

Anksiyeteli ve karma özellikli depresyonu değerlendirme: Klinikte yararlı depresyon sonlanım ölçeği'nin Türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenilirliği

Assessing depression with anxious distress and mixed features: The validity and reliability of the Turkish version of the clinically useful depression outcome scale

Zekiye Çelikbaş¹, Sedat Batmaz², Özgür Ahmet Yüncü³, Mehmet Öztürk⁴, Esmâ Akpınar Aslan⁵

¹Uzm. Dr., Tokat Dr. Cevdet Aykan Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Tokat, Türkiye
https://orcid.org/0000-0003-4728-7304

²Doç. Dr., ⁵Dr. Öğr. Üyesi, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD, Tokat, Türkiye
https://orcid.org/0000-0003-0585-2184-https://orcid.org/0000-0003-4714-6894

³Uzm. Dr., Buca Dr. Seyfi Demirsoy Devlet Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İzmir, Türkiye
https://orcid.org/0000-0002-2546-3744

⁴Uzm. Dr., Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Ankara, Türkiye
https://orcid.org/0000-0001-6383-4457

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada Türk popülasyonunda Klinikte Yararlı Depresyon Sonlanım Ölçeği'nin (KYDSÖ) geçerlilik ve güvenilirliğinin tespiti amaçlanmıştır. **Yöntem:** Çalışmaya 408 katılımcı alınmıştır. Açıklayıcı faktör analizi, iç tutarlılık, Hızlı Depresif Belirti Envanteri, Durumluk Sürekli Kaygı Ölçeği ve Mani Tanıma ve Tarama Ölçeği ile korrelasyon analizi ve depresyon tanısı almayan gruptan ölçeğin ayırt ediciliğine bakıldı. **Bulgular:** Yapılan açıklayıcı faktör analizi sonucunda "Depresyon ve Anksiyete", ve "Atipik ve Karma Özellikli Depresyon" faktörleri saptandı. KYDSÖ'nün ilgili diğer ölçeklerle birlikte geçerliliğinin olduğu görüldü. Çalışma ölçeklerinin ayırt edici geçerliliği olduğu anlaşıldı. KYDSÖ için iç tutarlılık yüksek bulundu. Klinisyen değerlendirmesi ve ölçek değerlendirmesine göre istatistiksel açıdan depresyon alt tiplerinin saptanmasında fark ortaya çıkmamıştır. **Sonuç:** KYDSÖ, hastalar tarafından kısa sürede doldurulabilir ve klinisyenler için de hızlı ve kolay bir değerlendirme fırsatı sunar. Türk popülasyonundaki bu geçerlilik ve güvenilirlik çalışması bu ölçeklerin klinikte kullanım için uygun olduğunu göstermiştir.

Anahtar Sözcükler: Bunaltılı sıkıntı, geçerlilik, güvenilirlik, karma özellik, majör depresif bozukluk

(*Klinik Psikiyatri Dergisi 2020;23:43-55*)

DOI: 10.5505/kpd.2020.31932

SUMMARY

Objective: The aim of this study was to determine the validity and reliability of the Clinically Useful Depression Outcome Scale (CUDOS) in the Turkish population. **Method:** 408 participants were included in the study. Exploratory factor analysis, internal consistency, Quick Inventory of Depressive Symptoms, State Trait Anxiety Inventory and Self-Report Tool for Mania were used to analyze the correlation between the scales and the discriminative properties of the CUDOS was investigated. **Results:** As a result of the exploratory factor analysis, "Depression and Anxiety" and "Atypical and Mixed Feature Depression" factors were determined. It was observed that the CUDOS had convergent validity with other relevant scales. It was demonstrated that the CUDOS had distinctive validity. Internal consistency was found to be high. According to clinician evaluation and scale scores, there was no difference in the detection of depression subtypes. **Discussion:** The CUDOS can be completed by patients in a short time and provides a quick and easy evaluation opportunity for clinicians. This validity and reliability study in the Turkish population showed that these scales were suitable for clinical use.

Key Words: Anxious distress, major depressive disorder, mixed features, reliability, validity

GİRİŞ

Majör Depresif Bozukluk (MDB) ülkemizde en sık görülen ruhsal bozukluklardandır. Kronik Hastalık Sıklığı Araştırması'na göre Türkiye'de depresyon yaygınlığı kadınlarda %13.1, erkeklerde %5.0, toplamda %9.3 oranındadır (1).

MDB hastalarında artmış morbidite, yineleme riski, sosyal ve meslekî işlevsellikte azalma, özkıyım riski olduğu bilinmektedir (2-4). Tüm bu faktörler, sağlık sisteminde artmış bir ekonomik yüke yol açmaktadır (5). MDB'deki klinik araştırmalar, terapötik müdahalelerin etkinliğini en üst düzeye çıkarmak için yeterli teşhis ve tedavi sağlamaya odaklanmıştır. Böylece daha iyi prognozla ilişkili olarak belirtilerin tamamen remisyona ulaşması ve relapsların engellenmesi morbidite ve mortaliteyi azaltacaktır (6,7). Yeni psikotrop ilaçların yararlarının karşılaştırmalı olarak değerlendirilmesi için hasta tarafından algılanan sonuçların ölçümleri önem taşımaktadır. Öznel iyileşme hasta için oldukça önemlidir, bu nedenle titiz bir şekilde değerlendirilmesi gerekir (8,9).

Hamilton Depresyonu Derecelendirme Ölçeği ve Montgomery-Åsberg Depresyonu Derecelendirme Ölçeği, MDB şiddetinin değerlendirilmesinde sıklıkla kullanılmaktadır (10,11). Daha önce de belirtildiği gibi, hastaların bakış açısı, ilgili belirtileri tanımlamak ve günlük yaşamlarını nasıl etkilediklerini değerlendirmek için önemli bir bileşendir (12). Ülkemizde mevcut olan ve hasta tarafından uygulanan ölçeklerden yaygın olarak kullanılanlar Beck Depresyon Envanteri (13) ile depresyon ve anksiyetenin somatik belirtilerine odaklanan Hasta Sağlık Anketi'dir (14). Diğer ölçeklere göre Klinikte Yararlı Depresyon Sonlanım Ölçeği (KYDSÖ), MDB ile ilişkili belirtileri daha ayrıntılı şekilde sorgular ve hastanın işlevsel kapasitesi gibi diğer önemli hususların değerlendirilmesine de izin verir. KYDSÖ, Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde, Rhode Adası Tanısal Değerlendirme ve Hizmet Merkezi'nde, klinik uygulama için yararlı araçlar geliştirmek amacıyla tasarlanmıştır (15). KYDSÖ, 18 sorudan oluşan, hızlıca cevaplanabilen beşli Likert tipi bir ölçektir (16). Toplam puan ilk 16 sorudaki her bir madde puanının toplanmasıyla

hesaplanır. İçerik geçerliliği ile ilgili olarak tüm MDB belirtilerini içerir, ayrıca işlevsellik ve yaşam kalitesi hakkında da bilgi toplar (17 ve 18. maddeler). Psikometrik olarak geçerliliği ve güvenilirliği gösterilmiş olan KYDSÖ, hastanın durumundaki değişikliklere duyarlıdır ve klinik olarak depresyon şiddetine göre hastalar arasında da ayırım sağlayabilir (15).

Son 20 yıldır, depresyona eşlik eden anksiyete belirtilerinin klinik önemi fark edilmeye başlanmıştır. Depresyon hastalarına eşlik eden anksiyete daha fazla morbidite ve artmış özkıyım davranışı (17), azalmış işlevsellik (18), düşük yaşam kalitesi (19), daha kötü prognoz (20), yineleyici depresyon riski (21) ve daha zayıf tedavi yanıtı ile ilişkili görülmektedir (22). Depresyonlu hastalarda anksiyete belirtilerinin klinik önemi sebebiyle MDB için anksiyete ile giden bir alt tip belirleyici olarak eklenmiştir (23). Depresyon hastalarında anksiyete belirtileri veya komorbid anksiyete bozukluğunun prevalansı yüksektir. Örneğin 2012-2013 yılları arasında ABD'de yapılan Alkol ve İlişkili Bozuklukların Ulusal Epidemiyolojik Çalışması'na göre 18 yaş üstü 36309 erişkin katılımcıda anksiyete belirteci yaşam boyu MDB tanısı konulan hastaların %74.6'sında bulunurken, 12 aylık sürede depresyon hastalarının %70'inde saptanmıştır (24).

Anksiyeteli depresyonun tanımlanması nedeniyle hem depresyon, hem anksiyete belirtilerinin şiddetini sorgulayan ölçeklerin geliştirilmesi önem kazanmıştır (25). Ülkemizde de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olan Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ), hem anksiyete, hem de depresyon belirtilerini değerlendiren kısa bir öz bildirim ölçeğidir (26, 27). Fakat HADÖ Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından tanımlandığı şekliyle MDB'nin anksiyete belirtecini değerlendirmek için tasarlanmamıştır. Ayrıca MDB'de yer alan uyku bozuklukları, suçluluk ve değersizlik hissi, özkıyım düşünceleri gibi ölçütlerin birçoğu HADÖ'de bulunmamaktadır (10).

