

---

# Şizofrenide Ayırıcı Tanı

Doç. Dr. Can CİMİLLİ\*

Bir tıbbi durumun ayırıcı tanısının iyi yapılabilmesi, tanı ölçütlerinin iyi belirlenmiş olmasına bağlıdır. Oysa bu yazının konusu olan şizofreninin ne olduğuna değin tanım tartışmaları henüz bitmemiştir. Şizofreninin bir belirti kümesi mi, sendrom mu, hastalık mı, yoksa hastalıklar grubu mu olduğu halen tartışılmakta ve kavramın geçerliliği sorgulanmaktadır (Strauss 1994). Yirminci yüzyıl boyunca süren böylesi bir kavram kargaşası elbette ki ayırıcı tanı tartışmalarında da çeşitli belirsizliklere yol açmıştır. 1980'de DSM-III'ün yayınlanması ve DSM ile ICD sistemleri arasında uyum sağlamaya yönelik çalışmaların başlamasından önce şizofreni tanımı konusunda dünya psikiyatrisinde iki farklı yaklaşım vardı: Kraepelin geleneğinden gelen, şizofreniyi dar anlamıyla tanımlayan Avrupa yaklaşımı ve Bleuler geleneğinden gelen, şizofreniyi geniş anlamıyla tanımlayan Amerikan yaklaşımı (Kaplan ve Sadock 1998). Tanımlar böylesine farklı olunca epidemiyolojik çalışmaların farklı sonuçlar vermesi gibi, ayırıcı tanı tartışmalarının da birbiriyle uyumsuz olması beklenen bir sonuçtur. Bu sorun 1980'de yayınlanan DSM-III ile Amerikan psikiyatrisinin de Kraepelin yaklaşımını benimsemesi sonucunda büyük ölçüde çözüldü ve artık tüm dünya psikiyatristleri için

"Şizofreni" kavramı geçerliliği tartışılır olsa da, güvenilirliği yüksek bir kavrama dönüştü (Cancro 1985).

DSM-III ve sonrasındaki sınıflandırma sistemlerinin (DSM ve ICD'ler) el kitapları biçiminde yayınlanması ve ayrıntılı tanı-ayırıcı tanı tartışmaları içermesi diğer psikiyatrik bozukluklarda olduğu gibi şizofrenide de ayırıcı tanı sorununu büyük ölçüde çözmüştür. Artık tanı ölçütleri ayırıcı tanıyı da içermekte, bir hastaya şizofreni tanısı konulduğunda tanım gereği diğer ruhsal bozukluklar dışlanmaktadır. Tanı ölçütleri süre ölçütlerini de içerdiğinden hastalığın uzunlamasına seyri hakkında da fikir vermektedir. Oysa şizofrenide ayırıcı tanıya ilişkin önceki dönem yayınlarında tartışılan klinik tabloların şizofreni ile benzerliği yalnızca kesitseldir (Kremen ve ark. 1990). Yani hasta belirli bir anda muayene edildiğinde bu klinik tabloların şizofreni ile karışması olasıdır, ancak hasta süreç içerisinde (uzunlamasına) izlendiğinde bu klinik tabloların dışlanması kolaylıkla olanaklı olmaktadır.

Böylesi bir netlik artık şizofreni ayırıcı tanısında daha ayrıntıya girmeye olanak sağlamaktadır. Şizofreni alttıpleri (paranoid, dezorganize vb.) Tip 1 ve Tip 2 şizofreni, pozitif ve negatif şizofreni, defisiter ve defisiter olmayan şizofreni birbirinden ayrılarak her tip için farklı ayırıcı tanı tartışması yapılabilir. Doğaldır ki örneğin pozitif ve negatif

---

\* Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, İZMİR

şizofreninin benzediği ruhsal bozukluklar birbirinden farklı olacaktır. Ancak şizofrenide alttiplemenin de kesitsel olduğu, bu nedenle alttiplerin ayırıcı tanısını yapmanın uygun olmadığı ileri sürülmüştür (Kremen ve ark. 1990). Şizofreniyi iki tipe ayırma yaklaşımları ise henüz tartışmalıdır ve daha rafine edilmeye gereksinimi vardır (Fidaner 1998).

