

Erken Başlangıçlı Şizofreni Hastalarında “Döner Kapı Fenomeni”: Çok Merkezli Bir Çalışma

The “Revolving Door Phenomenon” in Patients with Early Onset Schizophrenia: A Multicenter Study

© Serkan Turan¹, © Yeşim Sağlam², © Çağatay Ermiş³, © Şafak Eray¹, © Mustafa Tunctürk², © Caner Mutlu¹,
© Gül Karaçetin², © Neslihan İnal⁴

¹Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatri Kliniği, Bursa, Türkiye

²İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatri Kliniği, İstanbul, Türkiye

³Diyarbakır Çocuk Hastanesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatri Kliniği, Diyarbakır, Türkiye

⁴Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatri Kliniği, İzmir, Türkiye

ÖZ

Amaç: Bu çalışmada, erken başlangıçlı şizofreni (EBŞ) tanılı olguların Döner Kapı Fenomeni (RDP) kapsamında değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Türkiye’de üç merkeze ait çocuk ve ergen psikiyatrisi yataklı servis verileri geriye dönük olarak incelenerek; olguların sosyo-demografik özellikleri, psikiyatrik eş tanıları, tedavi modaliteleri, tedavi öncesi ve sonrası değerlendirmeleri uygulanan Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS) ve Çocuklar için Global Değerlendirme Ölçeği (CGAS) puanları ile değerlendirilmiştir. Çalışmaya dahil edildiği yatışla beraber 18-60 ay takip edilen olgular içinde tekrarlayıcı olan hastalar değerlendirilerek, iki ve üzeri yatışı olan hastalar RDP (+) olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: RDP (+) (n=40) ve RDP (-) (n=35) grupları arasında sosyodemografik özellikler açısından sadece madde kullanım bozukluğu öyküsü (p=0,007) karşılaştırıldığında anlamlı fark saptandı. İki grup arasında yatışları sırasında kullanılan psikotrop ilaçlar karşılaştırıldığında haloperidol (p=0,001) ve Birinci Kuşak Antipsikotikler (BKA) (p=0,011) açısından farklılıklar saptanmıştır. Sonuçlar, toplam PANSS yatış (p=0,044) ve CGAS yatış skorları (p=0,006) için tanımlanan 18-60 ay takibi olan hastaların yatış sayısı arasında anlamlı bir etkileşim olduğunu saptadı. Yapılan regresyon analizlerinde madde kullanım bozukluğu öyküsü, BKA kullanımı ve yatış toplam PANSS puanlarının EBŞ tanılı olgularda RDP için anlamlı düzeyde yordayıcı faktörler olduğu bulunmuştur.

Sonuç: Çalışmamızda, belirli semptomatolojik boyutların erken tanımlanmasına, madde kullanım bozukluğu öyküsünün değerlendirilmesi ve olguların tedavi yönetimine odaklanan hedefli stratejilerin RDP’yi azaltmaya yardımcı olabileceğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Erken başlangıçlı şizofreni, döner kapı fenomeni, antipsikotik, hastalık şiddeti, yataklı servis

ABSTRACT

Objectives: The aim of the study was the evaluation the data of patients with early onset schizophrenia (EOS) within the scope of the Revolving Door Phenomenon (RDP).

Materials and Methods: Data obtained from three child and adolescent psychiatry inpatient services in Turkey were retrospectively evaluated and sociodemographic characteristics, psychiatric comorbidities, treatment modalities, pre- and post-treatment assessments of the patients were assessed with the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) and Children’s Global Assessment Scale (CGAS). Patients with more than one hospitalization within 18-60 months of follow-up from the admission to the study were evaluated, and patients with two or more hospitalizations were accepted as RDP (+).

Results: Between RDP (+) (n=40) and RDP (-) (n=35) groups, a significant difference was found when only history of substance use disorder (p=0.007) was compared in terms of sociodemographic variables. When the psychotropic drugs used during their hospitalization were compared between the two groups, differences were found in terms of haloperidol (p=0.001) and First Generation Antipsychotics (FGA) (p=0.011). The findings showed a significant interaction between the number of hospitalizations of patients with 18-60-month follow-up defined for total PANSS hospitalization scores (p= 0.044) and CGAS scores (p=0.006). In the regression analyses, it was found that the history of substance use disorder, FGA use and total PANSS scores of hospitalization were significant predictive factors for RDP in patients with EOS.

Conclusion: In our study, findings suggest that personalized strategies focusing on early identification of clinical dimensions, evaluation of substance use disorder history, and treatment management of cases may help reduce the effects of RDP.

