği tanı kategorileri için sadece açıklama veya betimlemeler sunan bir tanı kılavuzu olarak düzenlenmişti. O yıllarda yapılan güvenilirlik çalışmalarında tanımlar arasındaki kaba uyuşma oranları verilmekte, şansa bağlı uyuşmayı hesaba katmayan bu oranlar genellikle güvenirliliğin yeterli olduğu yanılsamasına yol açmaktaydı. Cohen (1960) tarafından şansa bağlı olanın ötesindeki uyuşma düzeyini hesaplamak için geliştirilen kappa istatistiğini kullanan Spitzer ve Fleiss (1974); DSM-II tanımlarının test-yinetest güvenirliliğini konu edinen çalışmaların o zamana kadar yayımlanmış olan verilerini yeniden analiz ettiklerinde, genel anlamda KB tanısı için 0,19 ile 0,33 arasında değişen kappa katsayıları elde ettiler. Bu değerler günümüzün makul düzeye indirilmiş kappa standartlarına göre bile kuşkulu (questionable) düzeyde güvenirliliğe işaret etmekteydi (Kraemer 2014). Anımsatmak gerekirse, kimi güvenirlilik çalışmalarında yer alan klinisyenler ortaklaşa girdikleri bir görüşmeye veya bir görüşmenin sesli ve/veya görsel kayıtlarına dayanarak tanısız kararlarını vermekte, kimi güvenirlilik çalışmalarında da birbirlerinden bağımsız yaptıkları görüşme ve gözlemlere dayanarak kararlarını vermektedirler. İlk gruptaki çalışma örneklemelerinde hesaplanan kappa katsayıları, popülasyonun genelindeki derecelendirenler arası (inter-rater) güvenirlilik düzeyinin kestirimi (estimate) olarak; ikinci gruptaki çalışmalarda hesaplanan kappa değerleri ise, test-yinetest (test-retest) güvenirlilik düzeyinin kestirimi olarak işlev görmekte; kestirimdeki hata payının anlaşılabilmesi için de %95 güven aralığı (GA) ile bildirilmesi önem taşımaktadır (Kraemer 2014).

KB tanımlarının yanı sıra diğer DSM-II tanımları için de gözlenen güvenirlilik sorununa karşı çözüm olarak, DSM-III ile birlikte tanı ölçütlerinin kullanıma sokulması yoluna gidilmiştir. DSM-III alan çalışmaları sonucunda tek tek KB tip tanımlarına ilişkin güvenirlilik katsayıları bildirilmemiş, en az bir KB tanısı için 0,54 olarak bildirilen örneklem kappa katsayısı bu tanının test-yinetest güvenirliliğinin yeterli düzeyde olduğunu düşündürmüştür (Spitzer ve ark.1979). Alan çalışmalarında muhtemelen istenen düzeyde bulunmayan KB tip tanımlarının güvenirliliğini arttırmak amacıyla geliştirilen SCID-II (DSM-III Eksen II bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme aracı) ile ABD'de yapılan çok merkezli bir çalışmada, en az bir KB tanısı için test-yinetest kappası hasta örneklemelerinde 0,51, normal örneklemelerde ise 0,48 olarak hesaplanmıştır (First ve

ark. 1995a, 1995b). Aynı çalışmada KB tip tanımları için ayrı ayrı kestirilen test-yinetest kappaları, hasta örneklemelerinde 0,24 ile 0,74 arasında, normal örneklemelerde ise 0,12 ile 0,59 arasında değişmiştir. İzleyen yıllarda yayımlanan DSM-III ve DSM-IV uyarılı SCID-II tanımlarıyla ilgili test-yinetest güvenirlilik çalışmalarının verilerini gözden geçiren yazarlar (First ve Gibbon 2004, Zimmerman 1994), KB tip tanımları için çeşitli çalışmalarda çok farklı kappa katsayıları elde edilmesine karşılık, en az bir KB için çoğunlukla iyi düzeyde güvenirliliğe işaret eden kappalar bulunduğu sonucuna varmışlardır. Toparlamak gerekirse eldeki araştırma verileri, birbirlerinden bağımsız SCID-II görüşmesi yapan klinisyenlerin verdiği kararların güvenirliliğini, ayrı ayrı KB tip tanımlarının hepsi için desteklemez iken, en az bir KB tanısı için desteklemektedir.

Türkiye'de KB tiplerini değerlendirmek amacıyla tartışması en sık kullanılan klinik araç SCID-II Türkçe çevirisidir (Spitzer ve Williams 1989). Ülkemizde araştırmacıların KB konusuna eğilmesinde önemli rol oynayan bu çeviri, DSM-III-R ölçütlerine göre KB tip tanımları koymaya yönelik 120 soruluk öz bildirim formunun yanı sıra, görüşme ve derecelendirme formu içermektedir. Çeviri çalışmasına önderlik eden Sorias, izleyen yıllarda iki tez asistanı ile Türkçe formunun derecelendirenler arası güvenirliliğini incelemiştir (Coşkunol ve ark. 1994). Elde ettikleri ortalama kappa değerinin 0,80 olması, SCID-II ile yeterli ön alıştırma yaptıktan sonra birlikte görüşmeye giren psikiyatri asistanlarının, araştırmaya katılan 50 hastanın KB tip tanımlarına yönelik yargıları arasındaki uyuşmanın yüksek düzeyde olduğunu düşündürmüştür. Ancak çalışmada bildirilen güvenirlilik katsayılarının test-yinetest kappaları olmadığını vurgulamak gerekir. Bildiğimiz kadarıyla, SCID-II Türkçe sürümünün test-yinetest güvenirliliği bugüne kadar da incelenmemiştir. Dolayısıyla ülkemizde, hastalarla yapılan görüşmelere birlikte giren klinisyenlerin SCID-II tanımları arasındaki uyuşmanın iyi düzeyde olduğunu biliyoruz; ancak aynı hastaları ortak görüşme yoluyla değil de ayrı ayrı görüşmeler yoluyla değerlendiren klinisyenlerin SCID-II tanımları arasındaki uyuşmanın ne düzeyde olduğunu bilmiyoruz.

Yirminci yüzyılın egemen paradigması, klinisyenlerden KB tiplerini semptomlara dayalı ölçütler yardımıyla tanımlamalarını beklemekte, buna karşılık genel KB tanısını ve şiddetini değerlendirmelerini beklememektedir. Oysa psikopatolojinin gidiş ve prognozunun en önemli yordayıcısının KB tipinden çok, genel KB şiddeti olduğu yönündeki veriler giderek biriktirmektedir (Conway ve ark. 2016, Hopwood ve ark. 2011, Wright ve ark. 2016, Yang ve ark. 2010). Ayrıca KB hastalarının semptomları ve işlevselliklerinin yıllar boyunca sabit kalmadığı, buna bağlı olarak tanı statülerinde değişimler olabildiği iyice anlaşılmuştur (Hopwood ve Bleidorn 2018, Morey ve Hopwood 2013, Newton-Howes ve ark. 2015). Bu yeni bilgilerin etkisiyle, DSM-5 geliştirme sürecinde KB tanı ölçütlerini belirlemekle yükümlü çalışma grubu, semptomla dayalı ve karmaşık tanı ölçütlerinin toptan bir kenara bırakılmasını, genel olarak KB tanısı ve şiddetinin kişilik işlevlerindeki

aksamaya dayalı ölçütlerle, KB tipinin de 5 faktörlü modelden esinlenen huy alanları ve huy özelliklerine (trait domains, trait facets) dayalı ölçütlerle değerlendirilmesini önermiştir (Skodol ve ark. 2011). Bu radikal öneri, hem alanda söz sahibi klinisyenlerin sert muhalefetine, hem de geçerliğini destekleyen ikna edici ampirik verilerin o yıllarda elde olmamasına bağlı olarak, DSM-5'te resmi tanıların olduğu II. Bölüme değil de yeni ortaya çıkmakta olan modeller ve ölçümler için ayrılmış olan III. Bölüme konulmuştur (Zachar ve ark. 2016). Böyle olunca, çok eleştirilen DSM-IV KB tanı ölçütleri hiç bir değişiklik yapılmadan DSM-5'in resmi tanıları içeren II. bölümünde alınmıştır (American Psychiatric Association 2013).

Yine de DSM-5 geliştirme çalışmaları ile ivme kazanan paradigma değişikliği süreci ICD-11 ile daha ileri aşamaya taşınmış görünmektedir (World Health Organization 2018). ICD-11'de benimsenen yeni yaklaşımın klinisyenlerden istediği, öncelikle kişilik işlevlerindeki aksamanın düzeyini değerlendirmeleri, buna dayanarak genel KB tanısının söz konusu olup olmadığını ve söz konusu ise şiddetini belirlemeleri, ardından kişide hangi huy alanları ve huy özelliklerinin ağır bastığına odaklanmalarıdır (Tyrrer ve ark. 2019). Özetle, geçen yüzyılda egemen olan ve semptom ile tanımlı KB tipi tanılarına odaklanan eski paradigma, 21. yüzyılda yerini kişilik işlevlerinde aksama ile tanımlı KB şiddet değerlendirmesine odaklanan yeni paradigmaya bırakılmaktadır. Henüz yaşanan paradigmatik kriz ve değişim sürecinin sonu gelmiş değilse bile sonucu artık belli olmuştur. Bir dönem kapanırken, eski paradigmanın mercikleri ve/veya ölçümleriyle yapılan çalışmaların eleştirel biçimde gözden geçirilmesi ve bu çalışmaların verilerinden süzülerek geleceğe taşınabilecek bilgilerin aydınlığa çıkarılması önemli görünmektedir. Bu gözden geçirmede SCID-II verileri arasında özellikle "en az bir KB tanısı" (DSM III ve IV terminolojisiyle, II. Eksen tanısı) oranına odaklanılmış ve bu parametreyle ilgili verilerin irdelenmesi hedeflenmiştir.

Bu kararın gerekçeleri üç başlık altında özetlenebilir. Birincisi; yukarıda belirtildiği gibi yeni paradigma açısından önemli olan, KB tip tanıları değil genel KB tanısıdır. İkincisi; KB tip tanılarıyla karşılaştırıldığında, en az bir KB tanısının test-yinetest güvenilirliğini destekleyen kanıtlar genel olarak daha ikna edicidir, ülkemizde bu konuda veri sağlayan çalışma bulunmamaktadır. Üçüncüsü; dünyada ve ülkemizde en az bir KB tanısının geçerliğini destekleyen verilerin varlığına karşılık, ayrı ayrı KB tip tanıları için ikna edici kanıtlar bulunmamaktadır. İlk iki gerekçeyle ilgili açıklamalar yukarıda verilmiştir, üçüncü gerekçeyle ilgili kısa bir açıklama aşağıda verilmektedir.

Güvenirlikten farklı olarak geçerlik incelemesinin odak noktasını; aynı değil de farklı tanılama araçlarını, işlemlerini veya ölçütlerini uygulayarak varılan tanısız kararlar arasındaki uyuma düzeyi oluşturmaktadır (Kraemer 2013). Elde bir altın tanı koyma standardı varsa, belirli bir araçla varılan tanısız yargıların geçerliğini incelemenin en dolaysız yolu elbette altın standarda göre belirlenen tanımlar ile uyumuna bakmaktır.

