

Şizofreni diğer psikotik hastalıklardan nasıl ayrılmalıdır?

E. Timuçin ORAL

Neden nasıl Şizofreni (Editör: Selçuk Candansayar) Peday Yayınları, 2005 Ankara

Klinik psikiyatri ile uğraşan her hekim şizofreninin ayırıcı tanısının bir yanda her an psikotik olabilen duygudurum bozukluğu, psikoaktif madde kullanımı ya da diğer tıbbi durumlara bağlı bozuklukların, diğer yanda da aslında psikotik olmayan ama psikotik izlenimi veren kişilik bozukluklarının olduğu çok geniş bir yelpazeye yayıldığını bilir. Fakat, psikiyatri tarihi boyunca, belki de, ayırıcı tanının en zor olduğu iki klinik tablo mani ve şizofreni olagelmıştır. 1899'da, ilk kez "Manik-Depresif Hastalık" terimi kullanıldığında, bir yüzyıl bitip diğeri başladı ama ayırıcı tanı tartışmaları yine de sona ermedi. Bunun da nedeni şiddetli mani tablolarını kesitsel olarak şizofreniden ayırmanın bazen gerçekten olanaksız olmasıdır. Burada, kesitsel ve uzunlamasına izleme ile tanı koymanın önemi belirgin olarak ortaya çıkmaktadır; yine de bazen, uzunlamasına izlemeyle bile kesin tanı konulması çok güç olabilmektedir. Bu gibi durumlarda sıklıkla başvuru yöntem, "atipik" ya da "başka türlü adlandırılmayan psikoz" şeklinde geçici bir tanı konulmasıdır. Eğer bu tercih edilmiyorsa, Amerika Birleşik Devletleri'ndeki gibi, bu iki antiteden maninin seçilmesi ve ikiüçlü bozukluk tanısı konulması da dünyada yaygın görülen bir uygulamadır. Tabii, bu tarz bir uygulamada şizofreni tanısı nedeniyle damgalanmanın önemli bir payı olduğu da muhakkaktır. Peki, o halde nedir bu iki hastalık antitesini bu kadar ayıramaz hale getiren özellik? Tabii ki "Psikoz" kavramı! Günlük pratiğimizde belki de, en çok karşılaştığımız soruların başında "maninin bir psikoz olup olmadığı" gelmektedir. Maninin gerçekten bir psikoz olup olmadığı sorunun ise iki yanıtı olmalıdır. Bunlardan birincisi "dar anlamda, maninin zaman zaman psikoz olduğu" yanıtıdır. Yani, mani yalnızca hastalığın şiddetli olduğu ve "psikotik özellik" gösterdiği zaman psikozdur. Burada psikozu, kişinin gerçeği değerlendirme yetisinin bozulması, düşünce bozukluğu göstermesi ve varsanı ya da sanrılarının olması olarak aldığımızda "dar" bir tanım yapmış oluyoruz. Oysa böyle dar bir tanım içinde bazen şizofreninin de psikotik olmadığı dönemler bulunabilir. İkincisi ise "maninin geniş anlamda her zaman psikoz olduğu" yanıtıdır. "Geniş" dediğimiz tanımda, hastalığın süregen ve yozlaştırıcı seyirini, hastalığın herkes için selim seyirli olmamasını esas alırsak, bu hastalığın görece daha iyi seyirli birçok rahatsızlığa nazaran şizofreniye daha yakın olması nedeniyle psikotik hastalıklar grubunda bulunması gerektiği kanısına varabiliriz. Bu tartışma yeni görüş ve açılımların katılmasıyla elbette daha da uzayabilir. O halde, bu noktada soru, maninin ya da ikiüçlü bozukluğun bir psikoz olup olmadığı değil, bunun uygulamada neden önemli olduğudur. Bu sorunun yanıtının tedavi bölümünde tartışılacağını düşünerek bu noktada biraz durup, buradan bu iki hastalık tablosunun ayırıcı tanısının başka bir ekseninde tartışılacağı bir noktaya, yani her ikisinin aynı anda bulunabilme durumuna geçebiliriz.

Şizofreni maniden ayırt edilemezse tanı “Şizoaffektif Bozukluk” mu olmalıdır?

Şizoaffektif Bozukluk, hem şizofreni hem de duygudurum bozukluğu özelliklerini aynı anda taşıyan bir hastalık grubudur. Bu nedenle de, tarih boyunca, şizofreninin veya duygudurum bozukluğunun bir türü olabileceği, her ikisinin aynı anda bulunduğu, ya da bunlardan bağımsız bir üçüncü tür olduğu iddia edilmiştir. Psikiyatri tarihinde bu bozukluktan çeşitli başlıklar altında söz edilmiş olmasına karşın, ilk kez Kirby'nin (1913) ve Hoch'un (1921) şizofreni ve affektif bozukluk belirtileri olan ve erken bunama gibi yıkıma da yol açmayan bir grup hastayı tanımlamasıyla, bu bozukluğun ayrı bir klinik tablo olarak temeli atıldı. Kasanin'in (1933) akut ve sıklıkla ergenlik döneminde başlayan, tipik şizofreni belirtileri ve tipik mani ve/veya tipik depresyon belirtilerinin bir arada görüldüğü, daha iyi hastalık öncesi işlevsellik düzeyinin bulunduğu hastalık tablosunu tanımlamasıyla da, Şizoaffektif Bozukluk terimi ilk kez kullanılmış oldu. Yine de, bu hastalığın 1970'lere kadar şizofreninin bir türü olduğu düşünülürdü, çünkü Jaspers'in klasik hiyerarşi kuralına göre tipik şizofrenik belirtilerin görülmesi şizofreni tanısı için yeterliydi ve manik ya da depresif belirtilerin bulunması ikinci derecede önem taşıyordu. Bu tarz bir bakış açısı yalnızca Jaspers'a ait değildir elbette. Örneğin Bleuler de, “hastada şizofreni belirtileri varsa, o hasta şizofrenidir” diyerek, duygudurum ile ilgili belirtilerin varlığının şizofreni tanısını ortadan kaldıramayacağını savunmuştur. Daha sonra özellikle hastalığın uzunlamasına seyri ile ilgili çalışmalarda, bir evreden diğerine klinik tablonun önemli ölçüde değiştiği, duygudurum bozukluklarından önemli farklılıklarının bulunduğu, hastalığın tam anlamıyla şizoaffektif, affektif ve şizofrenik olabildiği; iki uçluluğun sık, seyrinin daha iyi olduğu ve lityumdan yararlandığı görülünce duygudurum bozuklukları kapsamında ele alınmıştır (Angst ve ark. 1980, Maj 1985, Marneros ve ark. 1986,1988). Tüm bu tartışmaların literatüre ve günlük pratiğe en önemli katkısı da, DSM-III-R'de Duygudurum Bozuklukları tanı kategorisine, “duygu durumuna uygun olmayan psikotik özellik” belirleyicisinin eklenmesi oldu. Böylece, şizoaffektif bozukluk tanısının sınırları daha da daraltılmış ve her iki büyük hastalık grubundan da ayrılmış oldu.