Rhode Adası Tanısal Değerlendirme ve Hizmet Merkezi'nde yürütülen çalışmalarda araştırmacılar, KYDSÖ'ne ek olarak MDB için tanı ölçütlerinde yer alan anksiyete belirteci yönelik Klinikte

Yararlı Depresyon Sonlanım Ölçeği – Anksiyeteli Depresyon Formu'nu (KYDSÖ-A) geliştirmişlerdir. KYDSÖ-A, bu çalışmanın sonucunda depresyon hastalarında anksiyete belirtilerinin şiddetini ölçmek için geçerli ve güvenilir bulunmuştur (28).

Son 20 yıldır, MDB dönemine eşlik eden manik / hipomanik belirtilerin klinik önemi de anksiyete belirtileri gibi önem kazanmıştır. Bipolar depresyon hastalarına eşlik eden manik belirtilerin artmış özkıym davranışı (29, 30), kötü prognoz (29), antidepresanla artmış mani riski (31), yineleyici depresyon (32) ve hızlı döngülülük (33) ile ilişkili olduğu değişik çalışmalarda gösterilmiştir. Ayrıca MDB hastalarına eşlik eden manik belirtilerin benzer şekilde artmış özkıym riski (34), yineleme riski ve tedaviye düşük yanıt (35), atipik depresyon özellikleri (36), erken başlangıç yaşı ve ailede bipolarite yüküklüğü ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (37).

Tanı koyma sistemlerindeki değişiklik nedeniyle karma özellikli depresyona verilen önemin artması, hem depresyon belirtilerini, hem de mani belirtilerini ölçen derecelendirme ölçeklerinin geliştirilmesini gerekli kılmaktadır (25). Amerikan Psikiyatri Birliği'nin tanı ölçütlerinde yer alan karma özellikli belirticini değerlendirmek için geliştirilen tek ölçek Klinikte Yararlı Depresyon Sonlanım Ölçeği – Karma Özellikli Depresyon Formu'dur (KYDSÖ-K) (38). Ölçek geliştirirken bir ölçüte birden fazla atıfta bulunan MDB belirti ölçütleri (örneğin iştah artışı, iştahsızlık, uykusuzluk veya hipersomninin artması) ilgili bileşenlerine bölünmüş ve her bir bileşen için ayrı bir KYDSÖ-K maddesi yazılmıştır (38).

Depresyonun tipik ve ters vejetatif özelliklerini ayırt etmek özellikle bipolar bozukluk veya karma özellikli depresyon için kullanılan bir depresyon ölçeğinde önemlidir, çünkü depresyonun atipik özellikleri bipolar depresyonda daha yaygındır (39). Bu nedenle KYDSÖ'nün madde içeriği bu yönüyle de MDB değerlendirmesinde ön plana çıkmasını sağlamaktadır.

Bu çalışmada Türk toplumunda KYDSÖ, KYDSÖ-A ve KYDSÖ-K ölçeklerinin geçerlilik ve güvenilirliklerinin tespiti amaçlanmıştır. Böylelikle hem

MDB'de görülebilecek atipik depresif belirtiler, anksiyeteli depresyon ve karma özellikli depresyon alt tipleri saptanabilecektir. Ayrıca bu çalışma kapsamında klinisyenlerin kendi başlarına yaptıkları alt tip değerlendirmesi ile ölçeklerden elde edilen puanlara göre saptanan alt tiplerin sıklığı karşılaştırılacaktır. Çalışmamızın varsayımları, bu ölçeklerin Türk toplumu için de geçerli ve güvenilir değerlendirmeye imkân vereceği ve klinisyen değerlendirmesinin ölçeklerde saptanan alt tipleri yakalamakta aynı başarıyı göstermeyeceğidir.

YÖNTEM

Katılımcılar

Araştırma için ikinci basamak sağlık kuruluşlarının Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne Aralık 2018 – Mart 2019 tarihleri arasında ayaktan başvuran, 18 yaş üstü (ortalama (M)=33.40, standart sapma (SS)=13.58 yıl, yaş aralığı=18-65, %69.6'sı kadın, %32.1'i evli) Amerikan Psikiyatri Birliği'nin Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı DSM 5'e göre birincil tanısı MDB olan (n=210, %51.5) ve başka bir birincil psikiyatrik bozukluk tanısı alan (Anksiyete Bozuklukları, Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar, Travma ve Stresle İlişkili Bozukluklar, Dissosiyasyon Bozuklukları, Bedensel Belirti Bozukluğu ve İlişkili Bozukluklar) (n=88, %21.5) veya herhangi bir psikiyatrik bozukluk tanısı almayan (n=110, %27.0; bu iki grup için n = 198, %48.5) 408 kişi alındı (23). Katılımcılar içerisinde birincil tanısı Nörogelişimsel Bozukluklar, Şizofreni Spektrumu ve Psikozla Giden Diğer Bozukluklar, Bipolar ve İlişkili Bozukluklar ve Nörobilişsel Bozukluklar olan kişiler çalışmaya dahil edilmedi. Ayrıca MDB tanısı alıp psikotik veya katatonik özellik gösteren veya aktif özkıym düşüncesi, planı, niyeti olduğunu beyan eden katılımcılar da çalışmadan dışlandı. Bu katılımcıların çalışmadan dışlanmasında klinik tablolarının ağırlığı nedeniyle ölçekleri doldurmak konusunda ek bir zorlanmaya maruz kalmalarının ve tedavilerinin mümkün olduğunca gecikmesinin engellenmesi öncelikli olarak düşünüldü. Çalışmaya katılan ve herhangi bir ruhsal bozukluk tanısı alan hastaların bir kısmı psikiyatrik ilaç ve/

veya psikoterapi almaktaydı, ancak bu hastaların sayısı veya kullandıkları ilaçların türü, dozu, kullanım süresi veya psikoterapinin niteliği konusundaki veriler çalışma kapsamında toplanmadığı için bu yöndeki veriler değerlendirmeye alınamamıştır. Herhangi bir ruhsal bozukluk tanısı almayan katılımcılar ya poliklinik koşullarında değerlendirilerek ruhsal bozukluk tanısı almayan kişilerden, ya işe girme, okula başlama, sürücü ehliyeti başvurusu vb. nedenlerle ruhsal açıdan sağlıklı olduklarını belgelemek isteyen kişilerden veya ruhsal bozukluğu olup da polikliniğe başvuran hastaların kendi beyanlarına göre daha öncesinde ve başvuru anında herhangi bir ruhsal yakınması olmadığını söyleyen yakınları arasından oluşturuldu. Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen katılımcıların sayısı, klinik tanı veya reddetme nedeni gibi özellikleri kayıt altına alınmadığından bu yöndeki veriler de mevcut değildir. Katılımcıların demografik özellikleri Tablo 1 ve Tablo 2’de özetlenmiştir.

İşlem

Çalışmaya katılmayı kabul eden katılımcılarla poliklinik odasında DSM 5 tanı ölçütlerini esas alan olağan klinik görüşmeye dayalı bir tanısız görüşme yapıldı (23). Bu tanısız görüşmeye göre katılımcılar Depresyon Grubu (DG) ve Kontrol Grubu (KG) olarak iki gruba ayrıldı. DG’de yer alan katılımcıların klinisyenin değerlendirmesine göre anksiyeteli veya karma özellikli depresyon tanı ölçütlerini karşılayıp karşılamadıkları not edildi. KG içerisinde birincil tanısı MDB dışında bir ruhsal bozukluk tanısı olan katılımcılar da yer aldığı için, ayrı bir analizde bu grup Diğer Psikiyatrik Bozukluklar Grubu (PG) olarak isimlendirilerek üç grubun birbirlerinden ne şekilde farklılaştığı da incelendi. Ayrıca katılımcıların demografik verileri hazırlanmış olan bir forma görüşmeci tarafından kaydedildi. Daha sonra tüm katılımcılara değerlendirme araçları rastgele bir sıra içerisinde verilerek kendi başlarına doldurabilecekleri sessiz bir odaya alındılar. Burada ihtiyaç duyan katılımcılara yakınları veya görüşmecilerden biri bu araçların doldurulmasında yardımcı oldu. Tüm bu görüşmeler ortalama 25-40 dakika sürdü.

Çeviri Süreci

Çalışmada geçerlilik ve güvenilirliği araştırılan ölçekler için öncelikle bu ölçeklerin geliştiricisi ile e-posta ile temasa geçilerek çeviri izni alındı. Daha sonra iki araştırmacı tarafından ölçekler İngilizce’den Türkçe’ye çevrildi. Ölçeklerin özgün halinden habersiz olan bir diğer araştırmacı ve İngilizce dil eğitimi veren bir uzman tarafından ölçek maddeleri Türkçe’den İngilizce’ye geri çevrildi. Bu dört metin ile özgün ölçekler birbirleriyle karşılaştırılarak üzerinde uzlaşılan ölçek çevirileri elde edildi. Çeviriler, çalışmada kullanılmadan önce polikliniğe başvuran 20 hastaya verilerek doldurulmaları istendi ve anlaşılma zorlanılan maddelerin varlığı açısından değerlendirildi. Bu aşamada ölçek maddelerinde bir değişiklik yapılmaya ihtiyacı duyulmadı. Ölçek çevirilerinin bu son hali, ölçeğin geliştiricisine gönderilerek çalışmada kullanılması için onayı alındı.