Psikiyatrik tanımlar için böyle tartışılmaz altın standartların bulunmaması nedeniyle, Spitzer (1983) daha az iddialı olan LEAD tanımlarının geçerlik incelemesinde standart tanı olarak kullanılması önermiştir. LEAD (Longitudinal, Expert, All Data) kısaltması, hasta hakkındaki her türlü uzunlamasına ve-riyi masaya yatıran uzmanlar tarafından, uzlaşma veya oylama yoluyla standart tanımların belirlenmesi işlemini anlatmak için kullanılmaktadır. SCID-II tanımlarının LEAD standardına karşı geçerliğini inceleyen ilk çalışmada sadece kaba uyuma oranları hesaplanıp bildirilmiştir (Skodol ve ark. 1988). Yukarıda açıklandığı gibi, şansa bağlı uyumayı dikkate almayan bu oranlar yanıltıcı niteliktedir. Birkaç yıl sonra yine Skodol ve arkadaşları (1991) tarafından yapılan başka bir çalışmada, SCID-II ile belirlenen KB tip tanımlarının LEAD geçerliği incelenmiş, elde edilen kapa katsayılarının ortanca değerinin 0,25 olduğu görülmüştür. İspanya'dan bildirilen üçüncü LEAD geçerliği çalışmasında sadece sınır KB ve antisosyal KB için hesaplanan kapa katsayıları 0,32 [0,00–0,64] ve 0,40 [0,07–0,73] olarak bildirilmiştir (Torrens ve ark. 2004). Bu çalışmanın örneklem kappaları kuşku ile yeterli arasında bir geçerlik düzeyine işaret etse de %95 güven aralıkları popülasyon kappasının kabul edilemez ölçüde düşük (<0,20) olma olasılığının göz ardı edilemeyeceğini düşündürmektedir. Son olarak ülkemizde yapılan bir çalışmada SCID-II ile konan en az bir KB tanısının LEAD panelince belirlenen genel KB tanısına karşı geçerliği yüksek düzeyde (kapa = 0,68 [0,54 – 0,82]) bulunmuştur (Dereboy ve ark. 2018). Aynı çalışmanın yayımlanmamış verileri, hiçbir SCID-II tip tanısının tek başına genel olarak KB varlığı veya yokluğunu yordayamadığını göstermektedir. Bunlara ek olarak, KB tanımlarının geçerliğini incelemek için farklı araçlarla varılan kararlar arasındaki uyuma veya ayrışmaya odaklanan araştırmaların verilerini gözden geçiren iki ayrı derleme çalışmasında varılan sonuç; KB tip tanımlarına ilişkin verilerin tutarlılık göstermediği, ancak en az bir KB tanısının geçerliğinin kabul edilebilir sınırlarda olduğu yönündedir (Clark ve Harrison 2001, Widiger ve Boyd 2009).

Bu çalışmada, Türkiye'de psikiyatri hastaları arasında 1990'lı yıllardan 2020 yılına uzanan yaklaşık 30 yıllık zaman diliminde yapılan çalışmalarda SCID-II ile belirlenen KB eştanı oranına ilişkin verilerin metaanalitik bir yaklaşımla derlenmesi amaçlanmıştır. Özellikle yanıt aranan sorular şunlardır: (1) Türkiye'de en az bir KB yaygınlığı genel olarak ruh sağlığı hizmeti alan popülasyonda ne düzeydedir, ayrı ayrı tanı gruplarında ne düzeydedir, tanı grupları arasında KB yaygınlığı açısından fark var mıdır? (2) Çalışmaların geneli için heterojenlik düzeyi nedir, çalışma örneklemi birincil psikiyatrik tanımlara göre gruplandırıldığında, tanı grupları içinde heterojenlik azalmakta mıdır? (3) Tek bir ülkede yapılmış SCID-II çalışma verileri arasındaki heterojenlik, çoklu ülkeleri ve tanılama yöntemlerini kapsayan gözden geçirmelerde (Beckwith ve ark. 2014, Newton-Howes ve ark. 2008, Winsper ve ark. 2020) gözlenen heterojenlik düzeylerinden düşük müdür?

YÖNTEM

Bu sistematik gözden geçirme çalışması, PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses/ Sistematik Gözden Geçirmeler ve Metaanalizlerde Bildirilmesi Yeğlenen Noktalar) kılavuz alınarak gerçekleştirilmiştir (Liberati ve ark. 2009, Moher ve ark. 2009).

Seçim Ölçütleri

Gözden geçirmeye alacağımız çalışmaları şu ölçütlere göre seçtik: (1) Türkiye’de yapılmış toplum tabanlı veya hastane tabanlı bir gözlemsel veya girişimsel çalışma olması; (2) makale olarak yayımlanmış olması; (3) birincil psikiyatrik tanı (DSM-III veya DSM-IV, Eksen I tanısı) almış olan veya tanı ölçütlerini karşılayan kişiler arasında KB eştanı oranına ilişkin veri sunması, (3) temsil edicilik bakımından, çalışma örnekleminin en az 20 kişiden oluşması, hem kadın hem de erkek katılımcılar içermesi; (4) KB tip tanılarının her birine ve/veya en az bir KB tanısına ilişkin prevalans verilerini bildirmesi.

Çalışmaların taranma ve seçilme süreci

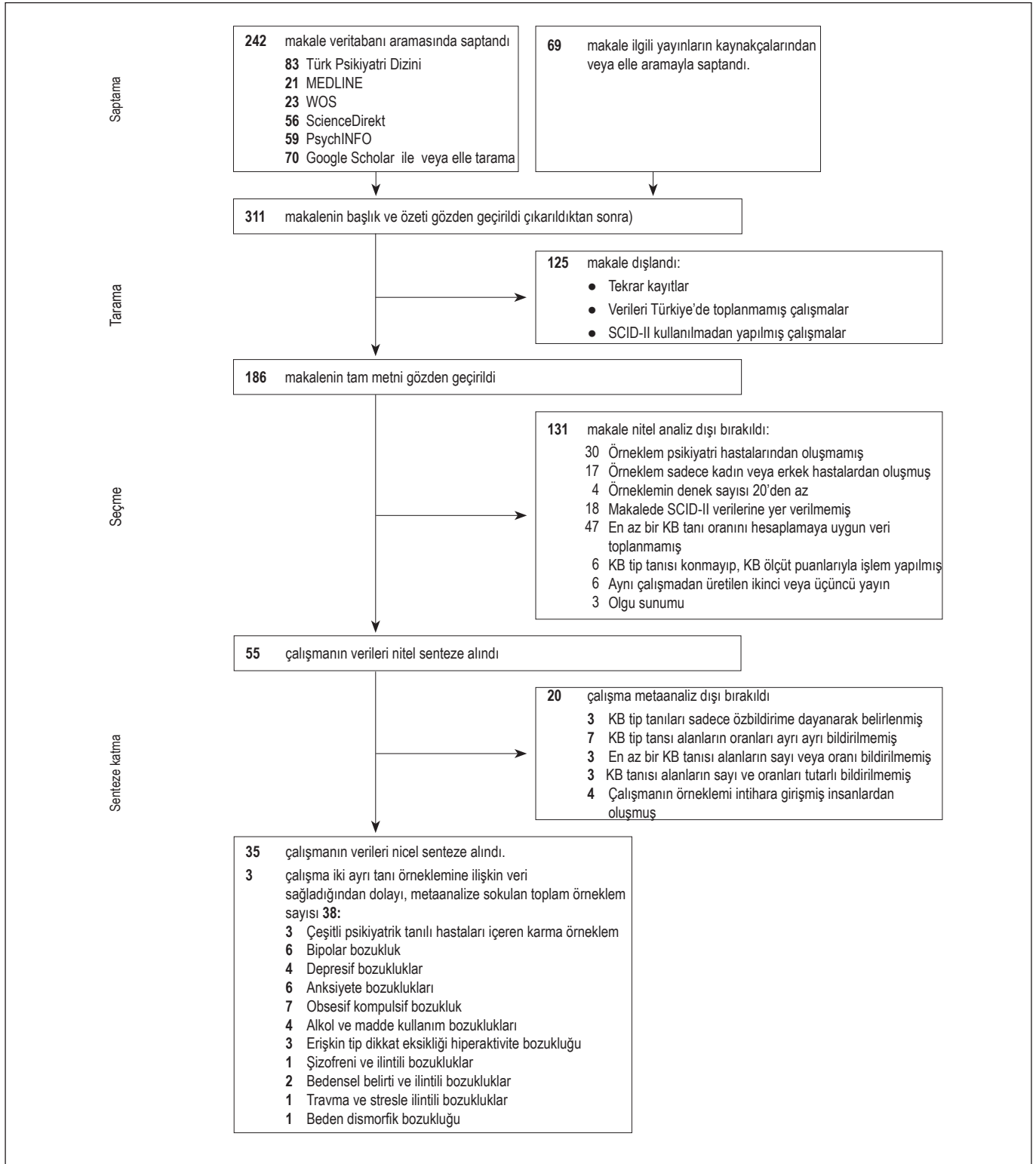
Bu projenin şekillenmeye başladığı 2015 yılından bu yana, okuduğumuz yayınların kaynaklarından yararlanarak ülkemizde SCID-II ile yapılmış 69 çalışma saptamış ve klinik örneklerde KB eştanı oranıyla ilgili sonuç bildiren çalışmaların verilerini tablolaştırmaya başlamıştır. Son olarak 2020 Temmuz ayı içinde MEDLINE, Web of Science (WOS), PsycINFO, ScienceDirect ve Türk Psikiyatri Dizini veri tabanlarında aramalar gerçekleştirdik. SCID-II Türkçe çevirisinin 1989 yılında yayımlanmış olması nedeniyle, 1990 ile 2020 yılları arasındaki 30 yıllık süreyi kapsayan bu aramalar, hakemli dergilerde Türkçe veya İngilizce yayımlanmış makaleler ile sınırlandırıldı. MEDLINE aramaları “Personality Disorder” AND (“SCID II” OR “scid ii”) AND (“Turkey” OR “Turkish”) terimleriyle yapıldı. Aramayı bütün metni kapsayacak biçimde yapınca binlerce yayın belirtildiği için, arama söz konusu terimlerin başlık ve/veya özetinde bulunması koşuluyla sınırlandırıldı. Aynı strateji diğer uluslararası veri tabanı aramalarında da izlendi. Türk Psikiyatri Dizini’nde ise “Kişilik Bozukluğu” ve “SCID-II” terimleriyle arama yapıldı. Tekrarlanan kayıtlar (birden çok veri tabanında kayıtlı olan ve arama sonucunda tekrar tekrar bulunan yayınlar), SCID-II kullanılmadan yapıldığı veya verilerinin başka bir ülkede toplandığı anlaşılan çalışmalar çıkarıldıktan sonra kalan makalelerin tam metninin incelenmesi aşamasına ilerlendi. Tam metnine ulaşmakta güçlük çekilen dört makale, yazarlarıyla yazışarak elde edildi. Başlık ve özetlerin taranması, tam metin okumaları ve makaleler hakkındaki kararlar birinci yazar tarafından gerçekleştirildi, ikinci yazar tarafından kontrol edildi. Uzlaşmaya varılamayan durumlarda üçüncü bir araştırmacının görüşüne başvuruldu. Belirli çalışmaların verilerinin yanlış veya tutarlık göstermeyen biçimde yayımlanmış olması nedeniyle metaanaliz dışında bırakılması yönündeki kararlar, bütün çalışmacıların görüşü alınarak oybirliği ile verildi.