Keywords: Early onset schizophrenia, revolving door phenomenon, antipsychotic, disease severity, inpatient service

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Serkan Turan, Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatri Kliniği, Bursa, Türkiye

Tel.: +90 553 593 59 37 E-posta: drserkanturan@icloud.com ORCID: orcid.org/0000-0002-6548-0629

Geliş Tarihi/Received: 16.12.2021 Kabul Tarihi/Accepted: 07.02.2022

©Telif Hakkı 2022 Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği / Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, Galenos Yayınevi tarafından yayınlanmıştır.



Giriş

Şizofreni, yaşam boyu yaygınlığı yaklaşık %1 olan ve önemli ölçüde yeti yitimine yol açan bir toplum sağlığı sorunudur.¹ Erken başlangıçlı şizofreni (EBŞ), hastalığın 18 yaşından önce başlaması, çok erken başlangıçlı şizofreni (ÇEBŞ) ise hastalığın 13 yaşından önce başlaması şeklinde tanımlanmaktadır.² EBŞ'nin prevalansı 1-2/1.000 iken, ÇEBŞ'nin prevalansı 1/10.000 olarak tahmin edilmektedir.³ Literatür incelendiğinde EBŞ ve ÇEBŞ tanıları, yıkıcı morbidite ve olumsuz prognoz ile ilişkilendirilmektedir.^{4,5} Yakın zamanda yayınlanan ve sistematik olmayan bir derlemeye göre, EBŞ için uzun vadeli prognostik öngörücü faktörler olarak hastalık başlangıcında daha genç yaş, sinsiz başlangıç, pozitif affektif olmayan psikoz aile öyküsü, gelişimsel gecikmeler, hastalık öncesi kötü uyum becerileri, tedavisiz ilk psikoz epizodunun daha uzun süresi, daha fazla semptom şiddeti ve taburculukta daha kötü psikososyal işlevsellik olarak belirlenmiştir.⁵

Şiddetli akut alevlenme dönemlerinde hastalar, kısa süreli yatışları için kliniklere genellikle kabul edilmektedirler. Ancak bazı hastaların taburcu olduktan sonra kısa aralıklarla tekrarlayıcı hastaneye yatışları olduğu görülmektedir. Son yıllarda, hem klinik hem de finansal açıdan ilgili sonuçları nedeniyle döner kapı fenomeni (RDP) olarak adlandırılan bu durum çeşitli bakış açılarıyla ele alınmaktadır.⁶⁻⁸ Farklı araştırmacılar tarafından tanımlanan RDP için çalışmalarda farklı süre ve ölçütler belirtilmiştir.⁸⁻¹¹ Örneğin, Roick ve ark.¹⁰ 30 aylık sürede üçten fazla yataklı servis tedavi başvurusunu kabul ederken Botha ve ark.¹¹ 18 aylık sürede üçten fazla yataklı servis tedavisi veya 12 aylık sürede iki kez yataklı servis tedavisi ve klozapin tedavisi alma veya 12 aylık sürede iki kez yataklı servis tedavisi ve hastanede 120 günden fazla kalma ölçütlerinden herhangi birinin karşılanması biçiminde tanımlamıştır. Bazı şizofreni tanılı olguların kısa süre içinde daha sık yatış gereksinimi olmasında genç yaş, istemsiz yatış, tedaviye uyumsuzluk, kısa süreli tedavi yatış süreleri, agresyon ve kendine zarar verici davranışlar gösterme, kısıtlı sosyal destek sistemi gibi faktörler rol oynamaktadır.^{11,12}

Yeniden başvuru oranları, yatan hasta sağlık hizmetleri için bir kalite göstergesi olarak kullanılmakla birlikte kaliteyi değerlendirmek için geçerlilikleri belirsizliğini sürdürmektedir.^{13,14} Ülkeler arasında farklılıklar olmasına rağmen taburcu olduktan sonra geçen süre ve önceki yatışların sayısı gibi sınırlı sayıda değişkenin yeniden başvuru oranları ile ilişkili olduğu bildirilmektedir.¹⁴ Bununla birlikte, sağlık sistemi özelliklerinin psikiyatrik bozukluk tanılı olguların tekrarlayıcı başvurularını nasıl etkilediğine ilişkin bilgi kısıtlıdır.¹⁵ Ayrıca, ülkemizin koşulları değerlendirildiğinde, çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalarına yönelik yataklı hizmet veren birimlerin sayısının kısıtlı olmasından kaynakların kullanımı ve yeniden başvuru oranlarını etkileyen faktörlerin belirlenmesi; olguların sağlık sistemi üzerindeki etkisini anlamayı ve müdahaleye yönelik politikalar geliştirmeyi kolaylaştıracaktır.