Değerlendirme Araçları

Klinikte Yararlı Depresyon Sonlanım Ölçeği (KYDSÖ) (15): MDB için DSM 5 tanı ölçütlerinde (23) sıralanan tüm belirti ve bulgulara ilaveten kişinin işlevsellik düzeyini ve yaşam kalitesini de sorgulayan toplam 18 maddelik bir öz bildirim ölçeğidir. Bu ek maddeler, KYDSÖ’nün diğer depresyon ölçeklerinden farklılığını ortaya koymaktadır. Hastalar tarafından sadece birkaç dakika içerisinde doldurulabilir ve klinisyenler için de hızlı ve kolay bir değerlendirme fırsatı sunar. Tedavi ile değişime duyarlıdır ve farklı şiddetteki depresyon belirtileri için de ayırt etmeyi sağlar. Tüm bu yönleriyle klinikte kullanım için uygundur. Her bir maddesi son bir haftalık süre göz önünde bulundurularak 0=“hiç doğru değil”, 4=“neredeyse her zaman doğru” arasında puanlanır. Özgün ölçek için bildirilen iç tutarlılık (Cronbach α =0.90) ve test – tekrar test güvenilirliği ($r=0.92$) yüksektir. Ölçekten alınan toplam puan arttıkça depresyonun da şiddeti artar (15).

Klinikte Yararlı Depresyon Sonlanım Ölçeği-Anksiyeteli Depresyon Formu (KYDSÖ-A) (28): KYDSÖ’de sorgulanan depresyon belirtilerinin haricinde anksiyeteli depresyonu saptamaya ve şiddetini ölçmeye dönük olarak endişelenmekten ötürü gergin ve diken üstünde hissetme, sakince

oturmaya engelleyecek kadar kıpır kıpır ve huzursuz hissetme, endişelenme nedeniyle konsantre olamama, kötü bir şeyler olacağına dair endişelenme ve kaygılanarak kontrolü kaybetmeyi sorgulayan beş soruluk bir öz bildirim ölçeğidir. DSM 5'e göre bu belirtilerden en az iki tanesinin varlığında anksiyeteli depresyon alt tipi tanısı konulmalıdır (23). Ölçeğin değerlendirilmesi KYDSÖ ile aynıdır ve özgün ölçeğin iç tutarlılığı (Cronbach $\alpha=0.79$) ve test - tekrar test güvenilirliği ($r=0.89$) yüksek bulunmuştur (28).

Klinikte Yararlı Depresyon Sonlanım Ölçeği - Karma Özellikli Depresyon Formu (KYDSÖ-K) (38): Karma özellikli depresyonu tanımak ve şiddetini ölçebilmek için KYDSÖ'deki depresyon maddelerine ek olarak manik ya da hipomanik döneme ait belirtileri (aşırı mutlu ve neşeli hissetme, yaratıcı fikirlerle sahip olma, kendine aşırı güvenme, birkaç saatlik uykuya rağmen enerjik uyanma, sınırsız enerji düzeyi olduğuna inanma, daha konuşkan olma, daha hızlı konuşma, düşüncelerin birbiriyle yarışması, yeni projelere kalkışma, daha dışadönük hale gelme, düşünmeden davranma, serbestçe para harcama, cinsel fantezilerde artma) sorgulayan 13 maddeden oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Bu belirtilerden üç veya daha fazlasının varlığında DSM 5'e göre karma özellikli depresyon alt tipi tanısı konulabilir (23). Ölçek KYDSÖ'de olduğu gibi değerlendirilir ve özgün ölçek için iç tutarlılık (Cronbach $\alpha=0.84$) ve test - tekrar test güvenilirliği ($r=0.72$) yüksek olarak bildirilmiştir (38).

Hızlı Depresif Belirti Envanteri – 16 Maddelik Öz bildirim Formu (HDBE) (40): Depresyon belirtilerini sorgulamak için 16 maddeden oluşan ve 0 – 3 puan arasında derecelendirilen bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçekten alınan puan arttıkça depresyonun şiddeti de artar (40). Bu ölçeğin diğer öz bildirim ölçeklerine avantajı depresyonun ters vejetatif belirtilerini de sorgulamaya fırsat vermesidir. Bu çalışma için HDBE'nin Türkçe versiyonu kullanılmıştır (41).

Mani Tarama ve Tanıma Ölçeği (MAN-TAR) (42): Mani ya da hipomani belirti ve bulgularını (ilk dokuz soru) sorgulamak için hazırlanmış, kısa sürede doldurulabilen bir öz bildirim ölçeğidir (42). Ölçek bu belirti ve bulgulara ilaveten kişinin kendisini daha yükselmiş veya çabuk öfkelenir bulduğu

bu dönemlerde ne düzeyde sorun yaşadığını, bu dönemlerin ne kadar sürdüğünü, diğer insanların bu dönemlerde kişide ortaya çıkan değişimi fark edip etmediğini ve bu dönemlerin alkol ya da maddeyle ilişkisini de sorgulayarak daha güvenilir şekilde mani / hipomani tanısı için klinisyeni yönlendirebilir. Böylelikle daha yapılandırılmış bir görüşme ile klinisyen kişide bipolar bozukluk tanısı olup olmadığını netleştirebilir. Bu çalışmada MAN-TAR'ın Türkçe versiyonu kullanılmıştır (43).

Durumluk - Sürekli Kaygı Ölçeği (44): Bu ölçek her biri 20 maddeden oluşan Durumluk Kaygı Ölçeği (DKÖ) ve Sürekli Kaygı Ölçeği (SKÖ) isimli iki ölçekten oluşur (44). Kişideki anksiyete düzeyinin durumsal olarak mı ortaya çıktığını, yoksa kişinin anksiyeteye meyilli bir yapısı mı olduğunu değerlendirmek için kullanılır. Ölçeklerden alınan yüksek puanlar, anksiyete düzeylerinin de yüksek olduğunu gösterir. Bu çalışmada DKÖ ve SKÖ'nün Türkçe versiyonları kullanılmıştır (45).

İstatistiksel Analiz

Çalışmada kullanılan ölçeklerin birleştirilmesiyle toplam 35 madde elde edildi. Açıklayıcı faktör analizi için madde sayısı başına en az 5-10 katılımcı gerektiği için en az 175-350 katılımcıya ihtiyaç olduğu hesaplandı. Çalışmanın örneklem büyüklüğü bu hesaplama göre belirlendi. Açıklayıcı faktör analizi için FACTOR 10.8.04 yazılımı kullanıldı (46). Faktör analizi sırasında, ordinal maddelerin tek değişkenli dağılımları asimetric olduğundan polikorik korrelasyon tercih edildi (47). Çıkarılacak faktör sayısını belirlemede paralel analizden (optimal implementation of parallel analysis) faydalanıldı (48). Faktörlerin çıkarılmasında unweighed least squares yöntemi, döndürme yöntemi olarak oblik döndürme (direct oblimin) kullanıldı. Bütün hesaplamalar için bootstrapping yöntemi ile %95 güvenilirlik aralığında bias-corrected and accelerated robust analizler tercih edildi (49). Çıkarılan faktörlerin ve ölçeğin tamamının iç tutarlılığı için Cronbach α değerleri, düzeltilmiş madde – toplam korrelasyonları ve madde silinirse Cronbach α değerleri, açıklanan varyans, özdeğerler, maddelerin faktörlere yüklenme katsayıları ve ortak etken varyansları hesaplandı. Diğer analizler için MedCalc 17.2 yazılımı kullanıldı (MedCalc Software, Ostend,

Belgium). Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilk testi ve histogram analizleri ile incelendi. Dağılımların normalliğe uygunluğuna göre ölçeklerin birlikte geçerliliği için Pearson veya Spearman korrelasyon analizleri, ayırt edici geçerlilik için bağımsız gruplarda t-testi veya Mann-Whitney U testi, tek yönlü varyans analizi veya Kruskal-Wallis sıralamalı tek yönlü varyans analizi kullanıldı. Birlikte geçerlilik için kullanılan ölçekler ile çalışmada psikometrik özellikleri araştırılan ölçekler arasındaki korrelasyon ilişkisinin saptanmasında, bu ölçeklerde yer alan ve DSM 5'e göre belirlenmiş depresyon alt tipi tanı ölçütlerini içermeyen maddelerin çıkarılması ile oluşturulan DKÖ - SKÖ ve MAN-TAR ölçek versiyonları oluşturuldu. Spearman korrelasyon analizleri bu yeni oluşturulan ölçek versiyonları ile de yinelendi. Demografik verilerin dağılımı, klinisyen tanısı ile ölçeklere göre depresyon alt tipi varlığının karşılaştırılması ve ölçek puanlarına göre grup karşılaştırmalarında verinin türüne göre bağımsız gruplarda t-testi veya Mann-Whitney U testi, tek yönlü varyans analizi veya Kruskal-Wallis sıralamalı tek yönlü varyans analizi veya ki-kare testlerinden faydalandı. Çoklu grup karşılaştırmaları için Bonferonni düzeltmesi yapıldı.

Çalışma öncesinde tüm katılımcılardan yazılı

bilgilendirilmiş onam formu alındı. Çalışma, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından onaylandı.

BULGULAR

Verilerin normal dağılıma uygunluğu incelendiğinde HDBE, DKÖ, SKÖ, KYDSÖ ve KYDSÖ-AK'nin normal dağılıma uyduğu, MAN-TAR, KYDSÖ-A, KYDSÖ-M, KYDSÖ-F1 ve KYDSÖ-F2'nin normal dağılıma uymadığı tespit edildi.