Psikotik depresyon, DSM-IV'de Majör Depresif Bozukluk tanısının kesitsel gidiş tanımlayıcıları arasında şiddetlilik göstergesi olan psikotik özelliklerin varlığı ile tanımlanır. Araştırma tanı kriterlerine göre (RDC) (Spitzer ve ark. 1978) şizofreni birincil sıra ve Schneiderien belirtiler gibi belirli bazı psikotik belirti tipleri ile seyreden depresyonu olan hastalar şizoaffektif bozukluk olarak sınıflandırılırken, bu belirtilerin görülmediği depresyon psikotik majör depresyon olarak sınıflandırılmıştır. Psikotik özellikli depresyonla ilgili makaleler incelendiğinde, iki farklı varsayımın öne sürüldüğü dikkat çeker. İlk varsayım, psikotik depresyon dönemlerinin, majör depresyonun düşük benlik değeri, ciddi işlevsellik kaybı, psikomotor retardasyon ve yüksek ölçek puanlarıyla karakterize şiddetli bir formu olduğu görüşüdür. Bu

varsayımı destekleyen çalışmacılar, psikotik ve psikotik olmayan depresyon arasında klinik ve demografik özellikler bakımından anlamlı farklılıklar bulmamışlardır (Kocsis ve ark. 1986, Lykouras ve ark. 1986). Diğer bir varsayım, psikotik ve psikotik olmayan depresyonun farklı antiteler olduğunu öne sürmektedir (Coryell ve ark. 1986). Psikotik depresyonun önemli özellikleri, daha şiddetli olması, hastalık dönemlerinin daha uzun sürmesi, daha fazla işlevsellik kaybı oluşturması ve daha düşük plasebo yanıtı olasılığıdır (Coryell 1998). Psikotik depresyon ile iki uçlu spektrum arasındaki ilişki de tartışılmaktadır. Psikotik depresyonu olan ge hastaların iki uçlu bozukluk gelişimi için daha fazla risk altında olduğu iddia edilmiş, bu hastaların akrabalarında da yüksek iki uçlu bozukluk oranları gösterilmiştir (Weissman 1984,1988). Yine psikotik depresyon alt tipinde daha fazla ailesel ykllk olduğu varsayımı ortaya atılmıştır (Coryell ve ark. 1985). Bu bulgular psikotik depresyonun iki uçlu bozukluk olarak sınıflandırılabilceği varsayımının ne sürülmesine de neden olmuştur. Psikotik depresyonda duygudurumla uyumlu ve uyumsuz psikotik özelliklerin ayrı bir heterojenite kaynağı olduğu ileri sürülmektedir. Fakat duygudurumla uyumsuz psikotik belirtilerle seyreden depresyonun klinik seyir ve genetik özelliklerinin araştırıldığı çalışmaların sonucunda, duygudurumla uyumlu ve uyumsuz alt tipler arasında önemli sayılabilecek farklılıkların saptanmadığı bildirilmiştir. Bunu doğrular nitelikteki başka bir çalışmada (Burch-Anton 1994), duygudurumla uyumlu ve uyumsuz psikotik özellikler gösteren hastalar arasında anlamlı farklılıklar bulunmamış; duygudurumla uyumsuz olanların %50'sinin en az bir duygudurumla uyumlu belirti, duygudurumla uyumluların %71'inin en az bir duygudurumla uyumsuz belirti, %25 hastanın da her iki tip belirtiyi gösterdiği görülmüştür. Bu sonuç böyle bir alt tiplendirme için yeterli kanıt olmadığını göstermekte psikotik depresyonun psikotik belirtilerin varlığına karşın bir duygudurum tablosu olduğunun unutulmaması gerektiğini vurgulamaktadır.

şizoaffektif Bozukluk tanısı, geçirdiği tüm değişikliklere karşın fenomenolojik olarak şizofreniden çok duygudurum bozukluklarına yakındır ve bu hastalarda seyir ve sonlanım şizofreniden daha iyi, duygudurum bozukluğundan ise daha kötüdür (Grossman ve ark, 1991; Taylor 1992). şizoaffektif bozukluğun "ne olduğu" tartışılırken çeşitli varsayımlar ortaya atılmış: 1) bir şizofreni türevi olduğu, 2) bir affektif bozukluk türevi olduğu, 3) her ikisinden farklı üçüncü bir psikotik bozukluk olduğu, 4) bu üç olasılığı da içine alan daha heterojen bir bozukluk olduğu, 5) "gerçek" bir duygudurum bozukluğu ve "gerçek" şizofreninin tesadüfen aynı hastada eşzamanlı var olmasının sonucu olarak ortaya çıktığı ileri sürülmüştür. Bu son olasılık, iki bozukluğun bir arada görülme sıklığının şizoaffektif bozukluğun görülme sıklığından daha düşük olması nedeniyle kabul görmemiştir ve bu çok ender rastlanan durum DSM-IV'de Başka Türlü Adlandırılmayan İki Uçlu Bozukluk başlığı altında ayrıca yer almıştır. "Tam" bir duygudurum bozukluğu ve "tam" bir şizofreninin, rastlantı olmaksızın aynı olguda ortaya çıkması, yani, bu iki hastalık tablosunun

ortaya çıkmasından sorumlu biyolojik ve/veya psikolojik nedenleri eş zamanlı tetikleyen etiyolojik bir nedenin var olma olasılığı hala sürmektedir. Ayrıca diğer dört hipotezin hiçbirinin de uzunlamasına, kesitsel ya da aile çalışmaları ile net bir şekilde doğruluğu kanıtlanamamıştır.