İstatistiksel İşlemler

Metaanaliz, R platformunda “meta” ve “metafor” uygulamaları kullanılarak gerçekleştirildi. Çalışma örneklerinin çeşitli birincil tanılara göre oluşturulmuş olması nedeniyle temel varsayımımız, bu çalışmalarda kestirilmeye çalışılan gerçek prevalansın tek bir ortak değer olmayıp, birincil tanılara ve bilemediğimiz başka etmenlere bağlı olarak değişkenlik gösteren değerler olabileceği yönündeydi. Bu yüzden, gerçek popülasyon prevalans değerlerinin ortalamasını kestirmeye yönelik rassal etkiler (random-effects) metaanalizi uygulandı. Metaanaliz yöntemi olarak genelleşmiş doğrusal karma model (GLMM - generalised linear mixed model), başka deyişle rassal intercept logistik regresyon modeli (random intercept logistic regression model) benimsendi. Birincil çalışma prevalans verilerinin %95 güven aralıklarını (GA) hesaplamakta Clopper-Pearson yönteminden yararlandı. Derlenen çalışmalar, kullandıkları tanı örnekleminin göre sekiz altgruba ayrıldı, en az bir KB eştanısının prevalansı ve %95 güven aralığı (GA) hem analize sokulan çalışmaların geneli için hem de altgruplar için ayrı ayrı kestirildi, sonuçları özetlemek için orman (forest) grafiğinden yararlandı. Yapılacak birincil çalışmalarda örneklem prevalansının ne kadar geniş bir aralıkta bulunabileceğini gösteren %95 yordayıcı aralık (predictive interval) metaanalize sokulan çalışmaların geneli ve altgruplar için hesaplandı. Çalışma verilerinin heterojenliği hem çalışmaların geneli için hem de her bir altgrup için taukare (τ^2) ve ikare (I^2) istatistikleriyle değerlendirildi. Tüm analizlerde çalışmalar arası varyans (taukare - τ^2) hesaplamaları ML (maximum likelihood –maksimum olabilirlik) yöntemiyle gerçekleştirildi. Heterojenliğin kaynağında örneklem farkları farklı tanı popülasyonlarını temsil etmesinin yatıp yatmadığını incelemek amacıyla altgrup (subgroup) analizi uygulandı. Araştırmaların görece eski veya yeni olmasının, görece büyük veya küçük örneklerle çalışılmış olmasının heterojenliğe katkısını incelemek için metaregresyon analizlerinden yararlandı. İlgili moderatör değişkenler bu analizlere ortalamaları çevresinde yeniden kodlanmış olarak (mean centering) sokuldu. Analiz sonuçları yerine göre Cochran Q, τ^2 , ve I^2 yardımıyla yorumlandı. Prevalans ve heterojenlik hesaplamaları üzerinde birincil çalışmaların hangilerinin ağır basan etkisinin (influence) olduğunun incelenmesinde Baujat çizimi ve tek tek dışta bırakma (leave-one-out) analizinden yararlandı (Borenstein ve ark. 2009, Harrer ve ark.2019, Langan ve ark. 2019, Schwarzer ve ark.2019).

BULGULAR

Derlenen toplam 311 makalenin içinden tekrarlanan kayıt niteliğinde olanlar, verileri Türkiye dışında toplanmış olanlar ve SCID-II değil SCID kullanılarak yapılmış olanlar elendikten sonra geriye kalan 186 makalenin tam metni incelendi. Bunlardan 131 tanesi çeşitli nedenlerle (Şekil 1) elendi ve



Şekil 1. Türkiye’de psikiyatri hastaları arasında en az bir KB tanı oranını SCID-II ile belirlemeye yönelik çalışmalarını derleme süreci

kalan 55 çalışmanın verilerinin nitel sentez için gerekli nitelikleri taşıdığına karar verildi. Bu çalışmaların adı (yazar ve yayın yılı), örneklem özellikleri ve bulguları Tablo 1’de özetlenmektedir. Verileri karşılaştırmayı kolaylaştırmak bakımından, tabloda tanı örneklemleri sırasıyla Karma, Bipolar Bozukluk, Depresif Bozukluklar, Anksiyete ve İliintili Bozukluklar,

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB), Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları olarak gruplandırıldı. Sadece bir veya iki çalışmaya konu olan tanımlarla ilgili örneklem verileri “Çeşitli” başlığı altında; intihara girişmiş kişilerden oluşan örneklem verileri de “İntihar” başlığı altında bir araya getirildi.

Tablo 1. Türkiye’de çeşitli psikiyatrik tanılara göre oluşturulan örneklerde SCID-II ile yapılan çalışmalarda bildirilen KB tip tanılarının ve en az bir KB tanısına ilişkin prevalans değerleri (%)

Çalışma ^a	Tanı Örnekleme ^b	KB Tiplerinin Tanı Oranı ^c													En az bir KB Tanı Oranı	
		N	ÇE	BA	OK	PA	KÇ	PN	ŞT	SZ	HT	NS	SN	AS		
1	Arkar 2008	Karma	544	29,1	7,6	16,0	-	-	19,0	5,0	2,4	3,4	2,0	14,2	1,2	45,0
2	Duran ve ark. 2014 ⁱ	Karma	246	13,0	6,1	17,9	5,7	2,0	1,62	0,0	0,0	5,7	7,31	3,3	2,8	43,1
3	Dereboy ve ark. 2018 ^d	Karma	60	15,0	5,0	6,7	15,0	5,0	28,3	3,3	5,0	41,7	18,3	26,7	3,3	85,0
3	Dereboy ve ark. 2018 ^d	Karma	60	8,3	1,7	5,0	5,0	5,0	10,0	3,0	0,0	16,7	11,7	13,3	3,3	50,0
4	Gelegen ve Tamam 2018 ^e	Karma	406	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9,9
5	Üçok ve ark. 1998	Bipolar Bzk	90	10,0	3,3	16,7	5,6	-	15,6	0,0	0,0	16,7	1,1	10,0	0,0	47,7
6	Tamam ve ark. 2004	Bipolar Bzk	74	14,9	17,6	41,9	17,6	-	16,2	2,7	18,9	6,8	14,9	8,1	5,4	62,2
7	Altındağ ve ark. 2006	Bipolar Bzk	70	17	4	21	-	-	17	0	0	10	1	7	1	57,1
8	Ünal ve ark. 2007	Bipolar Bzk	50	12,0	8,0	14,0	4,0	-	4,0	0,0	2,0	8,0	4,0	18,0	12,0	48,0
9	Sayın ve ark. 2007	Bipolar Bzk	90	2,2	1,1	2,2	-	1,1	1,1	0,0	0,0	8,9	0,0	4,4	0,0	18,9
10	Tan ve ark. 2019	Bipolar Bzk	99	3,0	3,0	16,2	-	-	8,1	3,0	2,0	18,2	1,0	16,2	0,0	38,4
11	Yazıcı ve ark. 1999 ^e	Bipolar Bzk	84	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	36,9
12	Kökücü ve Kesebir 2010 ^e	Bipolar Bzk	44	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	22,7	-	34,1
13	Kesebir ve ark. 2012 ^e	Bipolar Bzk	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	45,0
14	Oğuz ve ark. 2014 ^f	Bipolar I – DEHB ^k	95	10,6	4,3	10,6	8,5	4,3	13,8	0,0	0,0	10,6	2,1	9,6	0,0	-
14	Oğuz ve ark. 2014 ^f	Bipolar I + DEHB ^k	26	23,1	11,5	23,1	15,4	19,2	34,6	7,7	0,0	38,5	15,4	26,9	11,5	-
15	Keskin ve Tamam 2018 ^e	Bipolar Bzk	57	-	-	-	-	-	0,0	0,0	0,0	-	-	-	-	17,5
16	Keskin ve ark. 2018 ^e	Bipolar Bzk	122	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9,8
17	Özen ve Yılmaz 2019 ^e	Bipolar Bzk	380	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	34,2
18	Karamustafaloğlu ve ark. 1992	Distimi	80	1,25	5,0	1,25	1,25	-	5,0	-	-	13,8	1,25	20,0	2,5	55,0
19	Üllkeröğlu ve ark. 1999	Depresif Bzk	86	12,8	15,1	18,6	4,7	3,5	19,8	2,3	0,0	23,3	22,1	25,6	3,5	66,3
20	Taner ve ark. 2006	Atipik Depresyon	37	18,9	-	10,8	-	13,5	27,0	-	-	-	-	21,6	-	54,1
21	Aslan ve Demir 2008	Majör Depresyon	83	18,1	1,2	10,8	2,4	4,8	19,3	4,8	2,4	4,8	1,2	16,9	1,2	43,4
22	Güleç ve Hocaoğlu 2011 ^g	Majör Depresyon	72	22,2	36,1	45,8	45,8	48,6	65,3	9,7	8,3	75,0	45,8	72,2	16,7	56,9
23	Aydemir ve ark. 1997	Ank.Bzk / MD ^l	62	8,1	8,1	21,0	1,6	-	0,0	0,0	1,6	24,2	0,0	0,0	0,0	51,6
24	Solmaz ve ark. 1999	Sosyal Fobi	44	34,1	4,5	6,8	6,8	-	9,1	0,0	0,0	2,3	4,5	0,0	0,0	68,2
25	Gökalp ve ark. 2001	Sosyal Fobi	87	54,0	13,8	21,8	10,3	1,1	26,4	4,6	6,9	4,6	5,7	2,3	0,0	67,8
26	Karaçam ve ark. 1998 ⁱ	Panik Bzk	50	6,0	2,0	10,0	2,0	-	12,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	20,0
27	Özkan ve Altındağ 2003, 2005 ^j	Panik Bzk	112	8,9	7,1	11,6	-	-	0,0	7,1	0,0	15,2	7,1	14,3	0,0	33,9
28	Sarısoy ve ark. 2008	Panik Bzk	106	16,0	0,0	25,5	1,9	0,0	1,9	0,9	0,0	0,9	0,0	0,9	0,0	40,6
29	Yaluğ ve ark. 2003 ^{g-i}	Panik Bzk	31	3,2	-	-	-	9,7	3,2	-	-	19,4	0,0	16,2	3,2	100
30	Delice ve ark. 2015 ^f	Panik Bzk	63	36,5	23,8	20,6	4,8	-	14,3	1,6	0,0	22,2	4,8	22,2	0,0	-
26	Karaçam ve ark. 1998 ⁱ	OKB	50	22,0	8,0	14,0	8,0	-	18,0	0,0	0,0	4,0	2,0	4,0	0,0	36,0
31	Tükel ve ark. 2001	OKB	25	24,0	8,0	32,0	16,0	-	8,0	4,0	12,0	16,0	8,0	8,0	0,0	64,0
32	Türksöy ve ark. 2000, 2002 ^j	OKB	50	30,0	8,0	44,0	10,0	-	12,0	28,0	4,0	12,0	8,0	12,0	0,0	68,0
33	Uğuz ve ark. 2006	OKB	50	28,0	2,0	30,0	12,0	-	8,0	6,0	2,0	4,0	0,0	6,0	0,0	50,0
34	Beşiroğlu ve ark. 2007 ⁱ	OKB + MD ^m	43	23,3	0,0	27,9	7,0	-	7,0	7,0	0,0	2,3	0,0	9,3	0,0	53,5
34	Beşiroğlu ve ark. 2007 ⁱ	OKB – MD ^m	67	10,4	1,5	16,4	1,5	-	1,5	3,0	1,5	3,0	0,0	4,5	0,0	38,8
35	Çiçek ve ark. 2013	OKB	40	20,0	10,0	27,5	5,0	-	2,5	0,0	0,0	10,0	0,0	7,5	0,0	45,0
36	Tükel ve ark. 2013 ⁱ	OKB	49	32,7	8,2	42,9	-	-	14,3	2,0	10,2	12,2	6,1	10,2	0,0	67,3
37	Kara ve ark. 1996 ^h , 1997 ^j	OKB	35	42,9	14,3	48,6	14,3	28,6	51,4	8,6	2,9	54,0	31,4	54,3	2,9	80,0
38	Bayar ve ark. 1998 ^h	OKB	55	29,1	41,8	32,7	12,7	18,2	27,1	7,1	5,1	25,2	18,2	36,4	3,6	60,0
29	Yaluğ ve ark. 2003 ^{g-i}	OKB	30	3,3	-	-	-	16,6	0,0	-	-	6,7	3,3	36,7	3,3	100
39	Balcı ve Sevinçok 2010 ^g	OKB	44	31,8	11,4	31,8	-	-	-	13,6	-	-	-	15,9	-	?

Tablo 1'in devamı.