Şizofrenide patognomonik belirti ve bulgular, laboratuvar bulguları yoktur. Tanı iyi bir öykü ve iyi bir ruhsal muayene ile konulur (Black ve Andreasen 1994). Geçmiş dönem yazarları en değerli tanı aracının deneyimli gözlemcinin sezgisi olduğunu ileri sürmüşlerdir (Day ve Semrad 1978). Bunu Rümke (1959) hasta ile empati yapamama sonucunda oluşan "praecox" duygusu olarak adlandırmıştır (Day ve Semrad 1978). Günümüzde ise şizofreni tanısı koymanın bedelinin ağır olması ve tedavi olanaklarının sınırlı olması nedeniyle şizofreninin başka tanıları dışladıktan sonra konulacak bir dışlama tanısı olması önerilmektedir (Black ve Andreasen 1994). Öncelikle madde kullanımının yol açtığı ve genel tıbbi duruma bağlı psikozları dışlayabilmek için ayrıntılı tıbbi öykü ve fizik muayene öncelik taşır. Bunların dışında şizofreni -özellikle başlangıç dönemlerinde- birçok psikiyatrik bozuklukla karışabilmektedir. Bunun nedeni şizofrenide birçok ruhsal belirtinin görülmesidir. Birçok ruhsal belirtinin aynı hastada görülmesinin olası nedeni ise nörogelişimsel bir bozukluk olduğu düşünülen şizofrenideki yaygın merkezi sinir sistemi patolojisidir (Andreasen ve ark. 1994).

DSM-IV Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel Elkitabı'nın ayırıcı tanı bölümleri incelendiğinde şizofreninin birçok ruhsal bozukluğun ayırıcı tanısında yer aldığı görülmektedir (APA 1994). Buna karşılık DSM-IV'te şizofreninin ayırıcı tanısında daha az sayıda ruhsal bozukluk yer almaktadır. Bunun nedeni kendine özgü uzulmasına seyri olan şizofreninin diğer bozuklukların birçoğu ile karışmaması, buna karşılık bu bozuklukların belirtileri şizofrenide de görülebildiğinden bu tanıları koyabilmek için öncelikle şizofreninin dışlanmasının gerekli olmasıdır. Şizofreni ayırıcı tanısını kapsamlı ve sistematik olarak ele almayı amaçlayan bu yazıda bu amaca en uygun sistematığı sunan DSM-IV sınıflandırması temel alınmış ve ayırıcı tanı tartış-

ması DSM-IV'teki tanı kategorileri sıralamasına uygun olarak yapılmıştır.

## ŞİZOFRENİ İLE KARIŞABİLEN RUHSAL BOZUKLUKLAR

### I- Genellikle İlk Kez Bebeklik, Çocukluk ya da Ergenlik Döneminde Tanısı Konulan Bozukluklar

**Zeka geriliği:** Sosyal ve mesleki işlevsellikte bozukluk, iletişim güçlükleri, garip ve stereotipik davranışlar nedeniyle erişkin çağa ulaşan olgular şizofreni ile (özellikle basit ve rezidüel şizofreni ile) karıştırılabilir (Kremen ve ark. 1990, Africa ve Schwartz 1995). İşlev bozukluğunun çocukluk çağına uzanması, öğrenme güçlüğü ve okul başarısızlığı ile ayırt edilir. Zeka geriliği zemininde gelişen şizofreni geçmişte "Propfschizophrenia" olarak adlandırılmıştır (Arieti 1974).

**Otistik bozukluk:** Benzer şekilde iletişim güçlükleri, sosyal izolasyon, garip ve stereotipik davranışlar nedeniyle çocukluk çağı başlangıçlı şizofreni ile karışabilir (Kremen ve ark. 1990). Otistik bozukluk belirtileri genellikle yaşamın ilk üç yılında tanınabilir. Buna karşılık şizofreni genellikle yıllar süren normal gelişimin ardından ortaya çıkar. Otistik bozukluk seyrinde en az bir ay süren belirgin sanrı (delusion, hezeyan) ve varsanıların (hallucination) varlığında ek olarak şizofreni tanısı konulması uygun olur (APA 1994).

**Dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu:** Sürekli ya da döngüsel aşırı motor etkinlik; huzursuzluk, hareket gereksinimi ya da dikkat dağınıklığından kaynaklanan uygunsuz ve dezorganize davranışlar; entellektüel ve duygusal olgunlaşmada gecikme görülebilir. Erişkin çağa ulaşan olgularda bu belirtilerin ajitasyon ve regresyon olarak yorumlanması durumunda şizofreni ile karıştırılabilir (Arieti 1974). Çocuklukta aşırı hareketlilik öyküsünün varlığı, sanrı ve varsanıların yokluğu, gecikmiş de olsa olgunlaşma eğilimi ile ayırt edilir.

**Tik bozuklukları:** Yüz ve beden tikleri şizofrenideki grimaslar ve manyerizmle karıştırılabilir (Arieti 1974). Özellikle Tourette Bozukluğunda görülen bazı motor ve vokal tiklerin (örneğin havlama, ekolali, palilali) şizofrenideki dezorganize ve katatonik davranıştan ayırt edilmesi gerekir (APA 1994).