Şizoaffektif Bozukluk DSM sisteminde, aralıksız süregiden bir hastalık dönemi sırasında kimi zaman, şizofreni tanı ölçütünü karşılayan belirtilerle eşzamanlı bir majör depresif, manik ya da karışık atağın bulunmasıyla tanımlanır. Hastalığın aynı döneminde, belirgin duygudurum belirtilerinin olmadığı en az iki hafta boyunca sanrı ya da varsanılar bulunmalıdır. Tıpkı duygudurum bozukluklarında olduğu gibi ikiüçlü ve depresif tiplerden söz edilebilir. Ayırıcı tanıda ilk önce dışlanan şizofreni ve duygudurum bozuklukları dışında onların ayırıcı tanısında yer alan durumların hepsi gözden geçirilmelidir. Şizoaffektif bozukluk tanı ölçütleri DSM-III'ten DSM-III-R'ye ve DSM-IV'e önemli ölçüde değişikliğe uğramıştır. DSM-IV'e göre Şizoaffektif bozukluğun temel özelliği şizofreni A ölçütlerini karşılayan belirtilerle birlikte, majör depresif, manik ya da karma atakların bir arada görüldüğü, kesintisiz bir hastalık dönemi olmasıdır. Aynı hastalık döneminde belirgin duygudurum belirtilerinin olmadığı en az iki haftalık bir sürede varsanı ve sanrılarının bulunması gerekmektedir. Son olarak da duygudurum ile ilgili belirtiler hastalığın toplam süresinin önemli bir kısmında yer almalıdır. Şizoaffektif Bozukluk ölçütlerini karşılamak için temel özellikler kesintisiz tek bir hastalık döneminde ortaya çıkmalıdır. Manik ya da karma dönem görüldüğüne mutlaka iki uçlu tip olarak adlandırılır; ayrıca majör depresyon dönemleri de görülebilir. Sadece majör depresif dönemler görülüyorsa depresif tip tanısı konur. Majör depresif dönem en az 2 hafta ve manik ya da karma dönem ise en az 1 hafta sürmelidir. Ayrıca şizofreni A ölçütlerini karşılamak için en az 1 aylık bir süre gerektiği için şizoaffektif dönem de en az 1 ay olmalıdır. Kalıcı depresif duygudurum, Şizoaffektif Bozukluk-Depresif tip tanısı koymak için gereklidir. İşlevsellikte azalma, sosyal ilişkilerde sınırlılık, kendine bakımda azalma, intihar riskinin artması diğer eşlik eden özellikler olabilir. Tortu ve negatif belirtiler şizofreniden daha az şiddetli ve daha az kronik olabilir. Sonuç olarak da, tedavinin psikotik dönem içinde, kesitsel anlamda şizofreni tedavisine, uzunlamasına değerlendirmede de duygudurum bozuklukları tedavisine benzer olduğu ve koruyucu tedaviden yarar görebileceği söylenebilir (Möller, 1990). Araştırma tanı ölçütlerine (RDC) göre tanı konulan olgularla yapılan izleme çalışmalarında, uzunlamasına seyrin önemli olduğu, kesitsel değerlendirme ölçütleri ve RDC kullanılarak "Şizoaffektif Bozukluk - bir arada görülen şekil" tanısı konulan olguların geriye dönük araştırılması ve uzun süreli ileriye dönük izlemleri sırasında klinik seyrin aynı gitmediği saptanmıştır. Tek tip (yaşam boyu yalnızca şizoaffektif dönemler) veya çeşitli (şizoaffektif, manik ya da depresif dönemler) ya da iki veya tek uçlu dönemler gözlenebilmektedir (Arkonaç, 1987). Ayrıntılı bilgiler olmamasına ve farklı sınıflama sistemleri ile çalışmalar yapılmış olmasına karşın şizofreniden daha seyrek