Bu çalışmada EBŞ tanılı çocuk ve ergenlerde hastalığın RDP çerçevesinde araştırılması amaçlanmıştır. Bu çalışmadaki

amacımız yataklı servis başvurusu olan olgularda tekrarlayan yatış süreçleri ile ilişkili değişkenleri belirlemektir. Bu sayede ön gördürücü faktörlerin saptanması ve koruyucu önlemlerin bu risk faktörlerine sahip olgularda alınabilmesini sağlayabilmektir. Çünkü olguların yeniden yatış başvuru oranları, sağlık sistemi üzerine olan ekonomik yükü ve prognostik faktörlere yönelik sık ve önlenebilir bir değerlendirme nedenidir. Türkiye'de üç merkeze ait çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları yataklı servis verileri geriye dönük olarak incelenerek, olguların sosyodemografik ve klinik özellikleri, psikiyatrik eş tanılarının ve tedavi şekillerinin gözden geçirilmesi ve hastalık şiddetinin yeniden yatış oranları üzerine etkilerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Verilerin Toplanması

Geriye dönük, tanımlayıcı türdeki bu araştırma kapsamında; 2011-Nisan ve 2021-Nisan tarihleri arasında Uludağ Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği ve Dokuz Eylül Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği'nde, 2014 Nisan-2021 Nisan tarihleri arasında (Tanımlanan tarihten itibaren ilgili hastanenin işleyiş ve dosya düzenlemesinde değişikliğe gidilmiş olup, çalışma tasarımına uygun örneklem verilerine 2014 Nisan tarihinden sonra ulaşılabileceği görülmüştür. Bu durumun çalışma tasarımı nedeniyle istatistik analizlere etkisi bulunmamaktadır.) İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği'nde yatarak tedavi gören, ilk psikoz atağını 12-18 yaş arasında yaşamış olan ve 18-60 ay takip edilen EBŞ tanılı olguların (n=75) dosyaları taranmıştır.

Olguların yatış dosyaları ile bilgisayar veri tabanı incelenerek yatış ve takip sürecindeki faktörler ile ilgili tüm bilgiler bir veri tabanına kaydedildi. Çocuk ve ergen psikiyatri uzmanları tarafından 2011-2013 tarihleri arası DSM-4'e göre tanı konmuş olguların tanıları DSM-5 ölçütlerine göre doğrulanırken, 2013 yılından sonra DSM-5 ölçütlerine göre yapılan görüşme ile konulmuştur. Çalışma kapsamında, çalışmaya dahil edildiği yatışla beraber taburculuk sonrası 18-60 ay takip edilen olgulardan iki ve üzeri yatışı olan hastalar için de Moura ve ark.¹⁶ tarafından tanımlanmış RDP (+) tanımı kabul edilmiştir. Çalışma örnekleme, bu tanıma göre iki gruba ayrılmıştır; RDP (+) (n=40) ve RDP (-) (n=35). Sosyo-demografik özellikler, psikiyatrik eş tanılar, tedavi modaliteleri, tedavi öncesi ve sonrası işlevsellik değerlendirmeleri gibi değişkenler ile uygulanan psikometrik ölçek sonuçları kaydedildi.

Kullanılan Ölçekler;

Çocuklar için Global Değerlendirme Ölçeği (CGAS): CGAS; çocuk ve ergen ruh sağlığı klinisyenleri tarafından değerlendirilen çocuk ve ergenlerin işlevsellik düzeyinin ölçüm aracı olarak kullanılmaktadır. Tedavinin etkinliğine duyarlı bir ölçek olmakla birlikte klinisyenin çocuk veya ergenin

işlevselliğini en ağır şekilde etkileyen durumu göz önüne alarak yaptığı tahmini ölçümü içermektedir.¹⁷

Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS): PANSS; genel psikopatolojinin yanı sıra şizofreninin hem pozitif hem de negatif semptomlarını spesifik olarak değerlendirmek için Kay ve ark.¹⁸ tarafından (1987) geliştirilmiştir. Kostakoğlu ve ark.¹⁹ tarafından Türk örnekleme uyarlanmıştır.

İstatistiksel Analiz

Çalışmanın verileri SPSS versiyon 22.0 (IBM Inc., Armonk, NY) paket programında değerlendirildi. Sayısal değişkenlerden normal dağılım göstermeyenlerde bağımsız iki grup karşılaştırmalarında non-parametrik bir test olan Mann-Whitney U testi kullanıldı. Kategorik değişkenlerin analizi ki-kare testi kullanılarak değerlendirildi. Normal dağılım gösteren sürekli değişkenlerin analizinde iki grup arası t-testi kullanılmıştır. Tedavi sonrasındaki değişimi iki grup arasında karşılaştırmak için tekrarlayan ölçümlerde ANOVA analizi kullanılmıştır. Tekrarlayan ölçümlerde ANOVA modeline PANSS ve CGAS'ye ait yatış ve çıkış değerleri girilmiş olup, grup ve zaman etkileşimi iki grup arası karşılaştırma için kullanılmıştır. Anlamli bulunan veriler, lojistik regresyon analizine dahil edilerek değerlendirildi. Tüm istatistiksel analizlerde iki yönlü p değeri <0,05 olarak belirlenmiştir.