Majör Depresif Bozukluk Tanısı Varlığına Göre Grup Karşılaştırmaları

KG ve DG birbirlerinden yaş ve medeni durum açısından farklılaştı, KG daha genç ve daha az oranda evli katılımcılardan oluştu (p değerleri < 0.001). Ayrıca DG, KG'ye göre HDBE'den daha yüksek puan aldı (p<0.001). Grupların cinsiyet dağılımı ve MAN-TAR, DKÖ ve SKÖ'den aldıkları puanlar ise birbirlerinden farklı değildi. Bu sonuçlar Tablo 1'de özetlenmiştir.

PG'nin de dahil edildiği analizlerde tüm gruplar birbirlerinden yaş ve medeni durum açısından farklıydı, en yaşlı grup DG iken en genç grup diğer

Tablo 1. Depresyon tanısının varlığına göre demografik özellikler ve değerlendirme araçları açısından grup karşılaştırmaları

	Tüm Grup (N = 408)	KG (n = 198)	DG (n = 210)	t / U / χ^2	p
Yaş (yıl)	33.40 (13.58)	24.68 (8.94)	41.62 (11.98)	-16.12	<0.001
Cinsiyet, kadın	284 (69.6)	132 (66.7)	152 (72.4)	1.57	0.210
Medeni durum, evli	131 (32.1)	29 (14.6)	102 (48.6)	79.19	<0.001
HDBE puanı	11.61 (6.29)	6.34 (3.25)	16.58 (4.01)	-28.23	<0.001
MAN-TAR puanı	1.00 (5.00)	1.00 (4.00)	0.00 (5.00)	21.39	0.591
DKÖ puanı	39.65 (5.81)	39.97 (5.89)	39.35 (5.73)	1.09	0.276
SKÖ puanı	48.72 (6.06)	48.14 (6.10)	49.26 (5.99)	-1.87	0.062
KYDSÖ puanı	29.33 (15.76)	18.22 (11.17)	39.80 (11.78)	-18.96	<0.001
KYDSÖ-A puanı	8.00 (10.00)	3.00 (5.00)	13.00 (7.25)	37.95	<0.001
KYDSÖ-K puanı	6.00 (11.00)	4.00 (10.00)	7.00 (11.25)	33.59	<0.001
KYDSÖ-AK puanı	44.90 (22.74)	31.33 (18.69)	57.69 (18.40)	-14.35	<0.001
KYDSÖ-F1 puanı	34.00 (32.75)	17.00 (19.00)	47.00 (24.00)	38.45	<0.001
KYDSÖ-F2 puanı	8.00 (12.00)	9.00 (13.25)	7.00 (10.00)	17.73	0.01

Açıklama. Sonuçlar ortalama (standart sapma), Ortanca (çeyreklikler arası mesafe) veya sıklık (yüzde) olarak verilmiştir. Bonferonni düzeltmesi sonrası ölçekler açısından grup karşılaştırmalarında istatistiksel anlamlılık için $p < 0.005$ değeri kabul edilmiştir. KG, kontrol grubu; DG, depresyon grubu; HDBE, Hızlı Depresif Belirti Envanteri 16 Maddelik Özbildirim Formu; MAN-TAR, Mani Tarama ve Tanıma Ölçeği; DKÖ, Durumluk Kaygı Ölçeği; SKÖ, Sürekli Kaygı Ölçeği; KYDSÖ, Klinikte Yararlı Depresyon Sonlanım Ölçeği; KYDSÖ-A, Klinikte Yararlı Depresyon Sonlanım Ölçeği Anksiyeteli Depresyon; KYDSÖ-K, Klinikte Yararlı Depresyon Sonlanım Ölçeği Karma Özellikli Depresyon; KYDSÖ-AK, Klinikte Yararlı Depresyon Sonlanım Ölçeği Anksiyeteli ve Karma Özellikli Depresyon; KYDSÖ-F1, Klinikte Yararlı Depresyon Sonlanım Ölçeği Depresyon ve Anksiyete Faktörü; KYDSÖ-F2, Klinikte Yararlı Depresyon Sonlanım Ölçeği Atipik ve Karma Özellikli Depresyon Faktörü

Tablo 2. Sağlıklı kontrol, majör depresif bozukluk ve diğer psikiyatrik bozukluklar gruplarının demografik özellikler ve değerlendirme araçları açısından karşılaştırılması

	SG (n = 110)	DG (n = 210)	PG (n = 88)	F / H / χ^2	p
Yaş (yıl)	28.18 (10.70)	41.62 (11.98)	20.30 (1.70)	153.21	<0.001
Cinsiyet, kadın	74 (67.3)	152 (72.4)	58 (65.9)	1.62	0.446
Medeni durum, evli	28 (25.5)	102 (48.6)	1 (1.1)	93.20	<0.001
HDBE puanı	5.21 (2.38)	16.58 (4.01)	7.75 (3.64)	434.44	<0.001
MAN-TAR puanı	0.00 (4.00)	0.00 (5.00)	4.00 (4.75)	7.47	0.024
DKÖ puanı	40.15 (5.74)	39.35 (5.73)	39.75 (6.10)	0.71	0.492
SKÖ puanı	47.14 (5.73)	49.26 (5.99)	48.72 (6.06)	5.25	0.006
KYDSÖ puanı	14.06 (9.17)	39.80 (11.78)	23.41 (11.33)	212.36	<0.001
KYDSÖ-A puanı	2.50 (5.00)	13.00 (7.25)	5.00 (6.00)	224.67	<0.001
KYDSÖ-K puanı	6.00 (13.00)	7.00 (11.25)	9.00 (13.75)	141.06	<0.001
KYDSÖ-AK puanı	25.24 (16.40)	57.69 (18.40)	38.94 (18.67)	124.28	<0.001
KYDSÖ-F1 puanı	13.00 (11.25)	47.00 (24.00)	26.00 (17.00)	235.00	<0.001
KYDSÖ-F2 puanı	8.00 (13.00)	7.00 (10.00)	12.00 (13.75)	14.63	0.001

Açıklama. Sonuçlar ortalama (standart sapma), ortanca (çeyreklikler arası mesafe) veya sıklık (yüzde) olarak verilmiştir. Bonferonni düzeltilmesi sonrası ölçekler açısından grup karşılaştırmalarında istatistiksel anlamlılık için $p < 0.005$ değeri kabul edilmiştir. SG, sağlıklı kontrol grubu; DG, depresyon grubu; PG, diğer psikiyatrik bozukluklar grubu; HDBE, Hızlı Depresif Belirti Envanteri 16 Maddelik Özbildirim Formu; MAN-TAR, Mani Tarama ve Tanıma Ölçeği; DKÖ, Durumluk Kaygı Ölçeği; SKÖ, Sürekli Kaygı Ölçeği; KYDSÖ, Klinikte Yararlı Depresyon Sonlanım Ölçeği; KYDSÖ-A, Klinikte Yararlı Depresyon Sonlanım Ölçeği Anksiyeteli Depresyon; KYDSÖ-K, Klinikte Yararlı Depresyon Sonlanım Ölçeği Karma Özellikli Depresyon; KYDSÖ-AK, Klinikte Yararlı Depresyon Sonlanım Ölçeği Anksiyeteli ve Karma Özellikli Depresyon; KYDSÖ-F1, Klinikte Yararlı Depresyon Sonlanım Ölçeği Depresyon ve Anksiyete Faktörü; KYDSÖ-F2, Klinikte Yararlı Depresyon Sonlanım Ölçeği Atipik ve Karma Özellikli Depresyon Faktörü

psikiyatrik bozukluklar grubuydu. DG en fazla evli katılımcının olduğu grup iken en az evli katılımcı PG'deydi (p değerleri <0.001). HDBE puanları açısından DG diğer tüm gruplardan daha yüksek puan aldı, en düşük puan SG'deydi ($p < 0.001$). Grupların MAN-TAR, DKÖ ve SKÖ'den aldıkları puanlar ve cinsiyet dağılımları birbirlerinden farklı değildi. Bu sonuçlar Tablo 2'de yer almaktadır.

Yapı Geçerliliği Analizi

Verilerin faktör analizi için uygunluğuna dair bakılan Kaiser-Meyer-Olkin testinin sonucu 0.94 (çok iyi) saptandı. Bartlett küresellik istatistiği de anlamlıydı ($\chi^2(595)=8493.3$, $p=0.0001$). Paralel analiz sonuçları iki faktör çıkarılmasının uygun olacağını gösterdi. Yapılan açıklayıcı faktör analizi sonucunda madde 1-3, 5, 7-16, 30-35 birinci faktörü, madde 4, 6, 17-29 ikinci faktörü oluşturdu. Maddelerin içerik incelemesi sonrasında birinci faktör "Depresyon ve Anksiyete", ikinci faktör ise "Atipik ve Karma Özellikli Depresyon" olarak isimlendirildi. Maddelerin ilgili faktörlerine yüklenmeleri birinci faktörde 0.581 - 0.877, ikinci faktörde ise 0.313 - 0.805 aralığında değişti. Böylelikle hiçbir maddenin 0.300 yüklenme değerinin altında olmadığı görüldü. Birinci faktörün özdeğeri 12.94, ikinci faktörün ise 7.40 idi. Faktör analizi sonrasında kümülatif olarak açıklanan varyans %58.12 (birinci faktör için %36.97, ikinci faktör için %21.15) idi. Bu değer de %50'nin üzerinde

olması nedeniyle yeterli bulundu. Ölçek maddelerinin faktörlere yüklenmeleri, özdeğerler, ortak etken varyansları ve açıklanan varyansların dağılımı Tablo 3'te verilmiştir.