görüldüğü, yaşam boyu yaygınlığın %0.5-0.8 arasında olduğu söylenmektedir. Maj ve ark. (1991) şizodepresif hastaların ailelerinde şizofrenik hasta ailelerine benzer oranda şizofreni bulunduğunu ve bunun majör depresyondan anlamlı ölçüde daha fazla olduğunu bildirmişlerdir. Tsuang ise (1991) iki uçlu şizoaffektif olguların ailelerinde, duygudurum bozukluğu olan olguların ailelerine benzer oranda psikotik olmayan tek uçlu depresyon saptamıştır. Veriler, şizoaffektif bozukluk-iki uçlu tipin seyrinin iki uçlu bozukluk seyrine, şizoaffektif bozukluk-depresif tipin ise şizofreni seyrine benzediğini ortaya koymaktadır (Tsuang, 1991; Grossman ve ark 1991). Duygudurumla uyumsuz psikotik belirtilerin ve Schneider'in birinci sıra belirtilerinin varlığının seyri etkilediği ise gösterilememiştir. (Grossman ve ark 1991; Tsuang-Coryell, 1993). Sonuç olarak, duygudurum bozukluklarının diğer psikotik bozukluklardan ayırıcı tanısı uzunlamasına izlemede sorun oluşturmazken, başlangıç dönemlerinde ve kesitsel değerlendirmelerde deneyimli klinisyenler için bile zorlayıcı olabilir (Akiskal ve ark 2000). Kısacası, şizoaffektif bozukluk tanısı karmaşık durumlarda bazen hayat kurtarıcı olurken, kimi zaman da bir tür atipik psikoz + atipik duygudurum bozukluğu = şizoaffektif bozukluk şeklinde formüle edilebilecek bir tür çöp sepeti tanı kategorisi özelliği taşımaktadır. Tabii ki ayırıcı tanının kolay olacağını kimse iddia edemez. Örneğin, şizofreni hastalarında gözlenen negatif bulguların şizoaffektif hastalardan daha fazla, ikiuçlu hastaların taşkınlık ve çökkünlük durumlarının da şizoaffektif hastalardakinden çok daha ağır olduğundan söz etmiştik. Bu durumda, bu tabloya şizofreniden hafif, ikiuçlu bozukluktan daha ağır bir hastalık deyip geçmek çok kolay yapılabilir. Oysa tablonun iki hastalıktan oluştuğunu görmek, bize tedavi aşamasında bazı kolaylıklar da sağlayabilir. Nitekim bunlardan birini "asıl hastalık" olarak kabul edip, diğerini ilkinin tedavisiyle gerileyebilecek, görece ikincil önemde, bir hastalık olarak görmek belki bizi, bu çok kendine özgü ve karmaşık olan hasalığa çöp sepeti tanı muamelesi yapmaktan da alıkoyacaktır.

Hastalığın nasıl başladığını bilmek ayırıcı tanıyı her zaman kolaylaştırır mı?

Şizofreni hastalarının çocukluk ve ergenlik dönemindeki sosyal ve akademik uyumlarının daha zayıf olduğu pek çok çalışmada gösterilmiştir. Öte yandan şizofreni hastaları kadar olmamakla birlikte iki uçlu bozukluğu olan hastaların da sağlıklı bireylere kıyasla daha zayıf uyum gösterdikleri görülmektedir. Sonuçta, psikoz riski ile hastalık öncesi kötüleşme arasında lineer bir ilişki vardır ve üstelik bu lineer ilişkinin hastalık öncesi uyum ile düşük doğum ağırlığı arasında da olduğu gözlenmektedir. Araştırmalar şizofreni hastalarının 1/3 ünün belirgin davranış anomalileri sergilediğini göstermektedir (Cannon ve ark, 1997). İki uçlu bozukluğu öngördürebilecek çocukluk depresyonları 1) daha erken başlangıçlıdır 2) cinsiyet oranı eşittir 3) irritabilite, labil duygudurum ve karma dönemlerin işareti olabilecek patlayıcı öfke hali bulunur 4) madde kullanımı eşlik eder 5) antidepresanlara yanıt yetersizdir ya da kısa hipomanik kaymalar görülür 6) yüksek yineleme oranı vardır 7) aile yükünlüğü bulunur 8) sıklıkla

duygudurum dengesizliği ile üst üste biner. Distimik, siklotimik ve hipertimik mizaç daha çok ikuçluluk ile birliktelik gösterirken, inhibe, anksiyeteli-fobik tipler ikuçlu olmayan bir seyir izlerler. Kapadokyalı Aretaeus maninin puberte döneminde kızıl safranın yer değişikliğine bağlı olarak ortaya çıktığını, sarhoşluğa yol açtığını, sıcak iklimlerde daha çok bahar aylarında tazelediğini ve kabarmış duygularla, yani yüksek duygu dışavurumu ile seyrettiğini söylemiştir. Çok daha sonraları Campbell (1953) genç manik-depresif hastaların yanlışıklıkla nörolojik bir hastalık sanıldığını, bazen de nörotik ya da şizofrenik tanısı aldığını söylemiştir. Şizofreniform özellikler ergenlik manilerinde daha çok görüldüğü halde, erişkin başlangıçlılara göre asıl farklılık nitelikten çok bu belirtilerin niceliğidir. Klinik tablonun atipikliğine ve yanlışıklıkla şizofreni, davranım bozukluğu ya da ADHD tanısı almalarına karşın, takip çalışmaları bu hastaların iki uçlu bozukluk tanı ve seyrini doğrulamıştır. Ergenlik sonrasına kıyasla, puberte öncesi mani lityuma daha iyi yanıt verir (Akıskal, 1995). Erişkinlerde şizofreni dışında pek görülmeyen belirtiler, çocuklarda diğer psikiyatrik tablolarla, hatta normal durumla karışabilmektedir. ABD'de Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsünün (NIMH) yürüttüğü bir çalışmada, çalışma merkezine şizofreni öntanısıyla yönlendirilen 1300 olgudan yalnızca 64'üne şizofreni tanısı konulmuştur (Calderoni ve ark. 2001). Çocuk hastalarda da tıpkı yetişkinlerde olduğu gibi psikotik belirtilerin eşlik ettiği duygudurum bozuklukları, ayırıcı tanıda şizofreni ile en çok karışan tabloyu oluşturur. Genel olarak, duygudurum bozukluklarında sanrılar, varsanılara oranla daha seyrek görülmekte, premorbid işlevselliğin düşük olması, psikotik belirtilerin uzun sürmesi, gidişin kötü olması ve ailede şizofreni öyküsünün varlığı ise şizofreni lehine kanıt oluşturmaktadır. Fakat çocukluk dönemine ilişkin en büyük zorluklar, otizm, dezintegratif bozukluk veya Rett sendromu gibi yaygın gelişimsel bozuklukların ayırımıdır. Yine, şizoid, şizotipal bozukluklar ve Asperger'deki bazı belirtiler, şizofreni belirtilerini hatırlatırsa da, bu hastalıklardaki işlevselliğin daha iyi, gidişin de daha istikrarlı olduğu bildirilmiştir (Bemporad 1997). Belki de en çok dikkate alınması gereken farklılık seyirle ilgilidir ve erken başlayan diğer psikotik bozukluklara göre şizofreninin prognozunu daha olumsuz olmasıdır (McClellan ve ark 1999). Erken ve hızlı başlangıç hem affektif özellik taşıyan psikotik tabloların hem de şizofreninin ortak özelliğidir; yalnızca, artık tedavisiz psikotik dönem (TPD) olarak da adlandırılan, akut psikotik belirtilerle tedavi başlangıcı arasındaki süre, şizofrenide daha uzundur ve yaklaşık bir yıl sürer. Kuşkusuz, yıkıcı ve saldırgan olmak gibi bazı duygudurum bozukluğu özelliklerinin bunda rolü olsa gerektir. Şizofreni kadınlarda erkeklere kıyasla daha erken başlamaktadır. Tersine, psikotik özellikli depresyonun da erkeklerde daha erken görüldüğü bilinmektedir. Şizofreniye özgü kabul edilse de, uzamış prodrom, hem psikotik özellikli depresyon hem de ikuçlu bozuklukta görülebilen bir özelliktir (Beiser ve ark 1993).