Çalışma ^a	Tanı Örneklemi	KB Tiplerinin Tanı Oranı ^c														En az bir KB Tanı Oranı
		N	ÇE	BA	OK	PA	KÇ	PN	ŞT	SZ	HT	NS	SN	AS		
40	Türkçapar ve ark. 1997 ⁿ	Alkol Bağımlılığı	60	6,7	0,0	6,7	0,0	-	6,7	0,0	0,0	5,0	0,0	0,0	11,7	36,7
41	Öner ve ark. 2002	Alkol Bağımlılığı	80	12,5	5,0	5,0	2,5	-	12,5	0,0	5,0	2,5	2,5	20,0	37,5	72,5
42	Karaer ve ark. 2004	Alkol Kullanım B	35	8,6	2,9	8,6	5,7	-	5,7	-	2,9	8,6	5,7	11,4	22,9	45,7
43	Kalyoncu ve ark. 2007	Eroin Bağımlılığı	108	-	-	-	-	-	3,7	-	-	1,9	1,9	2,8	21,8	26,9
44	Yapıcıoğlu ve ark. 2011	DEHB	24	8,3	0,0	25,0	25,0	-	4,1	0,0	0,0	12,5	0,0	12,5	0,0	66,7
45	Kavakçı ve ark. 2012	DEHB	48	14,6	10,4	10,4	4,2	-	6,3	2,10	0,0	2,1	0,0	12,5	6,3	22,9
2	Duran ve ark. 2014 ⁱ	DEHB	39	15,4	10,3	10,3	5,1	0,0	0,0	0,0	0,0	5,1	5,1	5,1	2,6	43,6
46	Sevinç ve ark. 2010 ^f	DEHB	80	1,3	0,0	6,3	0,0	6,3	0,0	0,0	0,0	3,8	3,8	18,8	11,3	?
47	Karslıoğlu ve ark. 2012	Şizofreni	75	30,7	6,7	17,3	5,3	4,0	24,0	4,0	1,3	12,0	6,7	12,0	0,0	70,7
48	Kuloğlu ve ark. 2003	Konv. Bzk	198	4,6	4,0	4,6	7,6	-	2,5	1,0	1,0	17,7	1,5	11,1	2,0	57,6
49	Direk ve ark. 2012	Psikojenik Nöbet	35	25,7	5,7	22,9	-	-	2,9	0,0	0,0	20,0	20,0	40,0	2,9	74,3
50	Özçetin ve ark. 2008	TSSB	62	25,8	14,5	16,1	1,6	-	14,5	0,0	0,0	4,8	0,0	6,5	0,0	56,5
36	Tükel ve ark. 2013 ^j	BDB ± OKB ^o	49	59,2	22,4	38,8	-	-	34,7	6,1	4,1	38,8	30,6	26,5	2,0	93,9
51	Atalay 2011 ^h	Uyku Bzk	212	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	87,7
52	Ateşçi ve ark. 2002	İntihar	60	3,3	0,0	5,0	-	-	0,0	0,0	0,0	16,7	0,0	18,3	5,0	48,3
53	Yaşan ve ark. 2008	İntihar	76	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8,3	-	19,7
54	Yalvaç ve ark. 2014 ^p	İntihar	50	28,0	6,0	56,0	42,0	26,0	42,0	12,0	18,0	4,0	36,0	66,0	16,0	90,0
55	Yılmaz ve ark. 2018	İntihar	100	5,0	4,0	11,0	7,0	-	-	-	-	3,0	0,0	23,0	9,0	58,0

- a. Tabloda metaanalize sokulmayan çalışma verileri kırmızı satırlarda gösterilmiştir. Aynı çalışmadan elde edilen farklı tanı örneklemine ilişkin veriler farklı satırlarda uygun tanı grubuyla birlikte gösterilmiştir.
- b. B veya Bzk = Bozukluk; DEHB = Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu; Ank.= Anksiyete; MD = Majör Depresyon; OKB = Obsesif Kompulsif Bozukluk; Konv. = Konversiyon; TSSB = Travma Sonrası Stres Bozukluğu; BDB = Beden Dismorfik Bozukluğu
- c. KB = Kişilik Bozukluğu, ÇE = Çekingen; BA = Bağımlı; OK = Obsesif Kompulsif; PA = Pasif Agresif; KÇ = Kendini Çelmeleyen; PN = Paranoid; ŞT = Şitotipal; SZ = Şizoid; HT = Histriyonik; NS = Narsistik; SN = Sınır; AS = Antisoyal
- d. Aynı çalışmada yapılan 120 SCID-II değerlendirmesinin ilk ve ikinci yarılarında konulan KB tanılarına ilişkin veriler, geçerlik düzeyleri farklılık gösterdiği için tabloda ayrı satırlarda verilmiş, ancak metaanalize birlikte sokulmuştur.
- e. KB tiplerinin her biri için tanı alanların sayı veya oranını bildirmedikleri için metaanalize sokulmayan çalışmalar.
- f. En az bir KB tanısı alanların sayı veya oranını bildirmedikleri için metaanalize sokulmayan çalışmalar
- g. En az bir KB tanı oranı ile KB tip tanı oranları arasında tutarsızlık görülmesi nedeniyle metaanalize sokulmayan çalışmalar
- h. KB tip tanıları sadece öz bildirime dayanıp, SCID-II görüşmesine dayanmadığı için metaanalize sokulmayan çalışmalar
- i. İki ayrı tanı veya eş tanı örnekleme ilişkini veri bildiren çalışmalar
- j. Aynı çalışma verisinin tekrar yayını.
- k. DEHB'nin eşlik ettiği veya etmediği Bipolar I Bozukluk; iki grubun verisi tabloda ayrı satırlarda verilmiş, metaanalize tek örneklem olarak sokulmuştur.
- l. Yaygın Anksiyete Bozukluğu ve/veya Majör Depresyon
- m. OKB başlangıcı sonrası depresyonu olan veya olmayan gruplar; iki grubun verisi tabloda ayrı satırlarda verilmiş, metaanalize tek örneklem olarak sokulmuştur.
- n. Bu çalışmada çoklu KB tanısı alan hastaların sadece ön planda olan KB tanısı bildirilmiştir.
- o. OKB'nin eşlik ettiği veya etmediği Beden Dismorfik Bozukluk; aralarında fark olmayan iki grubun verisi tabloda birleştirilerek verilmiş, metaanalize de öyle sokulmuştur.
- p. Bu çalışmada depresif KB için verilen tanı sıklığı, tabloda KÇ-KB sütununda gösterilmiştir.

Tabloda çalışma sayısından daha çok satır yer almaktadır. Bunun birinci nedeni; dört çalışmada iki ayrı tanı örnekleme ilişkine verilerin bildirilmiş olması ve bu verilerin tabloda ayrı satırlarda uygun altgruplar içinde gösterilmiş olmasıdır (Duran ve ark. 2014, Karaçam ve ark. 1998, Tükel ve ark. 2013, Yalvaç ve ark. 2003). Bunların dışında, tek bir tanı örnekleminde eş tanılarına göre belirlenen alt örneklerde KB tanı oranlarını inceleyen ve farklı bulan iki çalışma belirlenmiştir (Beşiroğlu ve ark. 2007, Oğuz ve ark. 2014). Bilgi verici olması amacıyla, bu çalışmaların alt örneklem verileri tabloda ayrı satırlarda

özetlenmiş, ancak tek bir tanı örneklemini ilgilendirdikleri göz önüne alınarak metaanalize birlikte sokulmuştur. Son olarak, daha önce karma tanılı 120 katılımcı ile gerçekleştirdiğimiz bir çalışmada (Dereboy ve ark. 2018), SCID-II ile konan en az bir KB tanısının geçerliğinin ilk 60 katılımcı için sınır düzeyde ($\kappa = 0,31 [0,00 - 0,63]$), ikinci 60 katılımcı içinse yüksek düzeyde ($\kappa = 0,80 [0,65 - 0,95]$) bulunmuş olması nedeniyle, bilgi verici olması ve tartışmaya zemin oluşturması bakımından bu iki yarım örneklemin verileri tabloda ayrı ayrı verilmiş, ancak metaanalize birleştirilerek sokulmuştur.

Nitel Sentez

Tablo 1’de özetlenen 55 çalışma verisi incelendiğinde, psikiyatrik tanı almış katılımcılardan oluşan klinik örneklerle yapılan çalışmalarda bildirilen en az bir KB prevalansının % 9,8 ile 100,0 arasında değiştiği görülmektedir. Prevalans değerlerinin bu kadar geniş bir aralığa saçılmış olmasının akla gelen olası açıklamalarından ilki, tanı örneklerinin farklı olması; ikincisi, araştırma verilerinin farklı kalitede olması; üçüncüsü ise araştırmaların farklı büyüklükte örneklerle ve farklı yıllarda yapılmış olmasıdır. İlk açıklamanın geçerliğini sınamak için, nitel senteze alınan çalışma verileri Tablo 1’de birincil psikiyatrik tanılara göre gruplandırılmıştır. Tablo incelendiğinde, en az bir KB tanısı alan hastaların oranının karma tanılı örneklerde %10 ile 85 arasında değiştiği görülmektedir. Aynı oran bipolar bozukluk grubunda %10 - 62, depresif bozukluklar grubunda %43 - 66, anksiyete bozuklukları grubunda %20 - 100, OKB grubunda %36 - 100, alkol ve madde kullanım bozuklukları grubunda %27 - 73, DEHB grubunda %23 - 67, intihar grubunda %20 - 90 arasında değişmektedir. Tek tek KB tip tanılarına yönelik prevalans verileri de benzer örüntüyü göstermektedir. Derlediğimiz çalışmalarda bildirilen prevalans değerlerinin geniş aralıklara saçılması (dispersion) tanı grupları içinde de sürmektedir.

Gözlenen bu saçılmanın açıklaması tanı örneklerinin farklı olmasında yatmıyor gibi görüldüğüne göre, çalışma verilerinin kalitesindeki farklılıkta yatıyor olabilir. Nitel senteze aldığımız çalışmaları bu bağlamda incelediğimizde gözümüze çarpan sorunları sekiz başlık altında topladık ve bildirilen verilerin kalitesi üzerindeki olumsuz etkilerinin derecesine göre hafiften ağıra doğru Tablo 2’de sıraladık. Çalışmaların çoğunda saptadığımız ilk dört sorunun, verilerin kalitesi üzerindeki olumsuz etkisini hafif veya ılımlı olarak değerlendirdik. Çalışmaların azında gözümüze çarpan diğer dört sorunun veri kalitesi üzerindeki etkisini ise belirlenemez veya ciddi olarak değerlendirdik. İkinci türden sorunları barındıran 20 çalışmayı eledikten sonra kalan 35 çalışma ile yapacağımız metaanalizde heterojenliğin ne düzeylerde bulunacağını görmek istedik. Elediğimiz çalışmaları Tablo 1’de kırmızı arka plan ile ve her birinin hangi ciddi sorun nedeniyle elendiğini dipnotlarla belirttik. Şekil 1’de de özetlendiği gibi, metaanalizin dışında tuttuğumuz 20 çalışmanın içinde; en az bir KB tanısını bildirmeyen 3 çalışma (Delice ve ark. 2015, Oğuz ve ark. 2014, Sevinç ve ark. 2010), KB tip tanıların sadece SCID-II özbidirim formu işaretlemelerine dayanarak konulduğu anlaşılan 3 çalışma (Atalay 2011, Bayar ve ark 1998, Kara ve ark 1996), KB tiplerinin tanı oranlarını ayrı ayrı bildirmeyip sadece en az bir KB tanısını bildiren 7 çalışma (Gelegen ve Tamam 2018, Kesebir ve ark. 2012, Keskin ve Tamam 2018, Keskin ve ark. 2018, Kökçü ve Kesebir 2010, Özen ve Yılmaz 2019, Yazıcı ve ark. 1999) bulunuyordu. Son grupta yer alan 7 çalışmanın hepsinde KB tiplerinin tamamının

Tablo 2. Gözden geçirilen çalışmalarda bildirilen verilerin kalitesini olumsuz yönde etkileyen sorunlu noktalar

Görece sık ama hafif sorunlar (Çalışmanın metaanalize alınmasına engel oluşturmayan)

- Çalışmada kullanılan SCID-II sürümünün yanlış bilinmesi ve/veya bildirilmesi
- Çalışmada kullanılan SCID-II sürümünün psikometrik özelliklerinin yanlış bilinmesi ve/veya bildirilmesi
- SCID-II görüşmesi yapıp yapılmadığının açıkça belirtilmemesi
- SCID-II görüşmesi ve skorlaması yapan klinisyenlerin deneyimi hakkında bilgi verilmemesi