Birlikte Geçerlilik Analizleri

KYDSÖ, KYDSÖ-A, KYDSÖ-K ve açıklayıcı faktör analizi sonucu elde edilen alt faktörlerin (KYDSÖ-F1 ve KYDSÖ-F2) HDBE, MAN-TAR, DKÖ ve SKÖ ile korrelasyon analizleri yapıldı. HDBE ile KYDSÖ, KYDSÖ-A ve KYDSÖ-F1 güçlü düzeyde pozitif yönlü korrelasyon gösterdi (p değerleri <0.01). Bu sonuç KYDSÖ'nün HDBE ile ölçülen depresif belirtileri benzer şekilde ölçebildiğini gösterdi. Öte yandan HDBE ile KYDSÖ-K zayıf düzeyde negatif yönlü bir korrelasyon gösterirken ($p < 0.05$), HDBE ile KYDSÖ-F2 arasında anlamlı korrelasyon saptanmadı. Bu sonuç da, beklendiği üzere, karma özellikli depresyon belirtilerini sorgulamak için gerekli ek maddelerin sadece KYDSÖ-K'de mevcut olmasıyla ilişkilendirildi. İlişkinin ters yönlü olması da bu maddelerde manik ya da hipomanik döneme ait belirtilerin sorgulanmasına ve bu belirtilerin tipik olarak bir depresyon ölçeğinde sorgulanan maddelerin aksi yönünde belirtilerle ilişkili olmasına bağlandı. Benzer şekilde, beklentileri karşılayarak, MAN-TAR ile en güçlü korrelasyon ilişkisi KYDSÖ-K ve KYDSÖ-F2 arasında saptandı (p değerleri <0.01, pozitif yönlü orta düzeyde korre-

Tablo 3. Ölçek maddelerinin faktörlere yüklenmeleri, özdeğerler, ortak etken varyansları, açıklanan varyansların dağılımı, iç tutarlılıkları, düzeltilmiş madde-toplam korrelasyonları ve madde silinirse Cronbach α değerleri

	F1 (Depresyon ve Anksiyete)	F2 (Atipik ve Karma Özellikli Depresyon)	h^2	DMTK	MSCA
Madde 1	0.837	-0.166	0.749	0.795	0.916
Madde 2	0.745	-0.138	0.589	0.703	0.917
Madde 3	0.657	0.044	0.429	0.608	0.917
Madde 4	0.115	0.449	0.207	0.356	0.921
Madde 5	0.627	0.032	0.391	0.581	0.917
Madde 6	0.199	0.313	0.129	0.266	0.921
Madde 7	0.581	0.130	0.343	0.515	0.918
Madde 8	0.812	0.037	0.656	0.751	0.915
Madde 9	0.816	-0.069	0.679	0.763	0.915
Madde 10	0.756	-0.016	0.574	0.683	0.916
Madde 11	0.812	0.014	0.659	0.750	0.915
Madde 12	0.787	0.007	0.618	0.726	0.916
Madde 13	0.788	0.028	0.618	0.728	0.915
Madde 14	0.761	0.056	0.575	0.641	0.916
Madde 15	0.617	0.181	0.397	0.477	0.918
Madde 16	0.792	-0.024	0.630	0.728	0.916
Madde 17	-0.265	0.684	0.566	0.509	0.922
Madde 18	-0.222	0.789	0.697	0.627	0.922
Madde 19	-0.179	0.710	0.555	0.568	0.923
Madde 20	-0.015	0.737	0.545	0.591	0.921
Madde 21	-0.044	0.805	0.654	0.631	0.921
Madde 22	0.080	0.788	0.618	0.648	0.920
Madde 23	0.210	0.715	0.533	0.561	0.919
Madde 24	0.443	0.556	0.468	0.421	0.917
Madde 25	-0.053	0.736	0.551	0.583	0.921
Madde 26	-0.193	0.754	0.627	0.607	0.922
Madde 27	0.290	0.658	0.489	0.505	0.919
Madde 28	0.190	0.576	0.351	0.469	0.920
Madde 29	0.174	0.635	0.418	0.495	0.920
Madde 30	0.848	0.127	0.719	0.786	0.914
Madde 31	0.877	0.005	0.769	0.814	0.914
Madde 32	0.865	0.042	0.745	0.789	0.914
Madde 33	0.842	0.024	0.706	0.773	0.915
Madde 34	0.772	-0.135	0.631	0.723	0.917
Madde 35	0.739	-0.225	0.621	0.684	0.918
Özdeğer	12.94	7.40			
İç tutarlılık	0.954	0.862	0.920*		
Açıklanan varyans	36.97	21.15	58.12**		

Açıklama. * Tüm ölçek için iç tutarlılık, ** Tüm ölçek için açıklanan varyans. DMTK, düzeltilmiş madde toplam korrelasyonları; MSCA, madde silinirse Cronbach α değerleri

lasyon). MAN-TAR ile KYDSÖ, KYDSÖ-A ve KYDSÖ-F1 arasında da zayıf düzeyde pozitif yönlü ilişki saptandı (p değerleri<0.01). DKÖ ile hiçbir çalışma ölçeği arasında anlamlı korrelasyon saptanmazken, SKÖ ile tüm ölçekler arasında zayıf – orta düzeyde pozitif yönlü bir korrelasyon mevcuttu (p değerleri<0.01). SKÖ ile en güçlü ilişkiler, beklendiği üzere, KYDSÖ ve KYDSÖ-A arasında saptandı (p değerleri<0.01, orta düzeyde pozitif yönlü korrelasyon). Bu sonuçlar anksiyeteli depresyonun daha ziyade KYDSÖ-A ile saptanabildiğini destekledi. Bütün korrelasyon analizi sonuçları birlikte değerlendirildiğinde, KYDSÖ, KYDSÖ-A ve KYDSÖ-K'nin ilgili diğer ölçeklerle birlikte geçerliliğinin olduğu görüldü. Tüm korrelasyon analizi sonuçları Tablo 4'te verilmiştir.

Ancak çalışmada birlikte geçerlilik için kullanılan

anksiyete ve mani ölçekleri DSM 5 tarafından depresyon alt tiplerini saptamak için kullanılan tanı ölçütleri dışında da maddeler içerdiğinden bu analizlerin DSM 5'i esas alan sınıflamalar gözetilerek yinelenmesi planlandı. Bu amaçla yapılan incelemelerde DSM 5'e göre belirlenmiş anksiyeteli depresyon alt tipi tanı ölçütlerini içermeyen maddelerin çıkarılması ile oluşturulan DKÖ-SKÖ versiyonu ile KYDSÖ-A arasındaki korrelasyon analizi orta düzeyde pozitif yönlü tespit edildi (rho = 0.526, p < 0.01). Benzer şekilde KYDSÖ-F1 ile bu versiyondaki anksiyete ölçeği arasındaki korrelasyon da orta düzeyde ve pozitif yönlüydü (rho = 0.565, p < 0.01). Öte yandan DSM 5'e göre belirlenmiş karma özellikli depresyon alt tipi tanı ölçütlerini içermeyen maddelerin çıkarılması ile oluşturulan MAN-TAR versiyonu ile KYDSÖ-K arasındaki korrelasyon analizi orta düzeyde pozitif yönlüydü (rho = 0.512, p < 0.01). Ayrıca KYDSÖ-

Tablo 4. Ölçekler arasındaki korrelasyon ilişkisinin sonuçları

	KYDSÖ	KYDSÖ-A	KYDSÖ-K	KYDSÖ-AK	KYDSÖ-F1	KYDSÖ-F2
Yaş	0.413**	0.450**	-0.090	0.355	0.464**	-0.088
Cinsiyet	-0.035	0.047	0.040	-0.017	-0.044	0.032
Medeni durum	0.168**	0.209**	-0.119*	0.141**	0.203**	-0.124*
HDBE	0.834**	0.760**	-0.100*	0.716**	0.842**	-0.053
MAN-TAR	0.218**	0.188**	0.465**	0.354**	0.189**	0.490**
DKÖ	-0.038	-0.012	0.042	0.025	-0.032	0.011
SKÖ	0.290**	0.281**	0.234**	0.363**	0.268**	0.262**
KYDSÖ	1	0.855**	0.074	0.918**	0.979**	0.149**
KYDSÖ-A	0.855**	1	0.109*	0.869**	0.924**	0.146**
KYDSÖ-K	0.074	0.109*	1	0.385**	0.053	0.962**
KYDSÖ-AK	0.918**	0.869**	0.385**	1	0.920**	0.439**
KYDSÖ-F1	0.979**	0.924**	0.053	0.920**	1	0.100*
KYDSÖ-F2	0.149**	0.146**	0.962**	0.439**	0.100*	1

Açıklama. Cinsiyet, Kadın = 0, Erkek = 1; medeni durum, Bekar, Boşanmış, Dul, Aynı Yaşıyor = 0, Evli = 1 olarak kodlanmıştır. * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$. HDBE, Hızlı Depresif Belirti Envanteri 16 Maddelik Özbildirim Formu; MAN-TAR, Mani Tarama ve Tanıma Ölçeği; DKÖ, Durumluk Kaygı Ölçeği; SKÖ, Sürekli Kaygı Ölçeği; KYDSÖ, Klinikte Yararlı Depresyon Sonlanım Ölçeği; KYDSÖ-A, Klinikte Yararlı Depresyon Sonlanım Ölçeği Anksiyeteli Depresyon; KYDSÖ-K, Klinikte Yararlı Depresyon Sonlanım Ölçeği Karma Özellikli Depresyon; KYDSÖ-AK, Klinikte Yararlı Depresyon Sonlanım Ölçeği Anksiyeteli ve Karma Özellikli Depresyon; KYDSÖ-F1, Klinikte Yararlı Depresyon Sonlanım Ölçeği Depresyon ve Anksiyete Faktörü; KYDSÖ-F2, Klinikte Yararlı Depresyon Sonlanım Ölçeği Atıpkı ve Karma Özellikli Depresyon Faktörü

F2 ile bu versiyondaki mani ölçeği arasındaki korrelasyon da orta düzeyde ve pozitif yönlüydü ($\rho = 0.537$, $p < 0.01$). Bu korrelasyon analizi sonuçları birlikte düşünüldüğünde DSM 5'e uygun şekilde taranan anksiyete ya da mani belirti ve bulgularının bu çalışmada psikometrik özellikleri araştırılan ölçeklerin uygun depresyon alt tipleri tarafından başarılı şekilde saptanabildiğine işaret etmektedir. Üstelik bu versiyonlarla yürütülen korrelasyon analizleri diğer maddeleri de içeren ölçeklerle bakılan korelasyonlardan daha güçlüydü ve bu yönüyle ölçeklerin birlikte geçerliliklerini doğruladı.