## II- Kognitif Bozukluklar

**Delirium:** Varsanılar, sanrılar, konuşma bozuklukları ve ajitasyon nedeniyle şizofreninin akut alevlenme dönemleriyle benzerlik gösterir. Psikotik belirtilerin dalgalanma göstermesi, bilinç bozukluğu, dikkat dağınıklığı, bellek ve yönelim bozukluğu, daha çok görme ve dokunma varsanılarının görülmesi, belirtilerin gece artması, EEG bozuklukları, altta yatan genel tıbbi durum ya da madde kullanımına ilişkin kanıtlarla ayırt edilir (APA 1994).

**Demans:** Şizofrenide de kognitif bozukluklar ve işlevsellikte azalma görülebilir. Ancak şizofreni genellikle gençlik çağında başlar, kendine özgü belirtilerle seyrederek, altta yatan bir genel tıbbi durum yoktur, kognitif bozukluğun şiddeti daha azdır (APA 1994). Genç erişkin çağında şizofreni benzeri psikoz tablosuyla başlayan, yıllar içinde demansın geliştiği, sol fronto-temporal patoloji ile karakterize Pick hastalığı olguları bildirilmiştir (Waddington ve ark. 1995).

## III- Genel Tıbbi Duruma Bağlı Ruhsal Bozukluklar

**Genel tıbbi duruma bağlı katatonik bozukluk:** Örneğin üçüncü ventrikül çevresi lezyonlarında görülen akinetik mutizmde hasta yürümez ve konuşamaz. Katatonik tip şizofreni ile karıştırılabilir (Arieti 1974). Katatonik tip şizofrenide etiolojide rol oynayan bir genel tıbbi durum saptanamaz ve diğer şizofreni belirtileri (örneğin sanrılar, varsanılar, dezorganize konuşma, negatif belirtiler) gözlenir (APA 1994).

## IV- Diğer Psikotik Bozukluklar

**Şizofreniform bozukluk:** Bir DSM kategorisi olan şizofreniform bozukluk tanım gereği süre temelinde şizofreniden ayrılır. Şizofreni için belirtilerin en az altı ay sürmesi koşulu aranırken, belirtilerin 1-6 ay sürdüğü psikotik bozukluklar şizofreniform bozukluk olarak adlandırılır (APA 1994). Ayrıca şizofreniform bozuklukta işlevsellikte bozulma koşulu aranmaz. Prognozu şizofreniden daha iyidir (Kremen ve ark. 1990). ICD-10'da şizofreniform bozukluk kategorisi yoktur. Şizofreni tanısı konulması için belirtilerin bir ay sürmesi yeterlidir (DSÖ 1993).

**Şizoaffektif bozukluk:** Şizofreninin aktif evre belirtileriyle eş zamanlı olarak bir duygudurum

bozukluğu epizodu vardır ve duygudurum belirtileri rahatsızlığın toplam süresinin önemli bölümünde varlığını sürdürür, ancak en az iki hafta süresince duygudurum belirtisi olmaksızın sanrı ve varsanılar gözlenir (APA 1994). DSM-IV'te bipolar ve depresif tip olarak, ICD-10'da ise manik, depresif, karışık, başka ve belirlenmemiş tip olarak alttıplere ayrılmıştır (DSÖ 1993). Duygudurum düzenleyicilerine daha iyi yanıt vermesiyle şizofreniden ayrılır. Duygudurum belirtileri hastalığın toplam süresinin küçük bir bölümünde görülüyorsa, yalnızca prodromal ya da rezidüel evrelerde görülüyorsa, duygudurum bozukluğu epizodunun tüm ölçütlerini karşılamıyorsa şizofreni tanısı daha uygundur (APA 1994). Şizoaffektif bozukluk tanısı hastalığın seyri içinde şizofreniye dönüşebilir.

**Sanrılı bozukluk:** Acayip olmayan sistematize sanrılarının varlığı; varsanılar, dezorganize konuşma ve davranış, negatif belirtiler gibi diğer karakteristik belirtilerin yokluğuyla şizofreniden ayırt edilir (Black ve Andreasen 1994, Kaplan ve Sadock 1998). Özellikle prognozu daha iyi olan paranoid tip şizofreni ile karıştırılır. Şizofreni ile karşılaştırıldığında başlangıç yaşı daha ileri, sosyal ve mesleki işlevlerde bozulma daha azdır. Antipsikotiklere iyi yanıt vermez (Ludwig 1980). Geç başlangıçlı ve iyi seyirli şizofreni olarak tanımlanabilecek eski bir tanı kategorisi olan "Geç parafreni" de ICD-10'da sanrılı bozukluk kategorisine alınmıştır (DSÖ 1993).