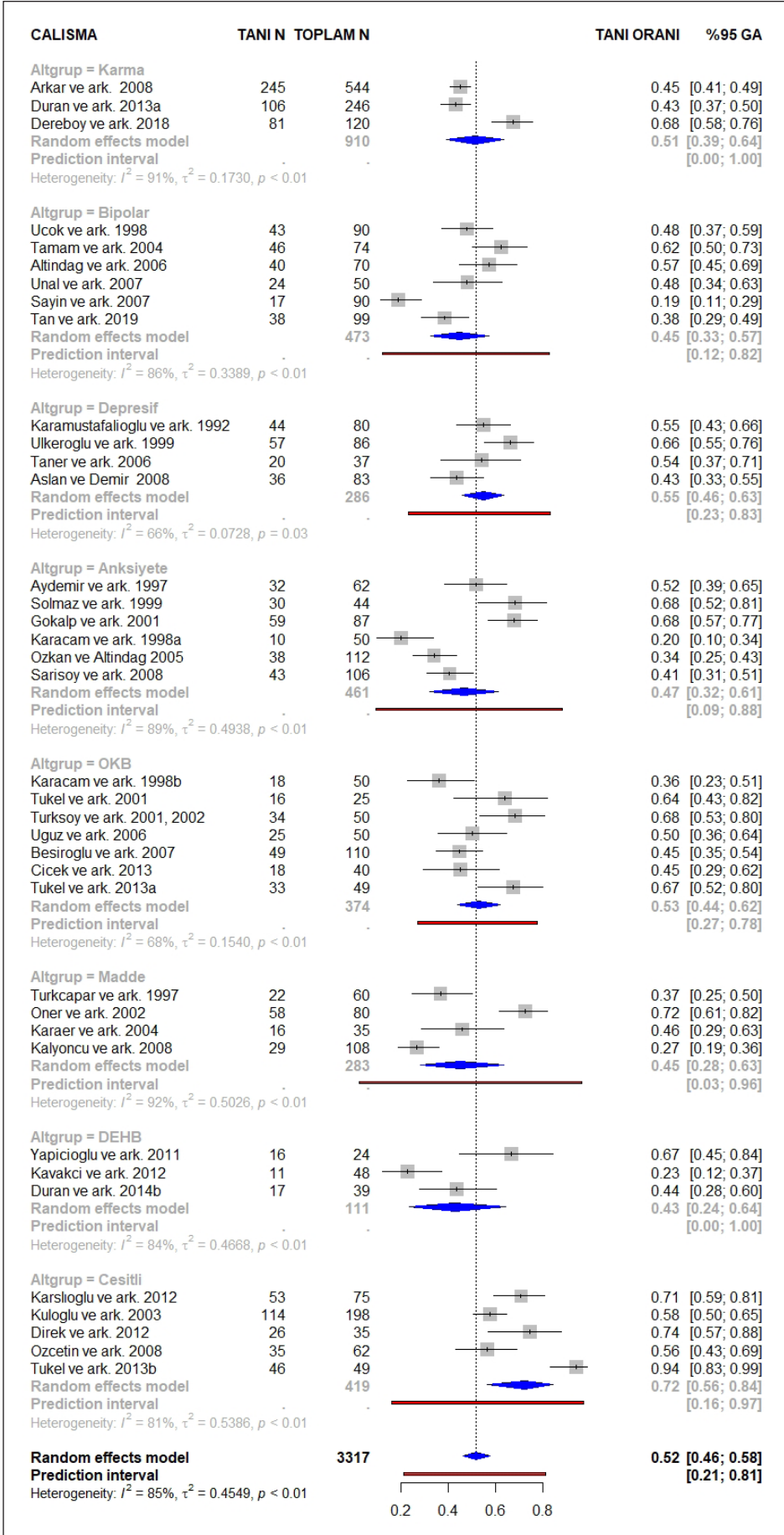
Görece seyrek ve ağır sorunlar (her biri çalışmanın metaanalize alınmasına engel oluşturan)

- En az bir KB tanısı alan katılımcıların sayısı ve/veya oranının bildirilmemesi
- KB tip tanıların her birini alan katılımcıların sayısı ve/veya oranının bildirilmemesi
- Bildirilen KB tip tanı oranları ile en az bir KB tanı oranları arasında tutarsızlık olması
- Sadece SCID-II özbidirim formu doldurtulup görüşme yapmadan KB tanı oranları bildirilmesi

eksiksiz tanılandığından emin olamadık. Bu çalışmalardan birinde KB prevalansının %10 gibi çok düşük bir düzeyde bildirilmiş olması da kafamızdaki soru işaretlerinin büyümesine yol açtı. Söz konusu yedi çalışma arasında prevalans verilerinin güvenilirliği açısından ayırım yapma şansımız olmadığından, nicel senteze ya hepsini alma ya da hiçbirini almama yönünde bir karar vermemiz gerekiyordu. Kararımız almama yönünde oldu.

Bunlara ek olarak, bildirdikleri sayı ve oranlar arasında tutarsızlıklar gözlediğimiz 3 çalışma (Balcı ve Sevinçok 2010, Güleç ve Hocaoglu 2011, Yaluğ ve ark. 2003) nicel sentez dışında tutmak durumunda kaldığımız diğer bir grubu oluşturdu. Sözünü ettiğimiz tutarsızlıkların neler olduğunu kısaca şöyle özetleyebiliriz: Balcı ve Sevinçok (2010) çalışmasında OKB tanı örnekleminin intihar fikri olan ve olmayan altgrupları için ayrı ayrı verilen sayılar ve yüzdeleri incelendiğimizde; ikinci gruptaki 21 hasta arasında A, B ve C Küme tanısı alanların sayısının sırasıyla 2, 2, 11 olarak bildirilmiş olduğunu gördük. Buna karşılık, yine aynı grupta II. Eksen tanısı (yani en az bir KB tanısı) alanların sayısı 19 olarak, oranı ise %50 olarak bildirilmişti. Görüldüğü gibi, makalede bildirilen sayılar da oranlar da birbirini tutmuyordu. Keza, çalışmanın OKB örnekleminin tamamında II. Eksen tanısı alanların oranını hesaplamaya çalışırken, altgruplar için bildirilen sayıları temel almamız durumunda %84 değerini, oranları temel almamız durumunda %63 değerini elde ettik. Bu yüzden hangi prevalans değerinin

Şekil 2. Türkiye’de psikiyatri hastaları arasında SCID-II ile tanılanan en az bir KB prevalans verisi sağlayan çalışmaların metaanalizi (orman grafiği)



tabloya yazılması ve metaanalize sokulması gerektiğine karar veremedik. Güleç ve Hocoğlu (2011) çalışmasında ise, Majör Depresyon tanı örneklerinin %75'inde histriyonik KB, %72'sinde sınır KB tanısının söz konusu olmasına karşılık sadece %57'sinde en az bir KB tanısının söz konusu olması bize tutarlı görünmedi. Yaluğ ve arkadaşlarının (2003) çalışmasına gelince, OKB ve Panik Bozukluğu örneklerinin ikisinde de en az bir KB tanısının %100 olduğu bildirilmiş olmasına karşılık, tabloda ayrı ayrı KB tip tanıları için verilen yüzdelerin toplamının %100'ün çok altında kaldığı dikkatimizi çekti. Ayrıca, OKB örneğinde sınır KB eşanı oranı makalede iki yerde % 27,2, bir yerde de %36,7 olarak bildirilmişti.

Metaanaliz dışında tutmaya karar verdiğimiz son grubu, intihara girişmiş insanlardan oluşan örneklerle yapılmış 4 çalışma oluşturdu (Tablo 1). Bu kararımızın gerekçesi, intihar örneklerinde yer alan katılımcılarının hepsinin birincil psikiyatrik tanısının olmaması, dolayısıyla bu çalışmaların örneklerinin psikiyatrik hasta popülasyonu için temsil edici sayılamayacağı kanısına varmamız olarak özetlenebilir.

Nicel Sentez

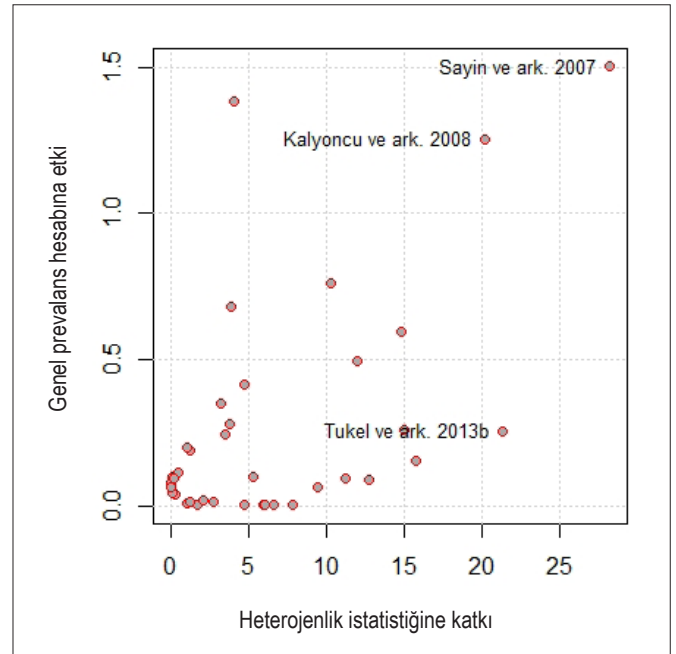
Toplam 35 çalışmanın 38 klinik tanı örneğinde yer alan 3317 katılımcıyla gerçekleştirdiğimiz metaanaliz sonucunda, psikiyatri hastaları arasında en az bir KB prevalansı 0,52 olarak bulunmuştur. Bu kestirimimizin güven aralığına bakarak, klinik popülasyon gerçek prevalans değerlerinin ortalamasını %95 olasılıkla içerebilecek alt ve üst sınırların sırasıyla 0,46 ile 0,58 olduğu söylenebilir. Orman grafiğinde gösterilen yordayıcı aralık ise, yapılacak birincil çalışmalarda örneklem prevalansının %95 olasılıkla 0,21 ile 0,81 sınırları arasında bulunacağını düşündürmektedir (Şekil 2).

Veri kalitesinde ciddi sorun olabileceğini düşündüğümüz çalışmaları metaanaliz dışında tutmamıza karşın, heterojenliğin, yani çalışma verileri arasındaki varyansın örneklem hatası ile açıklanamayan diliminin, yüksek düzeyde olduğu görülmektedir ($I^2 = \%84,8 [80,0 - 88,4]$). Bu noktada ilk akla gelen soru, heterojenliğin metaanalize farklı tanı örneklerinin sokulmuş olmasından kaynaklanıp kaynaklanmadığıdır. Bu soruya yanıt aramak için uyguladığımız altgrup (subgroup) analizi sonuçları, sekiz tanı grubunun verileri arasında anlamlı bir fark olmadığını ortaya koymaktadır ($Q=9,51$, serbestlik derecesi=7, $p=0,22$). Çeşitli grubu dışındaki tanı grupları için hesaplanan prevalans değerleri 0,43 ile 0,55 arasında değişmekte ve %95 güven aralıkları büyük ölçüde birbiriyle örtüşmektedir (Şekil 2). Ayrıca tanı altgruplarında I^2 değerlerinin, Higgins ve arkadaşlarınınca (2003) önerilen %75 sınırının biraz altında veya üstünde bulunması, birincil psikiyatrik tanının özdeş olması durumunda bile çalışma verileri arasındaki heterojenliğin orta-yüksek düzeylerde seyrettiğini düşündürmektedir. Topluca bakıldığında, altgrup analizinin sağladığı bulguların tümü,

farklı tanı örneklerinin çekildiği hasta popülasyonlarının genel KB prevalansı açısından birbirinden farklı değil özdeş olduğu yönündeki yokluk (H_0) hipotezini desteklemektedir.