Mani ve psikotik depresyonun dışlanması yeterli midir?

Şizofreni dışındaki psikoz kavramı elbette, duygudurum ile ilgili tablolarla sınırlı kalmaz. Şizofreninin zaman zaman psikotik olmayabileceği durumlardan yukarıda söz etmiştik. Tabii, bunun tam zıddı, yani, şizofreni tablosu söz konusu olmadığı halde psikoz belirtilerinin bulunabildiği bazı başka durumlar da söz konusudur. Aslında, şizofreni tanı ölçütlerini karşılamayan ama psikotik belirtilerin bulunduğu tablolara tarih boyunca "Diğer Psikozlar" denilmiş ve bunlar da kendi içlerinde, affektif özellikleri olanlar, aralıklarla tekrarlayanlar veya sanrılarla seyredenler şeklinde alt gruplara ayrılmışlardır. Farklı sınıflandırma sistemleri bu hastalıkları farklı biçimlerde adlandırmıştır. Yukarıdan aşağıya (hiyerarşik) değerlendirmenin geçerli olduğu kategorik bakış açısı, herhangi bir madde kullanımına ya da bir bedensel hastalığa bağlı psikotik bozuklukları daha önce dışladığı için, bu tablolar diğer psikozlar grubu içinde yer almazlar. Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) Uluslararası Hastalıklar Sınıflandırmasının (ICD) 10. sürümünde şizofreni ve onunla ilişkili hastalıklar "Şizofreni, Şizotipal ve Sanrılı Bozukluklar" başlığı altında toplanmıştır. Şizofreni'yi dışarıda bırakırsak, bu grup içinde yer alan belli başlı tanı grupları ve bunların DSM sistemindeki karşılıkları aşağıdaki gibi tanımlanabilir:

a) *Şizotipal bozukluk*: Bu grup, Amerikan Psikiyatri Birliği sınıflandırma sistemi olan DSM'de bir "Kişilik Bozukluğu" türü olarak yer almaktadır. WHO sınıflandırması şizotipal bozukluk kapsamı içine, eski tanımıyla "Borderline Şizofreni"yi, "Psödonevrotik ya da Psödopsikopatik Şizofreni"yi yerleştirmektedir.

b) *İnatçı sanrılı bozukluklar*: Bu başlık altında daha önceleri sık kullanılan adıyla "Paranoya", "Paranoid psikozlar", "Parafreni" yer alır. Paranoid Şizofreni ve kişilik bozukluğu düzeyindeki paranoid özellikler bu kapsamın dışındadırlar. Duygudurum bozuklukları dışında belki şizofreni tablosuyla en çok karıştırılabilecek hastalık tablosu "Hezeyanlı (Sanrılı) Bozukluk"tur. Daha önceleri, paranoya ya da paranoid olarak da adlandırılan bu hastalıkta paranoya teriminden, hezeyanların yalnızca kötülük görme içerikli olmaması ve paranoya teriminin kıskançlık, erotomani gibi sanrılarını kapsamadığının düşünülmesi ile uzaklaşmıştır. Sanrılı bozukluktaki hezeyanlar birincil olarak, grandioz, erotik, kıskançlık, somatik ve karışık içerikli olabilir. Sanrılı bozukluk, hem duygudurum bozukluğundan hem de şizofreniden ayırt edilmelidir. Bu hastalarda sanrılarının içeriğiyle uyumlu duygudurum tabloları olabilirse de, duygudurum bozukluklarında görülen tarzda yaygın duygudurum belirtileri bulunmamaktadır. Şizofreniden ayrımı ise, kural olmamakla birlikte bu hastaların hezeyanlarının bizar nitelikli olmamasıdır. Örneğin hezeyanlı bozuklukta, "bir grup insan tarafından izleniyor olmak" gibi olması mümkün, fakat gerçek olmayan sanrılar bulunurken, "düşüncelerinin zihninden çalınması" gibi ne mümkün ne de gerçek olmayan sanrılar olmaması şizofreni için en belirgin ayırt edici özelliktir. Ayrıca bu

hastalarda, şizofrenide görülen işitsel ve görsel varsanılar, affektif küntleşme ve çağrışım bozukluğu belirtileri görülmez.