Bulgular

RDP (n=40) grubunun yaş ortalaması 16,8±2,5 yıl ve %52,5'i erkek cinsiyette, RDP (n=35) olmayan grubun ise yaş ortalaması 16,9±2,0 yıl ve %68,6'sı erkek cinsiyette idi. Yaş, cinsiyet, olguların ve ebeveynlerinin eğitim düzeyi, ilk epizot başlangıç yaşı, takip süresi, beden kitle indeksi ve tedavi edilmemiş psikoz süresi yönünden RDP (+) ve RDP (-) hastalar arasında fark saptanmadı (Tablo 1). Madde kullanım bozukluğu öyküsü (p=0,007) açısından değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar elde edildi.

Dosya verilerinin incelendiği tarih aralığında yatan EBŞ hastalarının tümünde yatışları sırasında psikotrop ilaçlar kullanılmıştır. RDP (+) ve RDP (-) grupları arasında, en sık kullanılan ilaç etken maddeleri sırasıyla en sık risperidon (%65 vs %60), ketiyapın (%42,5 vs %48,6) ve olanzapın (%40 vs %40) olarak belirlenmiştir. İki grup arasında haloperidol (p=0,001) ve Birinci Kuşak Antipsikotik (BKA) (p=0,011) açısından farklılıklar saptanmıştır. İlaç gruplarına ve uygulanan etken maddelerine göre kullanım oranları Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 3, hastaların yatış öncesi ve sonrası PANSS ve CGAS skorlarını göstermektedir. RDP (+) grubun yatış anında daha düşük işlevselliğe sahip olduğu ancak tedavi sürecindeki işlevsellik artışının RDP (-) grup ile benzer olduğu saptanmıştır.

Tablo 1. Olguların sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması

Değişkenler	RDP (-), n=35	RDP (+), n=40	İstatistik	p
Yaş, yıl, ort ± SS	16,9±2,0	16,8±2,5	t=0,1	0,919
Cinsiyet, erkek, n (%)	24 (68,6)	21 (52,5)	$\chi^2=2,0$	0,156
Madde kullanım bozukluğu öyküsü, n (%)	2 (5,7)	12 (30,0)	$\chi^2=7,3$	0,007
Eğitim durumu, yıl, ort ± SS	8,8±1,9	7,9±2,2	t=1,9	0,062
İlk epizot başlangıç yaşı, yıl, ort ± SS	14±1,5	14,1±2,6	t=0,8	0,938
DUP, ay, ortanca (Q1-Q3)	4 (2-7)	3 (2-8)	Z=0,3	0,781
Takip süresi, ay, ort ± SS	32,7± 3,5	36,5±12,8	t=1,3	0,207
BKİ, kg/m ² , ort ± SS	25,9±6,0	23,7±5,5	t=1,5	0,127
Anne eğitim, yıl, ort ± SS	2,5±1,0	2,6±1,4	t=0,2	0,818
Baba eğitim, yıl, ort ± SS	3,3±0,9	3,4±1,1	t=0,2	0,833

Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, RDP: Döner kapı fenomeni, n=sayı, DUP: Tedavi edilmemiş psikoz süresi, BKİ: Beden kitle indeksi

Tablo 2. Kullanılan ilaçların etkin maddeleri

İlaç kullanım öyküsü	RDP (-), n=35	RDP (+), n=40	χ^2	p
Risperidon, n (%)	21 (60)	26 (65)	0,19	0,655
Ketiyapın, n (%)	17 (48,6)	17 (42,5)	0,27	0,598
Olanzapın, n (%)	14 (40)	16 (40)	0,00	1,000
Aripiprazol, n (%)	7 (20)	6 (15,0)	0,32	0,568
Paliperidon, n (%)	1 (2,9)	2 (5,0)	0,22	0,637
Amisülpirid, n (%)	4 (11,4)	5 (12,5)	0,02	0,887
Klozapın, n (%)	8 (22,9)	12 (30,0)	0,48	0,485
Haloperidol, n (%)	0 (0)	10 (25,0)	10,1	0,001
BKA, n (%)	4 (11,4)	15 (37,5)	6,71	0,011