Yanıt aradığımız ikinci soru, metaanalize sokulan çalışmaların yayın yılı ve örneklem büyüklüğü açısından gösterdiği değişkenliğin, bulunan prevalans değerleri açısından çalışmalar arasında gözlenen heterojenlikteki rolünün ne düzeyde olduğudur. Söz konusu çalışmaların en eskisi 1992 yılında, en yenisi ise 2019 yılında yayımlanmış (ortanca=2006,5); çalışılan örnekler 24 ile 520 arasında değişen sayıda gönüllüden oluşmuştur (ortanca=62). Uyguladığımız metaregresyon analizleri, gerek çalışma tarihinin ($Q=0,18$, $sd=1$, $p=0,67$) gerekse örneklem büyüklüğünün ($Q=0,69$ $sd=1$, $p=0,41$) birincil çalışmalarda bildirilen prevalans değerleri üzerinde anlamlı etkisinin olmadığını, dolayısıyla heterojenlikte rol oynamadığını ortaya koymuştur.

Birbirinden farklı tanı örnekleriyle yapılmış beş çalışmayı içeren "Çeşitli" grubu, %81 düzeyindeki I^2 değeriyle heterojenlik yönünden diğer tanı gruplarına benzerlik gösterirken, 0,72 düzeyindeki özet prevalans değeriyle diğer tanı gruplarından farklı bir görünüm sergilemektedir. Bu altgrup; konversiyon bozukluğu, TSSB, şizofreni ve beden dismorfik bozukluğu (BDB) tanı örneklerine ilişkin çalışmaların verilerini içermektedir. BDB örneğinde KB prevalansını 0,94 olarak bildiren çalışmanın verilerinin (Tükel ve ark. 2013) bu grup için hesaplanan göllenmiş prevalans ve heterojenlik değerlerini güçlü biçimde etkilediği söylenebilir. Şekil 3'te yer alan Boujat çizimi, BDB örneklem verisinin hesaplamalar üzerindeki güçlü etkisinin sadece bu altgrupla



Şekil 3. Metaanalizde göllenmiş prevalans ve heterojenlik değerlerinin kestiriminde etkisi ağırlıklı olan çalışmaların belirlenmesi (Boujat grafiği)

sınırlı olmayıp çalışmaların geneli için de söz konusu olduğunu düşündürmektedir. Her seferinde bir çalışmayı dışta bırakarak özet prevalans hesaplamasının tekrarlandığı (Leave-One-Out) analiz sonuçları, Tükel ve arkadaşlarının (2013) BDB örneklem verilerinin alınmadığı metaanalizde elde edilecek özet prevalansın yaklaşık bir buçuk birim azalarak 0,50'ye düşeceğini göstermektedir. Bununla birlikte, Baujat grafiğine göre, özet prevalans ve heterojenlik hesaplamaları üzerinde en güçlü tesiri (influence) 0,19 gibi düşük düzeyde bir KB prevalansı bildiren Sayın ve arkadaşlarının (2007) çalışması göstermektedir. Heterojenlik üzerindeki tesir açısından üçüncü sırada, Kalyoncu ve arkadaşlarının (2007) KB prevalansını 0,26 olarak bildiren çalışması gelmektedir. Bu çalışmaların her birinin dışta bırakılması, genel I² kestirimlerinde yüzde 1 ile 1,5 arasında azalmaya yol açmaktadır.

TARTIŞMA

Bu gözden geçirmenin belki de en önemli bulgusu, nitel ve nicel senteze alınan çalışma sonuçları arasındaki heterojenliğin çok yüksek olması, yani çalışmalarda SCID-II görüşmesi ile belirlenen KB eştanı oranları arasında çarpıcı farklılıklar görülmesidir. Gerçekleştirdiğimiz altgrup analizi, yüksek heterojenliğin tanı gruplarının içinde de sürdüğünü ve özet prevalans kestirimleri açısından gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığını ortaya koymuştur. Metaregresyon analizleri ise, birincil çalışmaların yapıma zamanı ve örneklem büyüklüğünün çalışmalarda bulunan prevalans değerleri üzerinde bir etkisinin olmadığını, dolayısıyla bu değerlerin heterojenlik göstermesinde de bir rolü olmadığını düşündürmüştür. Bu durumda, heterojenliğin kaynaklarının başka yerlerde aranması gerekmektedir.

Yüksek düzeyde heterojenlik, küresel ölçekte KB prevalansını odağına alan gözden geçirmelerde de bildirilen bir bulgu olup (Beckwith ve ark. 2014, Newton-Howes ve ark. 2008, Winsper ve ark. 2020) nelerden kaynaklandığı açık değildir. Winsper ve arkadaşları (2020), metaanalize soktukları toplum tabanlı çalışmalar arasındaki heterojenliğin kaynağında; ne çalışmaların yapıldığı ülkeler veya çalışma tarihinin, ne örneklem alma yöntemleri veya örneklem büyüklüklerinin, ne de tanılama ölçütleri veya işlemleri arasındaki farklılıkların yattığını bulmuşlardır. Bizim bulgularımız da aynı doğrultuda olup, heterojenliğin aranan kaynaklarının çalışma örnekleminin büyüklüğü veya çalışma tarihi olmadığını desteklemektedir.

SCID-II kullanılarak çeşitli ülkelerde yapılan 7 toplum tabanlı çalışmanın verileri için Winsper ve arkadaşlarının (2020) bildirdiği yüksek heterojenlik düzeyi, sadece Türkiye kökenli 35 araştırmanın verilerini içeren bu meta-analitik çalışmada da tekrarlanmıştır. Bu da, heterojenliğin kaynağında ülkeler veya kültürler arasındaki farklılıkların değil, SCID-II değerlendirmelerinin güvenilirliğindeki

düşüklüğün yatabileceğini akla getirmektedir. Gözden geçirdiğimiz makalelerin birçoğunda yazılanın tersine, Coşkunol ve arkadaşları (1994) SCID-II Türkçe formunun sadece derecelendirenler arası güvenilirliğini incelemiş, test-yinetest güvenilirliğini ve geçerliğini incelememiştir. Dolayısıyla, ülkemizin değişik köşelerinde gerçekleştirilen yüzlerce çalışmada bu aracı kullanan klinisyenlerin KB tiplerinin her birine yönelik tanıl kararları arasında ne derecede uyuma veya ortaklık olduğunu gerçekte bilmiyoruz. Dereboy ve arkadaşlarının (2018) verileri, KB tip tanılarına dayanarak ulaşılabilecek en az bir KB tanısının ancak şu iki koşul sağlanırsa geçerli olabileceğini düşündürmektedir: SCID-II görüşmesini ve skorlamasını yapan klinisyenlerin yeterli deneyiminin olması, DSM-III-R uyarlı SCID-II'de yer alan tüm KB tiplerinin hesaba katılması. Metaanalize soktuğumuz çalışmalarda ilk koşulun karşılanıp karşılanmadığını bilemiyoruz, ikinci koşulun ise pek çok çalışmada karşılanmadığını gözlemledik (bkz. Tablo 1). Bilimsel çalışmalarda elde edilen verilerin kalitesi, odaklanılan değişkenlerin geçerli ve güvenilir biçimde ölçülmesiyle doğrudan doğruya ilişkilidir. SCID-II kullanılan çalışmalarda kişilik patolojisine ilişkin ölçümlerin geçerlik ve güvenilirliğinden emin olamadığımız göre, bu çalışmaların sağladığı veriler arasında yüksek düzeyde heterojenlik gözlememizde şaşırtıcı bir yan bulunmamaktadır.

Gözden geçirdiğimiz araştırmalar arasında, 120 soruluk SCID-II özbildirim formunu katılımcılara doldurtup sadece bunun üzerinden değerlendirme yaptıklarını açıkça belirtenleri metaanaliz dışında tuttuk; ne var ki klinik görüşmeye dayalı değerlendirme konusunu bulanık biçimde geçen araştırmaları metaanalize katmak durumunda kaldık. Bunun da heterojenlikte rol oynamış olabileceğini düşünüyoruz. Çünkü özbildirim formunda yer almayan kimi KB ölçütlerinin görüşme sırasındaki izlenimlere dayanılarak klinisyen tarafından derecelendirilmesi gerekmektedir. Özellikle, şizotipal KB için sıralanan 9 ölçütten 5 tanesinin, şizoid KB'nin 7 ölçütünden 2 tanesinin özbildirim formunda sorgulanamayan ölçütler olduğu göz önüne alındığında, klinik görüşme ve derecelendirme yapılmayan çalışmalarda bu iki KB tipinin prevalansının yanıltıcı biçimde düşük bulunması kaçınılmazdır. Öte yandan, SCID-II özbildirim formunda yer alan sınır KB tanısıyla ilgili 18 sorunun ayrı ölçütleri sorguladığı sanılarak, 5 soruya ve daha fazlasına "evet" yanıt veren tüm katılımcılara sınır KB tanısı konulması, bu KB tipinin ve dolayısıyla en az bir KB prevalansının yanıltıcı biçimde yüksek bulunmasına yol açabilmektedir. Sonuç olarak, çalışmalarda SCID-II değerlendirme yönergesinin tam bilinmemesi ve/veya uygulanmamasının, çalışma verileri arasında gözlenen yüksek heterojenliğin bir başka nedeni olabileceğini düşünüyoruz.

Çalışmanın Sınırlı ve Güçlü Yanları

Yukarıda belirtildiği gibi, derlenen çalışma verilerinin yüksek düzeyde heterojenlik göstermesi ve SCID-II

değerlendirmelerinin geçerlik ve güvenilirliği konusunda soru işaretlerinin bulunması, bu metaanalizde bulunan %52 düzeyindeki özet prevalans değerine dikkatle yaklaşılmasını gerektirmektedir. Psikiyatri hastaları arasında SCID-II ile tanılanan genel KB prevalansına ilişkin 17 araştırmanın uluslararası dergilerde yayımlanmış verilerini gözden geçiren önceki bir metaanalitik çalışmada, en az bir KB tip tanısı veya başka türlü belirtilmemiş KB tanısı (PD-NOS) alanların toplam oranı %51 olarak hesaplanmıştır (Verheul ve Widiger 2004). Her iki metaanalitik çalışmada elde edilen özet prevalans kestirimlerinin çok yakın olması, farklı ülkelerde ruh sağlığı hizmeti alan popülasyonun yaklaşık yarısında KB tanısını gerektirecek düzeyde kişilik patolojisi olabileceği düşüncesini desteklemektedir.

Bu derlemenin diğer bir sınırlılığı, metaanalize alınan çalışmalara kalite puanı verilmemesi ve bu puanın heterojenlik üzerindeki etkisinin hesaplanmamış olmasıdır. Bunun nedeni, prevalans çalışmalarının kalite derecelendirmesinde kullanılan bir kılavuzu (Boyle 1998), kimi maddelerini amacımıza uygun bulmadığımız için kullanmamaya karar vermemizdir. Kılavuza göre, çalışmalarda kullanılan aracın geçerlik ve güvenilirliğini derecelendirmemiz gerekmektedir. Ne var ki, yukarı da belirtildiği gibi bizim açımızdan önemli olan; aracın değil, araçla konulan tanıların geçerlik ve güvenilirliği idi ve analize soktuğumuz çalışmaların sadece birinde (Dereboy ve ark. 2018) bu yönde veri sunulmuştu. Benzer biçimde, kalite derecelendirmesinde göz önüne alınması önerilen olasılık örnekleme, metaanalize aldığımız çalışmaların sadece birinde kullanılmıştı (Karaer ve ark. 2004). Keza, %95GA neredeyse hiçbir çalışmada verilmiş değildi ama zaten metaanalizde hesaplandığı için bu gözden geçirme bağlamında bir eksiklik oluşturmuyordu. Yine de, eğer mümkün olsaydı da her bir çalışmanın sağladığı prevalans verisine kalite puanı verebilseydik, heterojenliğin kaynağında özellikle SCID-II tanılarının geçerlik ve güvenilirlik sorununun yatıyor olabileceği konusundaki hipotezimizi istatistiksel yöntemlerle sınama şansımız olabilirdi.