c) *Akut ve geçici psikotik bozukluklar*: Belli aralıklarla tekrarlayan ve alevlenmeleri sırasında kimi zaman şizofreni benzeri belirtiler de gösterebilen diğer tip psikotik bozukluklar bu grupta yer alırlar. Örneğin şizofreninin özel bir şekli Gressing tarafından tanımlanmış ve periyodik katatoni olarak adlandırılmıştır. Bozukluktan etkilenen hastalarda, o zaman, Gressing'in nitrojen dengesindeki metabolik kaymalarla ilişkili olduğuna inandığı periyodik uyuşukluk ve eksite katatoni nöbetleri görülür. Daha eski ve Avrupa sınıflandırma sistemlerinde yer alan "Sikloid Psikozlar" da periyodik bir özellik taşır. Amerikan Psikiyatri Birliği sınıflandırma sistemine göre kısa psikotik bozukluklar içinde yer alan şizofreniform bozukluk şizofreni belirtileri taşımasına karşın, 1 ila 6 ay sürerken, kısa psikotik bozukluk bu belirtilerin 1 gün ila 1 ay arasında sürmesiyle belirlidir. Şizofreniform bozukluk, bulgularının en az bir ay, en fazla altı ay sürmesi dışında bütün yönleriyle şizofreniye benzemektedir. Şizofreniform bozukluğu olan hastalar bozukluk düzeldikten sonra hastalık öncesi işlevsellik düzeylerine geri dönerler. Bunun aksine şizofreni için tanı ölçütlerini karşılayan bir hastada semptomlar en az altı ay sürmelidir. Birçok çalışmada şizofreniform bozukluğu olan hastaların akrabalarında psikiyatrik bozukluğa sahip olma riskinin yüksek olduğu gösterilmiştir. Şizofreniform bozukluğu olan hastaların akrabalarında, şizofreni hastalarının akrabalarından daha çok duygudurum bozukluğu görülmektedir. Buna ek olarak, şizofreniform bozukluğu olan hastaların akrabalarında, bipolar bozukluğu olan hastaların akrabalarına göre psikotik özellikli duygudurum bozukluğu olma olasılığı daha fazladır. Bütün klasik psikotik bozukluklarda olduğu gibi şizofreniform bozukluğun nedeni de bilinmemektedir. Langfeldt'in (1939) belirttiği gibi, tanı konulan hastalar heterojen özellikler gösterme eğilimindedir. Genel olarak bazı hastalarda şizofreniye benzer bir bozukluk varken diğerlerinde duygudurum bozukluğuna benzer bir tablo olabilir. DSM tanımına göre, şizofreniform bozukluk altı ay içinde temel zihinsel işlevselliğe dönerek düzelir.

d) *Etkilenme ile oluşan sanrılı bozukluk*: Paylaşılmış psikotik bozukluk ender görülen bir hastalıktır ve belkide *folie a'deux* olarak daha iyi bilinir. Paylaşılmış psikotik bozukluğu olan hastada, semptomlar başlamadan önce benzer bir psikotik sendromu olan başka bir kişi ile uzun süreli bir ilişki sırasında semptomlar gelişmişse, hasta paylaşılmış psikotik bozukluğa sahip olarak sınıflandırılır. Bu bozukluk büyük bir çoğunlukla iki kişiyi kapsar- baskın olan kişi (etkileyen, asıl yada birincil hasta) ve paylaşılmış psikotik bozukluğu olan "etkide kalan (itaatkar)" kişi. Daha seyrek olarak iki kişiden daha fazlasını kapsayan olgular vardır ve *folie'a trois*, *folie'a quatre*, *folie'a cinq* ve benzeri adlar verilir. Sendromu ilk olarak Baillarger (1860) tanımlamış ve *folie'a communiquee* adını vermiştir ancak ilk tanımlama *folie'a deux* ismini de veren Lasegue ve Falret'ye (1877) atfedilmektedir. Sendrom aynı zamanda bulaştırılan

delilik, bulaşıcı delilik, enfeksiyöz delilik, birliktelik psikoza ve çifte delilik olarak da adlandırılmıştır. Günümüzde Anglosakson literatüründe hiç karşılaşılmayan fakat ruh sağlığı hastaneleri gibi çok sayıda psikoza tablosunun gözlemlendiği büyük merkezler için önemli olduğunu düşündüğümüz bazı ayrıntılara Fransız literatüründe rastlanmaktadır. Örneğin, *Folie imposee* bozukluğun en sık gözlenen klasik formunu anlatır: baskın olan bir sanrı geliştirir ve genellikle daha genç ve daha pasif olan kişiye bu sistemi ilerleyici biçimde empoze eder. *Folie simultanee* de birbiriyle yakından ilişkili iki kişide benzer hezeyan sistemleri birbirinden bağımsız olarak gelişir ve kişileri birbirinden ayırmanın etkide kalan kişide sıklıkla semptomlarda düzelmeye yolaçtığı ilk formun tersine *folie simultanee* de iki kişinin ayrılması her iki kişide de iyileşmeye sebep olmaz. Bakırköy hastanesine zaman zaman birlikte başvuran bu tip olgularda farklı servislerde yatırılarak tedavi altına alınan çiftlerden birinin aniden düzelmeye gösterdiği gözlenmektedir. Bir istatistiksel değerlendirme yapmak mümkün olmasa da *folie simultanee* denilen forma da sıklıkla rastlanmaktadır. *Folie comminquee* de baskın kişi etkilediği kişide sanrıları indükler ama etkilenen kişi, ayrılırsa da kendi sanrılarını azaltmadan geliştirmeyi sürdürür. Son olarak, *Folie induite* de ise sanrıları olan kişi ikinci kişinin sanrılarını da katarak kendi sistemini zenginleştirmiştir. Herşeye rağmen pratikte ayırılabilmesi zor olan bu tablolar belki yalnızca klinik ilgi ve daha çok da tarihsel önem taşır. Burada, bu tablonun şizofreni ile farkına baktığımızda anahtar belirtinin diğer kişinin sanrılarının sorgulanmadan kabul edilmesi olduğunu, genellikle olabilirlik sınırları içinde olup şizofrenide görülenler gibi tuhaf olmadığını görürüz. Kötülük görme ve hipokondriak içerikli sanrılar olsa da şizofreni, duygudurum bozukluğu ve paranoid bozukluk tanı ölçütlerini karşılayacak belirtiler yoktur.