RDP: Döner kapı fenomeni, n=sayı, BKA: Birinci kuşak antipsikotik

($F=-2,5$, $p=0,123$). Toplam PANSS skorları, RDP (-) hastalarda, RDP (+) göre anlamlı ölçüde daha azdı ($p=0,044$). Hastaların CGAS yatış skorları dikkate alındığında RDP (+) grubun skoru, RDP (-) grubuna göre anlamlı ölçüde azdı ($p=0,006$). Toplam PANSS pozitif semptomlar, toplam PANSS negatif semptomlar ve toplam PANSS genel semptomlarında yatış ve çıkış skorları yönünde RDP (+) ve RDP (-) gruplar arasında fark saptanmamıştır. Tablo 4, hastaların tanı konulmuş komorbidite durumlarını, intihar girişim öyküsünü ve birinci-ikinci derece akrabalarında psikotik bozukluk öyküsünü göstermektedir. En sık komorbidite, RDP (-) grupta %40 ($n=14$) ve RDP (+) grupta %32,5 ($n=13$) ile DEHB hastalığıdır. Bu durumu Davranım Bozukluğu tanısı, RDP (-) grupta %14,3 ($n=5$) ve RDP (+) grupta %30 ($n=12$) oranıyla takip etmektedir. Gruplar arasında komorbid durum, intihar girişim öyküsü ve akrabalarında psikotik bozukluk öyküsü yönünden anlamlı fark saptanmamıştır.

Tek değişkenli analizler sonucunda RDP (+) ve RDP (-) gruplar arasında anlamlı fark saptanmış olan madde kullanım öyküsü, BKA ve toplam PANSS yatış değerleri ile oluşturulan lojistik regresyon modeline ait sonuçlar Tablo 5'te sunulmuştur.

Tartışma

Çalışmamızda ülkemizin çocuk ve ergen ruh sağlığı klinik yatak sayıları açısından yaklaşık yarısını içeren üç büyük

merkezin verileri değerlendirilerek, 18-60 ay süre ile takip edilen EBŞ tanılı olguların RDP öyküsü olup olmaması durumuna göre sosyo-demografik ve klinik özellikleri, kullanılan ilaç tedavilerinin etken maddeleri, eş tanıları ile yatış sırasında ve taburculuk sonrasındaki PANSS ve CGAS puanları değerlendirilmiştir.

Örnekleminiz yaş ve cinsiyet açısından değerlendirildiğinde gruplar arasında herhangi bir fark bulunmamıştır. 2011 yılında İtalya'da yapılan ve psikiyatrik yataklı servis kullanımı olan olgular değerlendirildiğinde, genç yaşta olmak tekrarlayıcı yatış için risk etkeni olarak tanımlanmıştır.²⁰ Hung ve ark.¹² tarafından yapılan çalışmada ise şizofreni tanılı olgularda istemsiz yatış sonrası tekrarlayıcı yatış risk faktörleri tanımlanmıştır. Yeniden başvuruları olan olguların daha genç yaşta olduğu görülmesine rağmen, çalışmamızın sonuçlarıyla tutarlı olarak gruplar arası anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ortalama yaşın çalışmamızda düşük olmasının, tedavi edilmeyen hastalıktan kaynaklanan psikososyal bozulmanın, yeniden hastaneye yatış da dahil olmak üzere hastalık seyrinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda yatış yapılarak tedavi gören EBŞ tanılı olgular arasında RDP olarak değerlendirilen olguların madde kullanım öyküsü daha sık bulunmuştur. Madde kullanım öyküsüne sahip olmak, daha karmaşık bakım gereksinimi, yatış ilişkili komplikasyonlar, daha uzun yatış süresi gibi faktörlerden tekrarlayıcı başvuru olasılığının artmasıyla bağlantılı olduğu

Tablo 3. Katılımcıların tedavi öncesi ve sonrasındaki hastalık şiddetlerinin karşılaştırılması

Ölçekler	RDP (-), n=35	RDP (+), n=40	İstatistik	p
PANSS pozitif yatış, ort ± SS	26,0±6,9	28,2±6,0	t=1,4	0,163
PANSS pozitif çıkış, ort ± SS	12,6±4,3	13,9±3,9	F=0,749	0,390
PANSS negatif yatış, ort ± SS	30,7±6,3	31,5±6,7	t=0,5	0,595
PANSS negatif çıkış, ort ± SS	21,0±5,8	21,2±7,9	F=0,231	0,633
PANSS genel yatış, ort ± SS	47,6±7,2	51,1±10,2	t=1,7	0,100
PANSS genel çıkış, ort ± SS	31,7±7,7	36,2± 0,2	F=0,026	0,871
PANSS toplam yatış, ort ± SS	104,5±15,3	112,1±16,7	t=2,0	0,044
PANSS toplam çıkış, ort ± SS	64,3±15,4	70,0±17,8	F=0,579	0,449
CGAS yatış, ort ± SS	37,0±9,0	27,8±6,8	t=3,0	0,006
CGAS çıkış, ort ± SS	55,0±9,6	52,0±6,4	F=2,548	0,123