Ayırt Edici Geçerlilik Analizleri

KYDSÖ, KYDSÖ-A ve KYDSÖ-K'nin MDB tanısı alan ve almayan grupları ayırt edip edemediğine dair sonuçlar Tablo 1 ve Tablo 2'de verilmiştir. Her üç ölçek de DG'yi KG'den ayırt edebilmiştir, DG'de bu ölçeklerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek puan alındığı tespit edilmiştir (p değerleri < 0.001). DG, aynı zamanda KYDSÖ ve KYDSÖ-A puanları ile SG ve PG'den daha yüksek puan aldı (p değerleri < 0.001), KYDSÖ-K puanları açısından ise DG, SG'den daha yüksek, ancak PG'den daha düşük puan aldı ($p < 0.001$). Böylelikle çalışma ölçeklerinin ayırt edici geçerliliği olduğu anlaşıldı. Bu sonuçlar Tablo 1 ve Tablo 2'de verilmiştir.

Güvenilirlik Analizleri

KYDSÖ'nün tamamı ve her iki faktörü için iç tutarlılık yüksek bulunmuştur (Cronbach α

değerleri sırasıyla 0.920, 0.954 ve 0.862). Ayrıca Cronbach α değerleri KYDSÖ-A için 0.858, KYDSÖ-K için 0.839 olarak hesaplandı. Madde çıkarılması ile ölçeğin tümünde iç tutarlılıkta önemli bir değişiklik ortaya çıkmamıştır. Düzeltilmiş madde - toplam ölçek korrelasyonları (DMTK) 0.266 - 0.814 arasında değişmiştir. Sadece madde 4 ve 6'nın DMTK değerleri 0.400'un altında bulunmuştur. Bu sonuçlar, ölçeğin güvenilir olduğunu göstermektedir. Ölçeğin iç tutarlılıkları, DMTK ve madde silinirse Cronbach α değerleri Tablo 3'te yer almaktadır.

Klinisyen Tanısı ile Ölçek Değerlendirmelerinin Karşılaştırılması

Tablo 5'te klinisyenin rutin değerlendirme görüşmesi sonucunda koyduğu tanıyla kullanılan ölçeklere göre belirlenen depresyon alt tiplerinin birbirleriyle kıyaslanmasına dair sonuçlar verilmiştir. Klinisyen değerlendirmesine göre anksiyeteli depresyon sıklığı %35.8 ($n=75$), karma özellikli depresyon sıklığı %1.9 ($n=4$) iken ölçeklere göre anksiyeteli depresyon sıklığı %87.6 ($n=184$), karma özellikli depresyon sıklığı %29.5 ($n=62$) saptanmıştır. Aradaki bu büyük sayısal farklılıklara rağmen istatistiksel açıdan depresyon alt tiplerinin saptanmasında fark ortaya çıkmamıştır (p değerleri > 0.05). Hem klinisyenin, hem de ölçeklerin anksiyeteli depresyonun varlığı konusunda %31 ($n=65$) olguda uzlaştığı görülmüşken, karma özellikli depresyonun varlığı konusunda bu iki değerlendirmenin hiç örtüşmemiş olması ise dikkat çeken bulgulardan biridir. Klinisyen değerlendirmesinin altın standart olarak kabul edilmesi koşuluyla, mevcut ölçekler-

Tablo 5. Klinisyenin tanısıyla ölçeğe göre belirlenen depresyon alt tiplerinin birbirleriyle kıyaslanması

		Klinisyene Göre		χ^2	p
		Depresyon Alt Tipi			
		Yok	Var		
Ölçeğe Göre	Anksiyeteli Depresyon	Yok	16 (7.6)	0.99	0.755
		Var	119 (56.6)		
	Karma Özellikli Depresyon	Yok	144 (68.6)	1.71*	0.322
		Var	62 (29.5)		

Açıklama. Sonuçlar sıklık (yüzde) olarak verilmiştir. * Fisher'in kesin testi sonuçları

den KYDSÖ-A için duyarlılık %62.3, özgüllük %32.5, pozitif prediktif değer %34, negatif prediktif değer %57.9; KYDSÖ-K için duyarlılık %0, özgüllük %81.5, pozitif prediktif değer %0, negatif prediktif değer %97.6 olarak hesaplanmıştır.

TARTIŞMA

Bu çalışmada KYDSÖ'nün Türk toplumundaki geçerlilik ve güvenilirliğinin araştırılması ve klinisyen değerlendirmesi ile ölçeklerden elde edilen puanlara göre MDB alt tipi saptanmasının birbiriyle kıyaslanması amaçlanmıştır. Çalışmanın varsayımları KYDSÖ'nün Türkçe versiyonlarının geçerli ve güvenilir olduğunu konusunda doğrulanırken ölçeklerle değerlendirme sayesinde klinisyen değerlendirmesine kıyasla daha fazla MDB alt tipi tanısı alabilecek olgunun saptanması konusunda doğrulanmamıştır.

Yapı geçerliliğini incelemek için yapılan açıklayıcı faktör analizlerinde tüm sonuçlar KYDSÖ'nün geçerliliğini doğrulamıştır. Tüm maddelerin dahil edildiği analizlerde KYDSÖ için atipik ve karma özellikli depresyona özgü bir faktörün saptanması, bu ölçeğin mevcut depresyon derecelendirme ölçeklerinden ayrı yerde duran konumunu desteklemiştir. Bu yönüyle KYDSÖ klinik uygulamada karma özellikler açısından eksik kalan bir değerlendirme alanını kapatabilecektir. Öte yandan anksiyeteli depresyonu değerlendirmek için eklenmiş olan maddelerin genel depresyon maddelerinden ayrışmamış olması, bu maddelerin genel olarak depresyonda görülen anksiyeteye işaret edebileceğini veya bu maddelerin anksiyeteli depresyon alt tipini saptamak için yeterince ayırt edici olmayabileceğini düşündürmektedir. Bu nedenle KYDSÖ-A, MDB için anksiyeteli depresyon alt tipini saptamada sadece yardımcı bir araç olarak düşünülmelidir ve klinisyenin MDB'ye eşlik eden veya eşik altı belirtilerle giden anksiyete bozukluğu tanımlarını dikkatlice sorgulamasını

gerekliliği kılmaktadır. Nitekim, hiçbir özbidirim ölçeğinin klinisyenin yapılandırılmış tanı koydurucu görüşmesinin yerini alması zaten beklenmez. KYDSÖ için de aynı durum geçerlidir.

Ölçeklerin birlikte geçerlilik analizi sonuçlarına bakıldığında, MDB tanısının şiddetini, üstelik de ters vejetatif belirtileri de içerecek şekilde sorgulayan HDBE ile yüksek oranda korrelasyon gösterdiği anlaşılmıştır. Bu yönüyle KYDSÖ'nün depresyon belirtilerini sorgulamada başarılı olduğu söylenebilir. Ayrıca KYDSÖ'nün faktörleri, KYDSÖ-A ve KYDSÖ-K ile benzer tanıları değerlendirmede kullanılan ölçekler arasındaki anlamlı korrelasyonlar da ölçeğin birlikte geçerliliğini doğrulamıştır.

KYDSÖ, KYDSÖ-A ve KYDSÖ-K'nın MDB tanısı alan ve almayan grupları başarıyla ayırt edebildiği görüldü. Bu sonuçlar da ölçeklerin ayırt ediciliği geçerliliğini destekler niteliktedir.

KYDSÖ özgün çalışmasında ölçeğin iç tutarlılık güvenilirlik katsayısı yüksek (Cronbach $\alpha=0.90$) olarak bulunmuştur (15). KYDSÖ Türkçe formunda ise iç tutarlılık güvenilirlik katsayısı Cronbach $\alpha=0.920$ bulundu. KYDSÖ-A ve KYDSÖ-K için hesaplanan iç tutarlılık katsayıları da beklendiği şekilde yüksek ve özgün ölçek için hesaplanan değerlere yakındı. Böylelikle ölçeklerin güvenilirliği de doğrulanmış oldu. Öte yandan ölçeğin 4. ve 6. maddelerinin DMTK değerlerinin 0.400'ten küçük gelmesinde katılımcıların ters vejetatif depresyon belirtilerini görece düşük oranda işaretlemeleri etkili olmuş olabilir. Diğer DMTK değerleri güvenilirlik açısından yeterli büyüklükteydi.