**Kısa psikotik bozukluk:** DSM-IV'te en az bir gün, en fazla bir ay süreyle sanrılar, varsanılar, dezorganize konuşma, dezorganize ya da katatonik davranışın varlığı ile tanımlanır (APA 1994). DSM-III'te kısa reaktif psikoz olarak adlandırılırken bazı tablolarda tetiği çeken bir stres etkeninin belirlenmemesi nedeniyle adı değiştirilmiştir. ICD-10'da "Akut ve geçici psikotik bozukluk" olarak adlandırılır (DSÖ 1993). Şizofreninin genellikle sinsi başlangıçlı olmasına karşılık, kısa psikotik bozukluk ani başlangıçlıdır, prodrom dönemi görülmez. Çoğu kez stres etkenlerinin ortadan kalkmasıyla düzelir (Ludwig 1980). Kadınlarda doğumdan sonraki 2-3 haftada görülen ve duygudurum bozukluklarıyla birçok ortak yanları olan "Post-partum psikoz" da bu kategoride ele alınır (APA 1994).

**Genel tıbbi duruma bağlı psikotik bozukluk:** Psikotik belirtilerin görülebildiği birçok genel tıbbi durum şizofreni ile karıştırılabilir. Bu genel tıbbi durumların listesi Tablo 1'de verilmiştir (Bemporad ve Pinsker 1974, Ludwig 1980, Lipton ve Cancro 1995, Africa ve Schwartz 1995, Davison 1990, Black ve Andreasen 1994, Shader ve Jackson 1975). DSM-IV ölçütlerine göre şizofreni tanısı koyabilmek için bozukluğun genel tıbbi duruma bağlı olmaması koşulu aranır (APA 1994). Genel tıbbi duruma bağlı psikotik bozukluklar kognitif işlevlerde bozukluk olmaması ile kognitif bozukluklardan ayrılırlar. ICD-10'da "Organik ve semptomatik ruhsal bozukluklar"

başlığı altında sınıflandırılırlar (DSÖ 1993). Psikoza neden olan genel tıbbi durumun yaşamı tehdit etme olasılığı ya da kolayca tedavi edilebilme olasılığı nedeniyle psikozların ayırıcı tanısında genel tıbbi durumların dışlanması öncelik taşır. Özellikle ileri yaşta ve akut başlayan psikozlar, atipik belirtilerle seyreden psikozlar, ailesinde şizofreni öyküsü olmayanlar, ailesinde genel tıbbi durum öyküsü olanlar, bilinç bozukluğu ve silik nörolojik bulguları olanlarda daha dikkatli olunmalıdır (Shader ve Jackson 1975, Black ve Andreasen 1994, Kaplan ve Sadock 1998). Önceden şizofreni tanısı konulmuş hastalarda da genel tıbbi duruma bağlı bir psikotik

**Tablo 1. Psikotik belirtilerin görülebildiği genel tıbbi durumlar**

<b>Nörolojik hastalıklar</b>	<b>Enfeksiyonlar</b>
Epilepsi (özellikle temporal lob)	Viral ensefalit (özellikle herpes)
Beyin tümörleri (frontal ve temporal)	Sifiliz
Primer	AIDS
Metastatik	Creutzfeld-Jacob hastalığı
<b>Serebrovasküler hastalıklar</b>	Beyin absesi
Kafa travması	Toksoplazmoz
Post-ensefalitik durum	Şistozomiyazis
Bazal ganglion hastalıkları	<b>Kardiyovasküler hastalıklar</b>
Huntington hastalığı	Arterioskleroz
Wilson hastalığı	Hipertansif ensefalopati
Parkinson hastalığı	Kardiyak debi azalması (serebral anoksi)
Paralysis agitans	
Fahr hastalığı	<b>Endokrinolojik hastalıklar</b>
Multipl skleroz	Hipo-hipertiroidi
Metakromatik lökodistrofi	Hipo-hiperparatiroidi
Preseñil dejenerasyon	Cushing sendromu
Friedreich ataksisi	Diabetes mellitus
Motor nöron hastalığı	Hipoglisemi
Normal basınçlı hidrosefali	<b>Metabolik hastalıklar</b>
Serebral lipoidoz	Akut porfiri
Fabry hastalığı	Homosistinüri
Hallervorden-Spatz hastalığı	Niemann-Pick hastalığı
Narkolepsi	Elektrolit denge bozukluğu
B <sub>12</sub> ve folik asit eksikliği	Fenilketonüri
Pellagra	<b>Kollajen doku hastalıkları</b>
Wernicke-Korsakoff sendromu	Lupus arteriti
Alzheimer hastalığı	
Pick hastalığı	
Karbonmonoksit entoksikasyonu	
Ağır metal entoksikasyonu	