RDP: Döner kapı fenomeni, PANSS: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği, CGAS: Çocuklar için Global Değerlendirme Ölçeği, Ort: Ortalama, SS: Standart sapma

Tablo 4. Katılımcıların psikiyatrik komorbidite ve aile öykülerinin karşılaştırılması

Değişkenler, n (%)	RDP (-), n=35	RDP (+), n=40	χ^2	p
Davranım bozukluğu	5 (14,3)	12 (30)	2,63	0,105
TSSB	2 (5,7)	2 (5,0)	0,02	0,891
DEHB	14 (40)	13 (32,5)	0,45	0,500
Mani-hipomani epizot öyküsü	4 (11,4)	6 (15)	0,21	0,650
Suisid öyküsü	5 (14,3)	9 (22,5)	0,83	0,362
Birinci derece akrabada psikotik bozukluk öyküsü	6 (17,1)	10 (26,3)	0,89	0,344
İkinci derece akrabada psikotik bozukluk öyküsü	12 (34,3)	9 (23,7)	0,99	0,317

RDP: Döner kapı fenomeni, TSSB: Travma sonrası stres bozukluğu, DEHB: Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu

Tablo 5. Döner kapı fenomeni için risk etmenlerinin lojistik regresyon analizi sonuçları ve %95 güven aralıkları

Değişkenler	Exp (B)	Alt	Üst	p
Madde kullanım bozukluğu öyküsü	8,23	1,48	45,86	0,016
Birinci kuşak antipsikotik kullanımı	3,90	1,06	14,44	0,041
PANSS toplam yatış puanları	1,04	1,00	1,07	0,051

PANSS: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği, Nagelkerke R²= 0,279

bilinmektedir.²¹ Ayrıca, madde kullanım öyküsü olan olguların kötü tedavi uyumlarına sahip olması da yeniden başvuru sayılarında artış ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir.²²

Tekrarlayan yatışta, olguların başvurusu sırasında daha yüksek PANSS toplam puanları olduğu bulunmuştur. Bu bulgu, 307 şizofreni tanılı hastanın altı aylık aralıklarla görüşülerek değerlendirildiği ve yatış esnasında psikotik semptomların daha yüksek şiddette olmasının tekrarlayan yatış açısından bir risk faktörü olduğunu savunan çalışmanın sonuçları ile tutarlıdır.¹⁰ Yaptığımız çalışmada ise tekrarlayan yatış riskinin yatış esnasındaki PANSS puanlarının artışıyla birlikte arttığı görülmüştür. Çocuk ve ergen psikiyatri servislerinin klinik yansımalarının değerlendirildiği başka bir çalışma ise başvuru esnasındaki CGAS puanlarının düşük olmasının tedavi yanıtında azalma ile ilişkili olduğunu belirtmektedir.²³ Çalışmaların sonuçları birlikte değerlendirildiğinde yatış esnasındaki hastalığın şiddetinin yüksek ve işlevselliğin düşük olması önemli bir risk faktörü olarak değerlendirilmelidir.

Çalışma grupları tanı konulmuş psikiyatri komorbidite durumları, intihar girişim öyküsü ve birinci-ikinci derece akrabalarında psikotik bozukluk öyküsü olması açısından karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Şizofreni tanılı olgularda yapılan çalışmalarda kronik somatik komorbiditelerin, psikiyatrik komorbiditelerden bağımsız olarak yeniden psikiyatrik yatış oranları ile ilişkili olduğu saptanmıştır.²⁴ Sonuçlarımız olguların yeniden yatış açısından, psikiyatri komorbidite ve aile öyküsünden bağımsız farklı riskler altında olduğunu, özellikle fiziksel ve tıbbi komorbiditelerin araştırılması gerektiğini düşündürmektedir.

Antipsikotik ilaç tedavilerin etkinliğinin araştırıldığı çalışmalarda tedavinin kesilmesi, hastalığın nöks oranları ve hastaların yeniden hastaneye yatış oranları gibi çeşitli sonuç ölçütlerine bakılmaktadır.²⁵ Klozapin ve bazı ikinci kuşak antipsikotiklerin, Brezilya'da bir üniversite hastanesinden taburcu edilen şizofreni hastalarının yeniden hastaneye yatırılmasını önlemede birinci kuşak antipsikotiklere göre daha üstün olduğunu bildirmiştir.²⁶ Terapötik uyum sorunları ve tedavinin kesilmesinin, özellikle madde kötüye kullanımı öyküsü olan olgularda RDP'yi artırdığı düşünülmektedir.²⁷ Çalışmamızın sonuçları güncel yazın bulguları ile uyumlu gözükmektedir. BKA kullanımı ve madde kullanım öyküsü ile yeniden hastaneye yatış arasındaki bağlantı, tedaviye uyum ve ilaç değişimi gibi diğer faktörlerin tedavi sonuçlarını etkileyebileceğinden zamanla zayıflayabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmanın Kısıtlılıkları