Klinisyen değerlendirmesi ve ölçek değerlendirmesine göre istatistiksel açıdan depresyon alt tiplerinin saptanmasında fark ortaya çıkmamıştır. Bu sonuç, çalışmada kullanılan ölçek-

lerin depresyon alt tiplerini belirlemede en az klinisyen değerlendirmesi kadar başarılı olduğunu, ancak klinik değerlendirmeye bir üstünlük getiremediğini göstermektedir. Çalışmanın bu konudaki varsayımı bu nedenle doğrulanmamıştır. Ancak, diğer taraftan, DSM 5 ile birlikte getirilen karma özellik belirtecinin kliniğe yansımaya dair çok sayıda eleştiri söz konusudur (50-52). Zira DSM 5'te karma özellik belirteci olarak sayılan belirtiler ile klinisyenlerin karma özellikli MDB tanısı koyarken sıklıkla faydalandığı belirtiler arasında bir fark söz konusudur. DSM 5'in karma özellik belirteçleri arasından dışladığı irritabilite, psikomotor ajitasyon ve distraktibilitenin en sık karşılaşılan klinik görünüm olması DSM 5'in yaklaşımının eleştirilmesine neden olmuştur (53-55). KYDSÖ-K de DSM 5'te tarif edildiği şekliyle bu üç belirtiyi sorgulamamaktadır. Bu nedenle klinisyenlerin karma özellikli MDB tanısı ile ölçeğin sorguladığı diğer belirtileri olumlu işaretleyen katılımcılar nedeniyle saptanan karma özellikli alt tip sıklığı arasında böylesi bir fark çıkmış olabilir. Dahası klinisyenlerin karma özellikli MDB dedikleri ile KYDSÖ-K'ye göre karma özellikli saptanan hiçbir olgunun örtüşmemiş olmasında da DSM 5'in bu kısıtlayıcı yaklaşımı temel neden gibi görünmektedir. Dolayısıyla, bu sonuçlardan klinisyenlerin karma özellikli MDB tanısı koyarken DSM 5 tanı ölçütlerinin dışında bir değerlendirmeyi önceliklendikleri yorumu yapılabilir.

Klinisyen değerlendirmesinin altın standart olarak kabul edildiği koşullarda, çalışma ölçeklerinin daha ziyade birer tarama aracı gibi kullanılabilirliğini, ancak öte yandan özellikle KYDSÖ-K ile karma özellikli MDB olmadığı tespit ediliyorsa, bu bilginin, klinisyene başvuru yakınmaları, aile öyküsü, tedaviye yanıtızsızlık gibi birtakım ipuçları doğrudan şüphe uyandırmıyorsa, karma özellikler açısından derinlemesine öykü alınmasına gerek olunmayabileceğini düşündürmektedir. KYDSÖ-A için saptanan pozitif ve negatif prediktif değerler ise klinisyenin anksiyete bozuklukları açısından detaylı sorgulama yapması konusundaki gerekliliği azaltmamaktadır. Bu yönüyle MDB alt tiplerini sorgulamak amacıyla geliştirilmiş bu ölçeklerin rutin klinik değerlendirmeye katkılarının kısıtlı kalabileceği, tanyaya destek olmaktan çok, KYDSÖ-K özelinde, alt tip tanısını dışlamak için yol gösterebileceği, klinisyenle görüşmeden önce doldurulmaları halinde klinisyeni alt tipleri ne kadar detaylı sorgulaması gerektiği konusunda

yönlendirebileceği ve tedavi başlanmış hastalarda alt tip belirtilerinin ne oranda düzeldiği veya karşı uca doğru bir kaymaya yol açıp açmadığının erkenden keşfedilmesini sağlayabileceği söylenebilir.

Klinik uygulamada anksiyeteli ve karma özellikli depresyonun değerlendirilmesi giderek önem kazanmaktadır. Klinisyenlerin tedavi seçenekleri bu alt tiplerin varlığından etkilenmektedir. Bu nedenle KYDSÖ-A ve KYDSÖ-K gibi MDB alt tiplerini özellikle sorgulayan ölçeklerin yaygınlaşması önemlidir. Türkçe'de bu amaçla kullanılacak ilk ölçekler olmaları bu nedenle bu çalışmanın güçlü yönleri arasında sayılabilir. Öte yandan çalışmanın birtakım kısıtlılıkları olduğu da unutulmamalıdır. Öncelikle tanı görüşmeleri rutin klinik değerlendirmelere dayanmaktadır ve yapılandırılmış görüşmeler uygulanmamıştır. Yapılandırılmış görüşmeler ile klinisyenlerin saptayacakları alt tiplerin burada bildirilenlerden daha yüksek çıkacağı kuşku götürmezdir. Ancak bu çalışma planlandığında, rutin klinik uygulamada MDB alt tiplerinin ne oranda doğru tanındığı, bu oranın çalışma ölçekleriyle artıp artmayacağı araştırma hedefi olarak belirlenmişti. Dolayısıyla aslında yapılandırılmış bir görüşme yapılmaması zaten çalışmanın bu amaçlarıyla uyumludur. Bir başka kısıtlılık, test – tekrar test güvenilirlik analizlerinin yapılmamış olmasıyla ilgilidir. Bir ölçme aracının zaman içerisinde ölçtüğünü iddia ettiği durumu ne kadar tutarlı şekilde ölçebildiğinin tespiti açısından bu tür bir analiz çalışmanın güvenilirlikle ilgili sonuçlarını güçlendirebilirdi. Katılımcıların tedavilerine dair kimi özelliklerinin ve katılmayı reddeden katılımcıların gerekçelerinin sorgulanmamış olması da kısıtlılıklardan biridir.

Sonuç olarak, KYDSÖ, KYDSÖ-A ve KYDSÖ-K hastalar tarafından kısa sürede doldurulabilir ve klinisyenler için de hızlı ve kolay bir değerlendirme fırsatı sunar. Türk toplumundaki bu geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, bazı kısıtlılıklarına rağmen, bu ölçeklerin klinikte kullanım için uygun olduklarını göstermiştir.

Yazışma Adresi: Doç. Dr., Sedat Batmaz, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD, Tokat, Türkiye sedat.batmaz@gmail.com

KAYNAKLAR

1. Ünal B, Güngör Ü. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması, Ankara; 2013.
2. Vuorilehto MS, Melartin TK, and Isometsa ET. Course and outcome of depressive disorders in primary care: a prospective 18-month study. *Psychological medicine*. 2009;39:1697-707.
3. Romera I, Perez V, Menchon JM, Delgado-Cohen H, Polavieja P, and Gilaberte I. Social and occupational functioning impairment in patients in partial versus complete remission of a major depressive disorder episode. A six-month prospective epidemiological study. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists*. 2010;25:58-65.
4. Bernal M, Haro JM, Bernert S, Brugha T, de Graaf R, Bruffaerts R, Lepine JP, de Girolamo G, Vilagut G, Gasquet I, et al. Risk factors for suicidality in Europe: results from the ESEMED study. *Journal of affective disorders*. 2007;101:27-34.
5. Tamam L, Karaytuğ MO, Namlı Z. Depresyonun Ekonomik Maliyeti. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry*. 2012;5:103-6.
6. Sobocki P, Ekman M, Agren H, Runeson B, and Jonsson B. The mission is remission: health economic consequences of achieving full remission with antidepressant treatment for depression. *International journal of clinical practice*. 2006;60:791-8.
7. Olfson M, Blanco C, and Marcus SC. Treatment of Adult Depression in the United States. *JAMA internal medicine*. 2016;176:1482-91.
8. Rush AJ, Trivedi MH, Wisniewski SR, Nierenberg AA, Stewart JW, Warden D, Niederehe G, Thase ME, Lavori PW, Lebowitz BD, et al. Acute and longer-term outcomes in depressed outpatients requiring one or several treatment steps: a STAR*D report. *The American journal of psychiatry*. 2006;163:1905-17.
9. Rey E. [Using patient report outcomes in the office: a challenge for the physician]. *Anales de medicina interna*. 2007;24:413-4.
10. Hamilton M. A rating scale for depression. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*. 1960;23:56-62.
11. Montgomery SA, and Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 1979;134:382-9.
12. Özyüksel B, Ulug B. Depresyon Tanısı Alan Hastalarda Kalıntı Belirtilerin Yetiyitimi ile İlişkisi: 3 Aylık İzlem Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2007;18:323-32.
13. Hisli N. Beck Depresyon Envanteri'nin Geçerliliği Üzerine Bir Çalışma. *Psikoloji Dergisi*. 1988;6:118-26.
14. Gülec MY, Gülec H, Simsek G, Turhan M, Sünbül EA. Psychometric properties of the Turkish version of the Patient Health Questionnaire–Somatic, Anxiety, and Depressive Symptoms. *Comprehensive Psychiatry*. 2012;53:623-29.
15. Zimmerman M, Posternak MA, and Chelminski I. Using a self-report depression scale to identify remission in depressed outpatients. *The American journal of psychiatry*. 2004;161:1911-3.
16. Zimmerman M, and McGlinchey JB. Depressed patients' acceptability of the use of self-administered scales to measure outcome in clinical practice. *Annals of clinical psychiatry : official journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists*. 2008;20:125-9.
17. Fava M, Rush AJ, Alpert JE, Carmin CN, Balasubramani GK, Wisniewski SR, Trivedi MH, Biggs MM, and Shores-Wilson K. What clinical and symptom features and comorbid disorders characterize outpatients with anxious major depressive disorder: a replication and extension. *Canadian journal of psychiatry Revue canadienne de psychiatrie*. 2006;51:823-35.
18. Fichter MM, Quadflieg N, Fischer UC, and Kohlboeck G. Twenty-five-year course and outcome in anxiety and depression in the Upper Bavarian Longitudinal Community Study. *Acta psychiatrica Scandinavica*. 2010;122:75-85.
19. Rhebergen D, Batelaan NM, de Graaf R, Nolen WA, Spijker J, Beekman AT, and Penninx BW. The 7-year course of depression and anxiety in the general population. *Acta psychiatrica Scandinavica*. 2011;123:297-306.
20. Sherbourne CD, and Wells KB. Course of depression in patients with comorbid anxiety disorders. *Journal of affective disorders*. 1997;43:245-50.
21. Goes FS, McCusker MG, Bienvenu OJ, Mackinnon DF, Mondimore FM, Schweizer B, National Institute of Mental Health Genetics Initiative Bipolar Disorder C, Depaulo JR, and Potash JB. Co-morbid anxiety disorders in bipolar disorder and major depression: familial aggregation and clinical characteristics of co-morbid panic disorder, social phobia, specific phobia and obsessive-compulsive disorder. *Psychological medicine*. 2012;42:1449-59.
22. Fava M, Rush AJ, Alpert JE, Balasubramani GK, Wisniewski SR, Carmin CN, Biggs MM, Zisook S, Leuchter A, Howland R, et al. Difference in treatment outcome in outpatients with anxious versus nonanxious depression: a STAR*D report. *The American journal of psychiatry*. 2008;165:342-51.
23. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. Washington D. C.: American Psychiatric Publishing; 2013.
24. Hasin DS, Sarvet AL, Meyers JL, Saha TD, Ruan WJ, Stohl M, and Grant BF. Epidemiology of Adult DSM-5 Major Depressive Disorder and Its Specifiers in the United States. *JAMA psychiatry*. 2018;75:336-46.
25. A Practice Guideline for the Treatment of Patients with Major Depressive Disorder. Washington, D. C.: American Psychiatric Association; 2010.
26. Zigmund AS, and Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica Scandinavica*. 1983;67:361-70.
27. Aydemir Ö, Güvenir T, Küey L, Kültür S. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 1997;8:280-7.
28. Zimmerman M, Chelminski I, Young D, Dalrymple K, Walsh E, and Rosenstein L. A clinically useful self-report measure of the DSM-5 anxious distress specifier for major depressive disorder. *The Journal of clinical psychiatry*. 2014;75:601-7.
29. Judd LL, Schettler PJ, Akiskal H, Coryell W, Fawcett J,