e) *Organik olmayan başka psikotik bozukluklar*. Buraya, "postpartum psikoza" ve "amok" ya da "koro" gibi kültüre özgü psikotik tabloları yerleştirebiliriz. Bu kategori, DSM tanı sisteminde önceleri "atipik" daha sonra "başka türlü adlandırılmayan" psikoza olarak tanımlanan kategoriye en çok uyan gruptur. Atipik Psikoza adıyla tanınan "geçici" DSM kategorisi psikotik semptomları olan, fakat herhangi bir özgül psikotik bozukluğun tanı ölçütlerini karşılamayan hastalar için kullanılmaktadır. Bazı olgularda, başka türlü adlandırılmayan psikotik bozukluk tanısı özgül bir tanı koymak için bilginin yetersiz olduğu zamanlarda kullanılır. Oldukça heterojen bir grubu oluşturan bu hastalıkların ortak özellikleri etyoloji, seyir ve sonlanım açısından şizofreniye benzememeleri ama çeşitli dönemlerde psikotik belirtileri sergilemeleridir. Başka türlü adlandırılmayan psikotik bozukluğun bir örneği olan postpartum psikoza sıklıkla depresyon, hezeyanlar ve annede kendisine ya da bebeğine zarar verme düşünceleri ile belirli bir sendromdur. Bazı anneler bu düşüncelerini eyleme dönüştürdüklerinden intihar ya da bebeği öldürme fikirleri dikkatlice kontrol edilmelidir. Eldeki verilerin büyük çoğunluğu postpartum psikoza ile özellikle bipolar bozukluklar ve majör depresif bozukluk gibi duygudurum bozukluklarının yakın ilişki

halinde olduğunu düşündürmektedir. Postpartum psikoza olan hastaların akrabalarında duygudurum bozukluğu sıklığı, duygudurum bozukluğu olan hastaların akrabalarındaki sıklığa benzerdir. Bu tanıların geçerliliği doğumdan sonraki yıl içinde değerlendirilir. Psikotik içerik annelik ve gebelik etrafında dönmektedir. DSM' de aynı zamanda postpartum başlangıçlı kısa psikotik bozukluk tanısı da yer alır. Postpartum psikoz belirtileri sıklıkla doğumdan sonra 2–3, en geç 8. hafta içinde çıkar. Yorgunluk, uykusuzluk ve dinlenememe yakınmaları, ağlama ve duygusal değişkenlik dönemleri olabilir. Daha sonra, şüphecilik, konfüzyon, dağınıklık, mantıksız ifadeler ve bebeğin sağlığı ve iyiliği hakkında obsesif düşünceler ortaya çıkabilir. Sanrılar tüm hastaların yaklaşık yüzde 50'sinde, varsanılar ise yüzde 25 inde ortaya çıkar. Hastanın bebeğe bakmayı istememe, bebeği sevmeme ve bazı olgularda bebeğe, kendisine ya da her ikisine zarar vermeyi isteme duyguları olabilir. Doğumu inkâr edebilir ve evlenmemiş olma, bakire olma, kötülük görme, etkilenme gibi düşüncelerini açığa vurabilir.

Son yıllarda yeniden tanımlanan iki yeni psikotik bozukluk da şizofreninin tortu döneminde depresif bozukluğun tüm belirtileriyle görüldüğü "şizofreninin postpsikotik depresif bozukluğu" ile, sosyal geri çekilme semptomlarının ilerleyici gelişimi ve şizofreninin eksiklik belirtileri olarak tanımlanan belirtilere benzer belirtiler taşıyan ama şizofreni tanı ölçütlerini karşılamayan, basit şizofreni adıyla da bilinen "basit deterioratif bozukluktur". Basit deterioratif bozukluk, basit şizofreni adıyla önceleri var olan ama günümüzde hayli tartışmalı bir tanı kategorisidir. Eksiklik belirtilerinin varlığı, bilişsel bozulmayı andıran belirtiler, tedrici ve ilerleyici başlangıç yanında belirgin sanrı ve varsanıların olmaması ile aslında çok da özgül bir klinik tabloya işaret edilememektedir. Bu durumda, bazı klinisyenler basit şizofreni ölçütlerini karşılayan hastalar görmediklerini söyleyeceklerdir. Öte yandan, hastalık tablosu kolayca majör depresif bozukluk, distimi, madde kötüye kullanımı veya bazı kişilik bozuklukları ile de karışabilir.

Tüm bu psikotik bozuklukların ayırıcı tanısında zamanlama ve belirti dağılımı önemli bir rol oynar. Genel olarak uzunlamasına değerlendirmede pozitif ya da negatif belirtilerin sürekli varlığı, şizofreni tanısını kesinleştirmekte yardımcı olur. Bazen de tanıyı kesinleştirebilmek için bu uzunlamasına gözlemi yıllarca sürdürmek gerekir. Sonuçta, psikotik bozuklukların tümünü "antipsikotikle düzelen tablolar" olarak görmemek ve mümkünse tüm belirtileri ayrıntılarıyla, özenerek, tek tek kaydetmek önemlidir. Önümüzdeki yıllar, genetik araştırmaların yıllarıdır ve bugün hastalık tanıları olarak andığımız tabloların önemli bir kısmı, gelecekte isimlerini yitirecek, "şizofreni" gibi heterojen hastalık tabloları yerlerini, belirtiye dayalı, genetik loküsü belirlenmiş (belki de) numaralarla anılan tablolara bırakacaklardır. Muhtemelen o günlerde her bir hastalık tablosunun ya da belirtinin tedavisi de ayrı ayrı tanımlanmış olacak ve "ateşli her hastalığa önce kinin sonra penisilin verilmesi" anolojisi gibi her psikotik tabloya haloperidol verilmesi dönemi de tarihe karışacaktır.