Araştırmamızda bazı kısıtlılıklar mevcuttur. İlk olarak, küçük örneklem ve çalışmanın geriye dönük tasarımı bulguların genellenebilirliğini sınırlamaktadır. Veriler klinik kayıtlardan oluşturulduğundan, analiz edilebilecek değişkenlerin sayısı sınırlı olmuştur ve hastalığa özgü psikopatolojik değerlendirme araçları kullanılmamıştır. Son olarak, nöks riskinden önemli bir parametre olarak tanımlanan ayaktan ruh sağlığı hizmeti kullanımı hakkında bilgi bulunmadığından, ayaktan tedavi programlarına uyumun değerlendirilmesi mümkün olmamıştır.

Sonuç

RDP, altta yatan psikotik hastalıkla ilgili çok çeşitli özelliklerin etkileşiminden ortaya çıkmaktadır. Mevcut çalışmadan elde edilen bulgular, yatış esnasındaki hastalığın şiddetinin yüksek ve işlevselliğin düşük olması, madde kullanım bozukluğu öyküsünün değerlendirilmesi ve olguların tedavi yönetimine odaklanan hedefli stratejilerin RDP'yi azaltmaya yardımcı olabileceğini düşündürmektedir. Bütüncül tedavi stratejileri aracılığıyla tedaviye uyumun ve klinik risk faktörlerinin iyileştirilmesi, yeniden yatış oranını ve EBŞ olgularının sağlık sistemi üzerine yükünü azaltmak için de faydalı olabilir.

Etik

Etik Kurul Onayı: Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan Etik Kurulu'ndan 2021-18/33 numaralı etik kurul onayı alınmıştır.

Hasta Onayı: Çalışmanın tasarımı nedeniyle hasta onamı alınmamıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Editörler kurulunda olan kişiler tarafından değerlendirilmiştir.

Yazarlık Katkıları

Konsept: S.T., Y.S., Ç.E. G.K., N.İ., Dizayn: S.T., Y.S., Ç.E., Ş.E., M.T., C.M., Veri Toplama veya İşleme: Y.S., Ç.E., Ş.E., M.T., Analiz veya Yorumlama: Ç.E., Y.S., S.T., Literatür Arama: S.T., Ş.E., C.M., G.K., N.İ. Yazan: S.T., Y.S., Ç.E. M.T., C.M., G.K., N.İ.

Çıkar Çatışması: Bu araştırma kapsamında araştırmacıların herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

Finansal Destek: Araştırma kapsamında herhangi bir kurum ya da kuruluştan finansal destek alınmadı.

Kaynaklar

1. World Health Organization (WHO). International classification of functioning and disability and health (ICF). Switzerland, WHO, Geneva, 2001.
2. Werry JS. Child and adolescent (early onset) schizophrenia: a review in light of DSM-III-R. J Autism Dev Disord. 1992;22:601-24.
3. Coulon N, Godin O, Bulzacka E, Dubertret C, Mallet J, Fond G, Brunel L, Andrianarisoa M, Anderson G, Chereau I, Denizot H, Rey R, Dorey JM, Lançon C, Faget C, Roux P, Passerieux C, Dubreucq J, Leignier S, Capdevielle D, André M, Aouizerate B, Misdrahi D, Berna F, Vidailhet P, Leboyer M, Schürhoff F. Early and very early-onset