- Fiedorowicz JG, Solomon DA, and Keller MB. Prevalence and clinical significance of subsyndromal manic symptoms, including irritability and psychomotor agitation, during bipolar major depressive episodes. *Journal of affective disorders*. 2012;138:440-8.
30. Swann AC, Lafer B, Perugi G, Frye MA, Bauer M, Bahk WM, Scott J, Ha K, and Suppes T. Bipolar mixed states: an international society for bipolar disorders task force report of symptom structure, course of illness, and diagnosis. *The American journal of psychiatry*. 2013;170:31-42.
31. Goldberg JF, Perlis RH, Ghaemi SN, Calabrese JR, Bowden CL, Wisniewski S, Miklowitz DJ, Sachs GS, and Thase ME. Adjunctive antidepressant use and symptomatic recovery among bipolar depressed patients with concomitant manic symptoms: findings from the STEP-BD. *The American journal of psychiatry*. 2007;164:1348-55.
32. Masi G, Toni C, Perugi G, Mucci M, Millepiedi S, and Akiskal HS. Anxiety disorders in children and adolescents with bipolar disorder: a neglected comorbidity. *Canadian journal of psychiatry Revue canadienne de psychiatrie*. 2001;46:797-802.
33. Goldberg JF, Perlis RH, Bowden CL, Thase ME, Miklowitz DJ, Marangell LB, Calabrese JR, Nierenberg AA, and Sachs GS. Manic symptoms during depressive episodes in 1,380 patients with bipolar disorder: findings from the STEP-BD. *The American journal of psychiatry*. 2009;166:173-81.
34. Olgıati P, Serretti A, and Colombo C. Retrospective analysis of psychomotor agitation, hypomanic symptoms, and suicidal ideation in unipolar depression. *Depression and anxiety*. 2006;23:389-97.
35. Smith DJ, Forty L, Russell E, Caesar S, Walters J, Cooper C, Jones I, Jones L, and Craddock N. Sub-threshold manic symptoms in recurrent major depressive disorder are a marker for poor outcome. *Acta psychiatrica Scandinavica*. 2009;119:325-9.
36. Benazzi F. Intra-episode hypomanic symptoms during major depression and their correlates. *Psychiatry and clinical neurosciences*. 2004;58:289-94.
37. Sato T, Bottlender R, Schroter A, and Moller HJ. Frequency of manic symptoms during a depressive episode and unipolar 'depressive mixed state' as bipolar spectrum. *Acta psychiatrica Scandinavica*. 2003;107:268-74.
38. Zimmerman M, Chelminski I, Young D, Dalrymple K, and Martinez JH. A clinically useful self-report measure of the DSM-5 mixed features specifier of major depressive disorder. *Journal of affective disorders*. 2014;168:357-62.
39. Angst J, Azorin JM, Bowden CL, Perugi G, Vieta E, Gamma A, Young AH, and Group BS. Prevalence and characteristics of undiagnosed bipolar disorders in patients with a major depressive episode: the BRIDGE study. *Archives of general psychiatry* 2011;68:791-8.
40. Trivedi MH, Rush AJ, Ibrahim HM, Carmody TJ, Biggs MM, Suppes T, Crismon ML, Shores-Wilson K, Toprac MG, Dennehy EB, et al. The Inventory of Depressive Symptomatology, Clinician Rating (IDS-C) and Self-Report (IDS-SR), and the Quick Inventory of Depressive Symptomatology, Clinician Rating (QIDS-C) and Self-Report (QIDS-SR) in public sector patients with mood disorders: a psychometric evaluation. *Psychological medicine* 2004;34:73-82.
41. Mergen H, Tavli T, Ongel K. Validity and Reliability of the QIDS-SR16-Turkish in Comparison with BDI-II Turkish Among Young Outpatient Sample of Turkish University Students. *Archives of Neuropsychiatry* 2012;49:1-5.
42. Blackman KS, Odom AJ, Williamson B, Miller MA, Tewari M, and Weismantel D. Self-report tool for recognizing mania (SToRM): a new scale for aiding in the diagnosis of bipolar disorder. *International journal of psychiatry in medicine*. 2014;47:193-205.
43. Eser B, Batmaz S, Yesilyaprak N, Songur E, Yıldız M, Akpınar Aslan E. Mani Tarama ve Tanıma Ölçeği (MAN-TAR): Türkçe sürümün geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2018;29:54.
44. Metzger R. A reliability and validity study of the State-Trait Anxiety Inventory. *Journal of Clinical Psychology* 1976;32:276-8.
45. Öner N, Le Compte A. Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları; 1983.
46. Lorenzo-Seva U, and Ferrando PJ. FACTOR: a computer program to fit the exploratory factor analysis model. *Behavior research methods*. 2006;38:88-91.
47. Muthén B, Kaplan D. . A comparison of some methodologies for the factor analysis of non-normal likert variables. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology*. 1985;38:171-89.
48. Timmerman ME, and Lorenzo-Seva U. Dimensionality assessment of ordered polytomous items with parallel analysis. *Psychological methods*. 2011;16:209-20.
49. Lambert ZV, Wildt AR, Durand RM. Approximating Confidence Intervals for Factor Loadings. *Multivariate behavioral research* 1991;26:421-34.
50. Akiskal HS, Benazzi F, Perugi G, Rihmer Z. Agitated "unipolar" depression re-conceptualized as a depressive mixed state: implications for the antidepressant-suicide controversy. *J Affect Disord* 2005;85:245-58.
51. Benazzi F, Akiskal HS. Psychometric delineation of the most discriminant symptoms of depressive mixed states. *Psychiatry Res*. 2006;141:81-8.
52. Koukopoulos A, Sani G. DSM-5 criteria for depression with mixed features: a farewell to mixed depression. *Acta Psychiatr Scand*. 2014;129:4-16.
53. Perugi G, Angst J, Azorin JM, Bowden CL, Mosolov S, Reis J, Vieta E, Young AH; BRIDGE-II-Mix Study Group. Mixed features in patients with a major depressive episode: the BRIDGE-II-MIX study. *J Clin Psychiatry*. 2015;76:e351-8.
54. Suppes T, Silva R, Cucchiari J, Mao Y, Targum S, Streicher C, Pikalov A, Loebel A. Lurasidone for the Treatment of Major Depressive Disorder With Mixed Features: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Study. *Am J Psychiatry*. 2016;173:400-7.
55. Takeshima M, Oka T. DSM-5-defined 'mixed features' and Benazzi's mixed depression: which is practically useful to discriminate bipolar disorder from unipolar depression in patients with depression? *Psychiatry Clin Neurosci*. 2015;69:109-16.