Bize göre bu gözden geçirmenin güçlü yanı, metaanalize 35 çalışmanın sokulmuş olması, bu çalışmalarda yer alan örneklemlerin ortanca büyüklüğünün 62 olmasıdır. Cochran veri tabanında yer alan, 2011 yılına kadar ruh sağlığı alanında yapılmış 2918 metaanalizde içerilen çalışma sayısının ortanca değerinin sadece 3, örneklem büyüklüğünün ortanca değerinin 63 olduğu göz önüne alındığında (Davey ve ark. 2011), bu metaanalize katılan örneklemlerin toplam sayısı ve ortanca büyüklüğünün popülasyon prevalans değerine ilişkin kestirimde bulunmak açısından yeterli olduğu rahatlıkla söylenebilir.

Sonuç ve Öneriler

Neredeyse otuz yıla yayılan bir sürede ülkemizde SCID-II kullanılarak KB tanı sıklığını araştıran çok sayıda çalışmanın

sağladığı verileri psikometrik standartların ışığında ayıkladığımızda, elimizde kalan bilgi birkaç cümleyle özetlenebilir: Türkiye’de ruh sağlığı kliniklerinde tedavi gören her iki hastadan birinde altta yatan KB söz konusudur. Bu açıdan farklı tanı grupları arasında önemli bir farklılık bulunmamaktadır. Araştırma verileri arasındaki heterojenlik tanı grupları içinde de sürmektedir. Bize göre, gözlenen heterojenliğin kaynaklarının başında, SCID-II değerlendirmelerinin farklı düzeyde deneyime sahip klinisyenler tarafından yapılması gelmektedir. SCID-II ile veya başka herhangi bir yapılandırılmış görüşme aracı ile tek bir görüşmeye dayanarak on dolayında KB tipinin her biri için ayrı ayrı tanılmalara varmak fazlasıyla zor bir klinik görevdir. Özellikle bu aracı kullanma konusunda yeterince deneyim kazanmamış klinisyenler tarafından bu görevin yerine getirilmesi durumunda, tanılmal değerlendirmelerin geçerliği ciddi biçimde düşebilmektedir. Sorun, kullanılan araçların kendisine bağlı olmaktan çok, klinisyenlerden beklenen işin güçlüğünde ve belki de yetersizliğindedir. Bu yüzden, onlarca yıldır kullanımda olmasına karşın bir türlü KB tip tanılarına yönelik ikna edici geçerlik kanıtlar toparlanmayan SCID-II ve benzeri görüşme araçlarını kullanmaya devam etmenin yararı tartışmalıdır (Tyler ve ark. 2007).

Bu bağlamda, DSM-5 ve ICD-11 geliştirme çalışmalarının yürüncesini KB tip tanıları yerine genel KB tanısını ve şiddetini değerlendirme çabalarının oluşturması şaşırtıcı değildir. DSM-5 alternatif KB modelinin yanı sıra ICD-11 ve PDM-2 (Lingiardi ve McWilliams 2017) gibi kılavuzlar doğrultusunda kişilik patolojisinin şiddetini değerlendirmeye yönelik yöntemlerin psikometrik özellikleri ve klinik yararlılıkları önümüzdeki yılların öncelikli araştırma konusu olacaktır. Bu yöntemlerle, KB gidişini, prognozunu ve tedavisini daha iyi öngörebilir duruma gelmemiz, hastalarımızın tedavisini daha akılcı biçimde planlamak açısından ileri bir adım anlamına gelecektir.

KAYNAKLAR

- Altındag A, Yanik M, Nebioglu M (2006) Comorbid personality disorders in subjects with bipolar I disorder. *Int J Psychiatry Clin Pract* 10: 33-7.
- American Psychiatric Association (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5. Baskı (DSM-5). Arlington, VA, American Psychiatric Publishing.
- Arkar H (2008) Cloninger’in mizaç ve karakter boyutları ile kişilik bozuklukları arasındaki ilişki. *Klinik Psikiyatri Derg* 11: 115-24.
- Aslan S, Demir EY (2008) Yineleyici ve tek dönem major depresif bozukluğu olan hastaların kişilik ve affektif mizaç özellikleri. *Klinik Psikiyatri Derg* 11: 61-71.
- Atalay H (2011) Comorbidity of insomnia detected by the Pittsburgh sleep quality index with anxiety, depression and personality disorders. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 48: 54-9.
- Ateşçi F, Kuloğlu M, Tezcan E ve ark. (2002) İntihar girişimi olan bireylerde birinci ve ikinci eksen tanıları. *Klinik Psikiyatri Derg* 5: 22-7.

- Aydemir Ö, Gülseren Ş, Küey L ve ark. (1997) Majör depresyon, anksiyete bozukluğu ve eşanlı durumlarda ayrışan ve örtüşen özellikler-2: kişilik bozuklukları yönünden karşılaştırmalı bir çalışma. *Türk Psikiyatri Derg* 8: 21-8
- Balci V, Sevincok L (2010). Suicidal ideation in patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res* 175: 104-8.
- Bayar MR, Doksat MK, Kocabaşoğlu N (1998) Obsesif kompulsif bozuklukla komorbid kişilik bozuklukları. *Yeni Symposium* 36: 69-71.
- Beckwith H, Moran PE, Reilly J (2014) Personality disorder prevalence in psychiatric outpatients: a systematic literature review. *Personal Ment Health* 8: 91-101.
- Besiroglu L, Uguz F, Sağlam M ve ark. (2007) Factors associated with major depressive disorder occurring after the onset of obsessive-compulsive disorder. *J Affect Disord* 102: 73-9.
- Borenstein M, Hedges LV, Higgins JP ve ark. (2009) *Introduction to Meta-Analysis*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Boyle MH (1998) Guidelines for evaluating prevalence studies. *Evid Based Ment Health* 1: 37-9.
- Cicek E, Cicek IE, Kayhan F ve ark. (2013) Quality of life, family burden and associated factors in relatives with obsessive-compulsive disorder. *Gen Hosp Psychiatry* 35: 253-8.
- Clark LA, Harrison JA (2001) Assessment instruments. *Handbook of Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 1. Baskı, WJ Livesley (Ed.), New York, Guilford Press, s. 277-306.
- Cohen J (1960) A coefficient of agreement for nominal scales. *Educ Psychol Meas* 20: 37-46.
- Conway CC, Hammen C, Brennan PA (2016) Optimizing prediction of psychosocial and clinical outcomes with a transdiagnostic model of personality disorder. *J Pers Disord* 30: 545-66.
- Coşkunol H, Bağdiken İ, Sorias S ve ark. (1994) SCID-II Türkçe versiyonu görüşmesinin kişilik bozukluklarındaki güvenilirliği. *Türk Psikoloji Derg* 9: 26-9.
- Crocq, M. A. (2013) Milestones in the history of personality disorders. *Dialogues Clin Neurosci* 15: 147-53.
- Davey J, Turner RM, Clarke MJ ve ark. (2011) Characteristics of meta-analyses and their component studies in the Cochrane Database of Systematic Reviews: a cross-sectional, descriptive analysis. *BMC Med Res Methodol* 11, Makale 160. 16 Ekim 2020'de <https://link.springer.com/article/10.1186/1471-2288-11-160> adresinden indirildi.
- Delice M, Tabo A, Alatas G ve ark. (2015) Gender differences in terms of axis I and axis II comorbidity in patients with panic disorder. *Dusunen Adam* 28: 58-65.
- Dereboy F, Dereboy Ç, Eskin M (2018) Validation of the DSM-5 alternative model personality disorder diagnoses in Turkey, Part 1: LEAD validity and reliability of the personality functioning ratings. *J Pers Assess* 100: 603-11.
- Direk N, Kulaksizoglu IB, Alpaz K ve ark. (2012) Using personality disorders to distinguish between patients with psychogenic nonepileptic seizures and those with epileptic seizures. *Epilepsy Behav* 23: 138-41.
- Duran S, Fıstıkçı N, Keyvan A ve ark. (2014) Ayaktan Psikiyatri Hastalarında Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu: Prevalans ve Eşanlılar. *Türk Psikiyatri Derg* 25: 84-93.
- First MB, Gibbon M (2004) The structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders (SCID-I) and the structured clinical interview for DSM-IV axis II disorders (SCID-II). *Comprehensive Handbook of Psychological Assessment*, cilt 2, G Goldstein, SR Beers, M Hersen (Ed), Hoboken, NJ, John Wiley & Sons Inc, s. 134-43.
- First MB, Spitzer RL, Gibbon M ve ark. (1995 a) The structured clinical interview for DSM-III-R personality disorders (SCID-II). Part I: Description. *J Pers Disord* 9: 83-91.
- First MB, Spitzer RL, Gibbon M ve ark. (1995 b) The structured clinical interview for DSM-III-R personality disorders (SCID-II). Part II: Multi-site test-retest reliability study. *J Pers Disord* 9: 92-104.
- Gelegen V, Tamam L (2018) Prevalence and clinical correlates of intermittent explosive disorder in Turkish psychiatric outpatients. *Compr Psychiatry* 83: 64-70.
- Gökalp PG, Tükel R, Solmaz D ve ark. (2001) Clinical features and co-morbidity of social phobias in Turkey. *Eur Psychiatry* 16: 115-21.
- Güleç MY, Hocaoglu C (2011) Relationship between personality and disability in patients with major depressive disorder. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 48: 123-8.
- Harrer M, Cuijpers P, Furukawa TA ve ark. (2019). *Doing Meta-Analysis in R: A Hands-on Guide*. https://bookdown.org/MathiasHarrer/Doing_Meta_Analysis_in_R/
- Higgins JP, Thompson SG, Deeks JJ ve ark. (2003) Measuring inconsistency in meta-analyses. *BMJ* 327: 557-60.
- Hopwood CJ, Bleidorn W (2018) Stability and change in personality and personality disorders. *Curr Opin Psychol* 21: 6-10.
- Hopwood CJ, Malone JC, Ansell EB ve ark. (2011) Personality assessment in DSM-5: empirical support for rating severity, style, and traits. *J Pers Disord* 25: 305-20.
- Kalyoncu A, Mırsal H, Pektaş Ö ve ark. (2007) Heroin-dependent patients attempting and not attempting suicide: a comparison. *Acta Neuropsychiatr* 19: 297-303.
- Kara H, Yazıcı MK, Sayar MK ve ark. (1996) Obsesif kompulsif bozuklukta kişilik özellikleri ve kişilik bozuklukları. *Yeni Symposium* 34: 55-9.
- Kara H, Yazıcı MK, Sayar MK ve ark. (1997) Obsesif kompulsif bozuklukta kişilik bozuklukları. *Türk Psikiyatri Derg* 8: 16-20.
- Karaçam Ö, Bayraktar E, Coşkunol H ve ark. (1998) Obsesif-kompulsif bozuklukta kişilik bozukluklarının yaygınlığı. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Derg* 6: 271-5.
- Karaer Ş, Kuğu N, Doğan O ve ark. (2004) Sivas il merkezinde alkol kötüye kullanımı ve bağımlılığı olanlarda kişilik bozuklukları, benlik saygısı ve aile işlevleri. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Derg* 12:11-21.
- Karamustafaoğlu O, Maner F, Karamustafaoğlu N ve ark. (1992) Distimi ve kişilik bozuklukları. *Dusunen Adam* 5: 20-3.
- Karşoğlu EH, Kaymak SU, Soygür H ve ark. (2012) Şizofreniye eşlik eden kişilik bozuklukları: 75 hastadan oluşan bir örneklemin analizi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 22: 59-70.
- Kavakci O, Kugu N, Semiz M ve ark. (2012) Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder and co-morbid disorders among students of Cumhuriyet University. *Eur J Psychiatry* 26: 107-17.
- Kesebir S, İştmeç S, Gündoğar D (2012) Compulsive buying in bipolar disorder: Is it a comorbidity or a complication?. *J Affect Disord* 136: 797-802.
- Keskin N, Tamam L (2018) Bipolar ötimik hastalarda uykunun genel özellikleri ve uyku bozuklukları. *Cukurova Med J* 43: 387-97.
- Keskin N, Tamam L, Ozpoyraz N (2018) Assessment of sleep quality in bipolar euthymic patients. *Comp Psychiatry* 80: 116-25.
- Kökçü F, Kesebir S (2010). İki uçlu olgular ve çocuklarında bağlanma biçiminin mizaç, kişilik ve klinik özellikler ile ilişkisi: kontrollü bir çalışma. *Türk Psikiyatri Derg* 21: 309-18.
- Kraemer HC (2014) The reliability of clinical diagnoses: state of the art. *Annu Rev Clin Psychol* 10: 111-30.
- Kraemer HC (2013). Validity and psychiatric diagnoses. *JAMA Psychiatry* 70:138-9.
- Kuloglu M, Atmaca M, Tezcan E (2003) Sociodemographic and clinical characteristics of patients with conversion disorder in eastern Turkey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 38: 88-93.
- Langan D, Higgins JP, Jackson D ve ark. (2019) A comparison of heterogeneity variance estimators in simulated random-effects meta-analyses. *Res Synth Methods* 10: 83-98.
- Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J ve ark. (2009). The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. *J Clin Epidemiol* 62(10): e1-e34.
- Lingiardi V, McWilliams N (Ed.) (2017) *Psychodynamic Diagnostic Manual*, 2. Baskı (PDM-2). New York, Guilford.
- Moher D, Liberati A, Tetzlaff J ve ark. (2009) Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Med* 6(7): e1000097. 21 Temmuz 2018 tarihinde <https://journals.plos.org/plosmedicine/article/file?id=10.1371/journal.pmed.1000097&type=printable> adresinden indirildi.