- schizophrenia compared with adult-onset schizophrenia: French FACE-SZ database. *Brain Behav.* 2020;10:e01495.
4. Gochman P, Miller R, Rapoport JL. Childhood-onset schizophrenia: the challenge of diagnosis. *Curr Psychiatry Rep.* 2011;13:321-322.
 5. Remschmidt H, Theisen F. Early-onset schizophrenia. *Neuropsychobiology.* 2012;66:63-69.
 6. Daly A, Tedstone Doherty D, Walsh D. Reducing the revolving door phenomenon. *Ir J Psychol Med.* 2010;27:27-34.
 7. Ko Y, Park S. Life after hospital discharge for people with long-term mental disorders in South Korea: Focusing on the "revolving door phenomenon". *Perspect Psychiatr Care.* 2021;57:531-538.
 8. Jeppesen RM, Christensen T, Vestergaard CH. Changes in the utilization of psychiatric hospital facilities in Denmark by patients diagnosed with schizophrenia from 1970 through 2012: The advent of 'revolving door' patients. *Acta Psychiatr Scand.* 2016;133:419-425.
 9. Di Lorenzo R, Sagona M, Landi G, Martire L, Piemonte C, Del Giovane C. The Revolving Door Phenomenon in an Italian Acute Psychiatric Ward: A 5-Year Retrospective Analysis of the Potential Risk Factors. *J Nerv Ment Dis.* 2016;204:686-692.
 10. Roick C, Heider D, Kilian R, Matschinger H, Toumi M, Angermeyer MC. Factors contributing to frequent use of psychiatric inpatient services by schizophrenia patients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2004;39:744-751.
 11. Botha UA, Koen L, Joska JA, Hering LM, Oosthuizen PP. Assessing the efficacy of a modified assertive community-based treatment programme in a developing country. *BMC Psychiatry.* 2010;10:73.
 12. Hung YY, Chan HY, Pan YJ. Risk factors for readmission in schizophrenia patients following involuntary admission. *PLoS One.* 2017;12:e0186768.
 13. Hermann RC, Mattke S, Somekh D, Silfverhielm H, Goldner E, Glover G, Pirkis J, Mainz J, Chan JA. Quality indicators for international benchmarking of mental health care. *Int J Qual Health Care.* 2006 Sep;18(Suppl 1):31-8.
 14. Durbin J, Lin E, Layne C, Teed M. Is readmission a valid indicator of the quality of inpatient psychiatric care? *J Behav Health Serv Res.* 2007;34:137-150.
 15. Kalseth J, Lassemo E, Wahlbeck K, Haaramo P, Magnussen J. Psychiatric readmissions and their association with environmental and health system characteristics: a systematic review of the literature. *BMC Psychiatry.* 2016;16:376.
 16. deMoura EC, Venturini F, Bastos PAS, Martins LC, Fragoso YD. "Revolving Door" In Psychiatric Units Seems To Remain a Common Phenomenon in the 21st Century. *J Psychiatry Depress Anxiety.* 2017;3:008.
 17. Shaffer D, Gould MS, Brasic J, Ambrosini P, Fisher P, Bird H, Aluwahlia S. A children's global assessment scale (CGAS). *Arch Gen Psychiatry.* 1983;40:1228-1231.
 18. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull.* 1987;13:261-276.
 19. Kostakoğlu E, Batur S, Tiryaki A, Göğüş A. Pozitif ve negatif sendrom ölçeğinin (PANSS) Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenirliği. *Türk Psikoloji Dergisi.* 1999;14:23-32.
 20. Morlino M, Calento A, Schiavone V, Santone G, Picardi A, de Girolamo G; PROGRES-Acute group. Use of psychiatric inpatient services by heavy users: findings from a national survey in Italy. *Eur Psychiatry.* 2011;26:252-259.
 21. Clark RE, Samnaliev M, McGovern MP. Impact of substance disorders on medical expenditures for medicaid beneficiaries with behavioral health disorders. *Psychiatr Serv.* 2009;60:35-42.
 22. Herbeck DM, Fiteck DJ, Svikis DS, Montoya ID, Marcus SC, West JC. Treatment compliance in patients with comorbid psychiatric and substance use disorders. *Am J Addict.* 2005;14:195-207.
 23. Setoya Y, Saito K, Kasahara M, Watanabe K, Kodaira M, Usami M. Evaluating outcomes of the child and adolescent psychiatric unit: A prospective study. *Int J Ment Health Syst.* 2011;5:7.
 24. Filipcic I, Simunovic Filipcic I, Ivezic E, Matic K, Tunjic Vukadinovic N, VukPisk S, Bodor D, Bajic Z, Jakovljevic M, Sartorius N. Chronic physical illnesses in patients with schizophrenia spectrum disorders are independently associated with higher rates of psychiatric rehospitalization; a cross-sectional study in Croatia. *Eur Psychiatry.* 2017;43:73-80.
 25. Burns T. Hospitalisation as an outcome measure in schizophrenia. *Br J Psychiatry Suppl.* 2007;50:s37-41.
 26. Werneck AP, Hallak JC, Nakano E, Elkis H. Time to rehospitalization in patients with schizophrenia discharged on first generation antipsychotics, non-clozapine second generation antipsychotics, or clozapine. *Psychiatry Res.* 2011;188(3):315-9.
 27. Haywood TW, Kravitz HM, Grossman LS, Cavanaugh JL Jr, Davis JM, Lewis DA. Predicting the "revolving door" phenomenon among patients with schizophrenic, schizoaffective, and affective disorders. *Am J Psychiatry.* 1995;152:856-861.