Kaynaklar:

- Amerikan Psikiyatri Birliği: Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması Elkitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM-IV-TR), Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 2000'den çeviren Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2001.
- Angst J, Felder W, Lohmeyer B: Course of schizo-affective psychosis: results of a follow-up study. *Schizophr Bull*, 1980, 6: 579-585
- Angst J, Sellaro R. Historical Perspectives and Natural History of Bipolar Disorder. *Biol Psychiatry*; 48:445– 457. 2000
- Anton RF Jr, Burch EA Jr. Response of psychotic depression subtypes to pharmacotherapy. *J.Affect Disorder* 28:125-31, 1993
- Anton RF, Burch EA. Amoxapine versus amitryptiline combined with perfenazine in the treatment of psychotic depression . *Am J Psychiatry* 147:1203-8,1990.
- Arkonaç O. Psikiyatrik Semptomlar ve Sendromlar. Genişletilmiş 2. Baskı. Nobel Tıp Kitabevi, 1987 İstanbul. Sf:258
- Beiser M, Erickson D, Fleming JAE, Iacono WG. Establishing the Onset of Psychotic Illness. *Am J Psychiatry* 1993; 150:1349—1354
- Bemporad J. Schizoid spectrum disorders. *Handbook of Child and Adolescent Psychiatry Vol. 2* içinde. Noshpitz JD, editor. John Wiley&Sons, New York, 1997: 641-646.
- Burch EA Jr, Anton RF, Carson WH. Mood congruent and incongruent psychotic depressions: are they the same? *J.Affect Disorder* 31:275-80, 1994.
- Calderoni D, Wudarsky M, Bhango R, Dell ML, Nicolson R, Hamburger S et al. Differentiating childhood onset schizophrenia from psychotic mood disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; 40: 1190-1196.
- Cannon M, Jones P, Gilvarry C, Rifkin L, McKenzie K, Foerster A, Murray RM. Premorbid Social Functioning in Schizophrenia and Bipolar Disorder: Similarities and Differences. *Am J Psychiatry* 1997; 154:1544 –1550
- Coryell W, Tsuang MT, McDaniel. Major depression with mood-congruent or mood-incongruent psychotic features: outcome after 40 years. *Am J Psychiatry* 142:479– 82,1985.
- Coryell W, Winokur G, Akiskal H ve ark. Importance of psychotic features to long-term course in major depressive disorder. *Am J Psychiatry* 153:483–9,1996.
- Coryell W, Zimmerman M: The heritability of schizophrenia and schizoaffective disorder: A family study. 1988, *Arch Gen Psychiatry* 45: 323-327
- Endicott J, Andreasen N, Spitzer RL: *Family History Research Diagnostic Criteria*, 3rd ed. New York, New York State Psychiatric Institute, Biometrics Research, 1978
- Goodwin FK, Jamison KR. *Manic-Depressive Illness*. New York, Oxford University Press, 1990
- Grossman L, Harrow M, Goldberg JF, Fichtner G: Outcome of schizoaffective disorder at two long-term follow-ups: Comparisons with outcome of schizophrenia and affective disorders. 1991, *Am J Psychiatry*; 148: 1359-1365
- Johnson J, Horwath E, Weissman MM. The validity of major depression with psychotic features based on a community study. *Arch Gen Psychiatry* 48:1075– 81,1991.
- Kocsis JH, Croughan JL, Katz MM ve ark. Response to treatment with antidepressants of patients with severe or moderate nonpsychotic depression and of patients with psychotic depression. *Am J Psychiatry* 147:621–4,1990.

- Lauriello J, Erickson BR, Keith SJ. Schizoaffective disorder, schizophreniform disorder, and brief psychotic disorder; in chapter 13: Other Psychotic Disorders. In: Sadock BJ, Sadock VA (editors), Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry 7th edition, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, PA, 2000; Volume 1: 1232-1243.
- Lykouras E, Christodoulou GN, Malliaras D. Type and content of delusions in unipolar psychotic depression. *J.Affect Disorder* 9:249–52, 1985.
- Maj M, Starace F, Pirozzi R: A family study of DSM-III-R schizoaffective disorder, depressive type, compared with schizophrenia and psychotic and nonpsychotic major depression. 1991, *Am J Psychiatry* 148: 612-616
- Maj M: Clinical course and outcome schizoaffective disorders. A three- year follow-up study. *Acta Psychiatr scand.* 1985, 72: 542-550)
- Marneros A, Deister A, Rhode A, Jünemann H, Fimmers R: Long-term course of schizoaffective disorders. I. Definitions, methods, frequency of episodes and cycles. *Eur Arch Psychiatr Neurol Sci.* 1988, 237: 264-275
- Marneros A, Rhode A, Deister A, Risse A: Shizoaffective disorders: The prognostic value of the affective component in Schizoaffective psychosis (eds: Marneros A, Tsuang MT). Springer, Berlin Heidelberg. 1990, sf: 8-22
- McClellan J, McCurry C, Snell J, DuBose A. Early-onset psychotic disorders: course and outcome over a two year period. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999; 38: 1380-1388.
- Möller HJ. Antidepressants and Neuroleptics in treatment and Prophylaxis of Schizoaffective Disorders. In *Affective and Schizoaffective Disorders: Similarities and Differences.* ed 1, A Marneros, MT Tsuang editors, p 231. Springer-Verlag Berlin-Heidelberg. 1990
- Parker G, Roussos J, Mitchell P ve ark. Distinguishing psychotic depression from melancholia. *J.Affect Disorder* 46:309, 1997.
- Pini S, de Queiroz V, Dell'Osso L, Abelli M, Mastrocinque C, Saettoni M, Catena M, Cassano GB. Cross-sectional similarities and differences between schizophrenia, schizoaffective disorder and mania or mixed mania with mood-incongruent psychotic features. *Eur Psychiatry.* 2004; 19:8-14.
- Shorter E. *A History of Psychiatry: From the Era of the Asylum to the Age of Prozac.* Wiley & Sons Inc., 1997 Canada, Pp: 17, 37, 256
- Taylor MA. Are schizophrenia and affective disorder related? A selective literature review. *Am J Psychiatry* 149: 22. 1992
- Tsuang D, Coryell W: An 8 year follow-up of patients with DSM-III-R psychotic depression, schizoaffective disorder, and schizophrenia. 1993; *Am J Psychiatry* 150; 1182-1188
- Tsuang MT: Morbidity risks of schizophrenia and affective disorders among first degree relatives of patients with schizoaffective disorders. 1991, *Br J Psychiatry* 158: 165