- Morey LC, Hopwood CJ (2013) Stability and change in personality disorders. *Annu Rev Clin Psychol* 28: 499-528.
- Newton-Howes G, Clark LA, Chanan A (2015) Personality disorder across the life course. *The Lancet* 385: 727-34.
- Newton-Howes G, Tyrer P, North B ve ark. (2008) The prevalence of personality disorder in schizophrenia and psychotic disorders: systematic review of rates and explanatory modelling. *Psychol Med* 38: 1075-82.
- Oğuz N, Oral T, Oğuz M (2014) Temperament and personality traits of bipolar disorder patients comorbid with adult ADHD. *Anadolu Psikiyatri Derg* 15: 221-9.
- Oldham JM (2009) Personality disorders: recent history and the DSM system. *Essentials of Personality Disorders*, 1. Baskı, JM Oldham, AE Skodol, DS Bender (Ed), Arlington, VA, American Psychiatric Publishing Inc, s. 3-13.
- Öner H, Tamam L, Levent BA (2002) Alkol bağımlılığı olan yatan hastalarda eksen I ve eksen II eştanlarının değerlendirilmesi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 12: 14-22.
- Özçetin A, Maraş A, Ataoğlu A ve ark. (2008) Deprem sonucu gelişen travma sonrası stres bozukluğu ile kişilik bozuklukları arasında ilişki. *Düzce Tıp Fakültesi Derg* 10: 8-18.
- Özen ME, Yılmaz MB (2019) A cross-sectional study comparing some clinical features of patients with rapid cycling and non-rapid cycling bipolar disorder. *Anadolu Psikiyatri Derg* 20: 477-84.
- Özkan M, & Altındağ, A. (2005) Comorbid personality disorders in subjects with panic disorder: Do personality disorders increase clinical severity? *Compr Psychiatry* 46: 20-6.
- Özkan M, Altındağ A (2003) Comorbid personality disorders in subjects with panic disorder: Which personality disorders increase clinical severity? *Dicle Univ Tıp Fakül Derg* 30: 102-111.
- Sarısoy G, Böke O, Arık AC ve ark. (2008) Panic disorder with nocturnal panic attacks: symptoms and comorbidities. *Eur Psychiatry* 23: 195-200.
- Sayın A, Kuruoğlu AÇ, Güleç MY ve ark. (2007) Relation of temperament and character properties with clinical presentation of bipolar disorder. *Compr Psychiatry* 48: 446-51.
- Sevinç E, Şengül C, Çakaloz B ve ark. (2010) Psikiyatri polikliniğinde erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı konan hastalarda eştan. *Noro Psikiyatr Ars* 47: 139-43.
- Schwarzer G, Chemaitelly H, Abu-Raddad LJ, Rücker G (2019). Seriously misleading results using inverse of Freeman-Tukey double arcsine transformation in meta-analysis of single proportions. *Res Syn Meth* 10: 476-83.
- Skodol AE, Clark LA, Bender DS ve ark. (2011) Proposed changes in personality and personality disorder assessment and diagnosis for DSM-5 Part I: Description and rationale. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment* 2:4-22.
- Skodol AE, Oldham JM, Rosnick L ve ark. (1991) Diagnosis of DSM-III-R personality disorders: A comparison of two structured interviews. *Int J Methods Psychiatr Res* 1: 13-26.
- Skodol AE, Rosnick L, Kellman D ve ark. (1988) Validating structured DSM-III-R personality disorder assessments with longitudinal data. *Am J Psychiatry* 145: 1297-9.
- Solmaz D, Gökalp PG, Babaoğlu AN (1999) Sosyal fobide klinik özellikler ve eştanı. *Türk Psikiyatri Derg* 10: 207-214.
- Spitzer RL (1983) Psychiatric diagnosis: Are clinicians still necessary? *Compr Psychiatry* 24: 399-411.
- Spitzer RL, Fleiss JL (1974) A re-analysis of the reliability of psychiatric diagnosis. *Br J Psychiatry* 125: 341-7.
- Spitzer RL, Forman JB, Nee J (1979) DSM-III field trials: I. Initial interrater diagnostic reliability. *Am J Psychiatry* 36: 815-7.
- Spitzer RL, Williams JBW (1989) DSM-III-R Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu Türkçe versiyonu (SCID-II) Kişilik Bozuklukları Formu. (Çev. Ed.: S Sorias). İzmir, Ege Üniversitesi, 1990.
- Tamam L, Ozpoyraz N, Karatas G (2004) Personality disorder comorbidity among patients with bipolar I disorder in remission. *Acta Neuropsychiatr* 16: 175-80.
- Tan RE, Erim BR, Üstün N ve ark. (2019) Effects of comorbid personality disorders in bipolar type I disorder patients to disease course. *Anadolu Psikiyatri Derg* 20: 237-244.
- Taner E, Demir EY, Cosar B (2006) Comparison of the effectiveness of reboxetine versus fluoxetine in patients with atypical depression: a single-blind, randomized clinical trial. *Adv Ther* 23: 974-87.
- Torrens M, Serrano D, Astals M ve ark. (2004) Diagnosing comorbid psychiatric disorders in substance abusers: validity of the Spanish versions of the Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders and the Structured Clinical Interview for DSM-IV. *Am J Psychiatry* 161: 1231-7.
- Tükel R, Keser V, Karali NT ve ark. (2001) Comparison of clinical characteristics in trichotillomania and obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord* 15: 433-41.
- Tükel R, Tihan AK, Öztürk N (2013) A comparison of comorbidity in body dysmorphic disorder and obsessive-compulsive disorder. *Ann Clin Psychiatry* 25: 210-6.
- Türkçapar MH, Akdemir A, Elverici ŞK ve ark. (1997) Yatarak tedavi gören bir grup alkol bağımlısında ek psikiyatrik hastalıklar, kişilik bozuklukları, depresyon ve kaygı düzeyleri. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Derg* 5: 29-34.
- Türksoy N, Tükel R, Özdemir Ö (2000) Obsesif kompulsif kişilik bozukluğu olan ve olmayan obsesif kompulsif bozukluk hastalarında klinik özelliklerin karşılaştırılması. *Klinik Psikiyatri Derg* 3: 92-8.
- Türksoy N, Tükel R, Özdemir Ö ve ark. (2002) Comparison of clinical characteristics in good and poor insight obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord* 16: 413-423.
- Tyrer P, Coombs N, Ibrahim F ve ark. (2007) Critical developments in the assessment of personality disorder. *Br J Psychiatry* 190: 51-9.
- Tyrer P, Mulder R, Kim YR ve ark. (2019) The development of the ICD-11 classification of personality disorders: An amalgam of science, pragmatism, and politics. *Annu Rev Clin Psychol* 15: 481-502.
- Uğuz F, Aşkın R, Çilli AS (2006) Obsesif kompulsif bozukluğun eksen I ve eksen II bozuklukları ile birlikteliği. *Türkiye'de Psikiyatri* 8: 1-5.
- Üçok A, Karaveli D, Kundakçı T ve ark. (1998) Comorbidity of personality disorders with bipolar mood disorders. *Compr Psychiatry* 39: 72-4.
- Ülkeröğlu F, Tezcan AE, Kuloğlu M ve ark. (1999) Distimi, çifte depresyon, majör depresyon tanılı hastaların kişilik yapıları açısından karşılaştırması. *Dusunen Adam* 12: 14-21.
- Ünal A, Kuloğlu M, Atmaca M ve ark. (2007) Bipolar bozukluğa eşlik eden eksen I ve eksen II tanıları. *Türkiye'de Psikiyatri* 9: 18-25.
- Verheul R, Widiger TA (2004) A meta-analysis of the prevalence and usage of the personality disorder not otherwise specified (PDNOS) diagnosis. *J Pers Disord* 18: 309-19.
- Widiger TA (2001) Official classification systems. *Handbook of Personality Disorders: Theory, Research and Treatment*, 1. Baskı, WJ Livesley (Ed), New York, Guilford Press, s. 60-83.
- Widiger TA, Boyd SE (2009) Personality disorders assessment instruments. *Oxford Handbook of Personality Assessment*, 1. Baskı, Butcher JL (Ed), New York, Oxford University Press, s. 336-63.
- Winsper C, Bilgin A, Thompson A ve ark. (2020) The prevalence of personality disorders in the community: a global systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*, 216: 69-78.
- World Health Organization (2018) International Classification of Diseases Mortality and Morbidity Statistics (ICD-11 MMS – 09/2020), Chapter 06: Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders (ICD11_MMS-en-06), s. 173-6. 15 Ekim 2020'de [https://icd.who.int/browse11/l-m/en/adresinden Info - print versions sekmesi yoluyula indirildi](https://icd.who.int/browse11/l-m/en/adresinden%20Info%20-%20print%20versions%20sekmesi%20yoluyula%20indirildi).
- Wright AG, Hopwood CJ, Skodol AE ve ark. (2016) Longitudinal validation of general and specific structural features of personality pathology. *J Abnorm Psychol* 125: 1120-34.
- Yalug İ, Kocabaşoğlu N, Aydoğan G ve ark. (2003) Obsesif kompulsif bozukluk ve panik bozuklukta depresyon ve kişilik bozukluğu komorbiditesi. *Dusunen Adam* 16: 28-34.
- Yalvaç HD, Kaya B, Ünal S (2014) İntihar girişimi ile başvuran bireylerde kişilik bozukluğu ve bazı klinik değişkenler. *Anadolu Psikiyatri Derg* 15: 24-30.

- Yang M, Coid J, Tyrer (2010) Personality pathology recorded by severity: national survey. *British J Psychiatry* 97: 193-9.
- Yapıcıoğlu B, Kavakcı Ö, Güler AS ve ark. (2011) Sivas il merkezinde erişkin DEHB'nin yaygınlığı ve eşlik eden eksen-I, eksen-II tanıları. *Anadolu Psikiyatri Derg* 12:177-84.
- Yasan A, Danis R, Tamam L (2008) Socio-cultural features and sex profile of the individuals with serious suicide attempts in southeastern Turkey: a one-year survey. *Suicide Life Threat Behav* 38: 467-80.
- Yazıcı O, Kora K, Üçok A ve ark. (1999) Predictors of lithium prophylaxis in bipolar patients. *J Affect Disord* 55: 133-42.
- Yılmaz N, Kugu N, Kavakcı O ve ark. (2018) Psychopathology and sociodemographic characteristics in suicide attempters: a single center study. *Cumhuriyet Tıp Derg* 40: 215-25.
- Zachar P, Krueger RF, Kendler KS (2016) Personality disorder in DSM-5: An oral history. *Psychol Med* 46: 1-10.
- Zimmerman M (1994) Diagnosing personality disorders: a review of issues and research methods. *Arch Gen Psychiatry* 51: 225-45.