bozukluk gelişebilir. Genel tıbbi duruma bağlı psikotik bozukluklarda görme ve dokunma varsanıları işitme varsanılarından daha sık görülür; sıklıkla paranoid içerikli, sistematize olmayan, müphem, değişken ya da stereotipik sanrılar görülür (Lishman 1987). Bu belirtiler ayırt edici nitelikte olmadığından ayrıntılı bir tıbbi öykü, dikkatli bir fizik muayene ve iyi seçilmiş laboratuvar tetkikleri büyük önem taşır. Tüm psikotik hastalarda rutin olarak yapılması önerilen tetkikler tam kan sayımı, idrar tetkiki, karaciğer enzimleri, kreatinin, kan üre azotu, tiroid işlev testleri, sifiliz ve HIV serolojisidir (Black ve Andreasen 1994). Wilson hastalığı düşünülen hastalarda serum seruloplazmin; epilepsi düşünülen hastalarda EEG; kafa içi yer işgal eden lezyon düşünülen hastalarda BT ya da MR tetkikleri yapılmalıdır. Yapılması gereken diğer muayene ve tetkikleri belirlemek için Tablo 1'de sıralanan genel tıbbi durumları gözden geçirmek yararlı olur.

Yirminci yüzyılın başlarında epilepsi ile şizofreninin birbirinin antagonisti olduğu düşünülürdü. Hatta bu düşünce EKT'nin psikiyatrik bozukluklarda bir tedavi olarak geliştirilmesi fikrinin esin kaynağını oluşturmuştur. Oysa zaman içinde epilepside psikotik belirtilerin genel nüfustan oldukça sık görüldüğü ortaya çıkmıştır. Hastalığın süresi ilerledikçe iktal ya da interiktal dönemde görülebilen bu belirtilerin görülme sıklığı artar. Epilepsiye bağlı psikotik durumların daha ani başlayıp ani bitmesi, kısa sürmesi, belirtilerin ego-distoni olması, premorbid dönemde şizoid ve şizotipal özelliklerin olmaması ile şizofreniden ayırt edilebilir (Arieti 1974, Davison 1990). Şizofrenide de EEG bozukluklarının sık görülmesi nedeniyle EEG'nin ayırt edici değeri düşüktür. EEG'de diken tarzında deşarjların görülmesi epilepsi lehinedir (Ludwig 1980). Ayırıcı tanı büyük ölçüde epileptik nöbet öyküsünün varlığı ve nöbetlerin gözlenmesiyle yapılır.

**Madde kullanımının yol açtığı psikotik bozukluk:** Varsanı ve sanrıları olan psikotik bir hastada öykü, fizik muayene ve laboratuvar incelemeleri bu bozukluğun etiyolojik olarak herhangi bir madde kullanımı ile ilişkili olduğunu ortaya koyarsa bu tanı konur. Bu madde keyif için alınan bir madde olabileceği gibi, tıbbi tedavi için kullanılan bir ilaç ya da maruz kalınan bir toksin

de olabilir. Psikotik belirtiler zehirlenme sırasında ya da maddenin kesilmesi sonrası yoksunluk döneminde ve bunları izleyen bir aylık sürede başlayabilir (APA 1994).

Psikotik bozukluklara neden olduğu bildirilen keyif verici maddeler alkol, barbitüratlar, amfetaminler, kokain, halüsinojenler, fensiklidin ve kannabinoidlerdir. Tıbbi tedavide kullanılan birçok ilaç psikotik belirtilere neden olabilir. En iyi bilinen örneği yüksek doz kortikosteroid kullanımıdır. Antikolinergikler, belladonna alkaloidleri, simetidin, dijital, disülfiram ve L-dopa'nın da psikotik belirtilere neden olabileceği bildirilmiştir (Lipton ve Cancro 1995). Psikotik belirtilere neden olabilen toksinler arasında karbonmonoksit, talyum, bromür ve diğer ağır metaller sayılabilir (Ludwig 1980, Shader ve Jackson 1975).

Alkol kullanımının yol açtığı psikotik bozukluklar yoksunluk döneminde görülürler. Geçmişte varsanılarla seyreden tipi "Alkolik halüsinoz", sanrılarla seyreden tipi ise "Alkol paranoyası" olarak adlandırılırdı. Alkolik halüsinozda alkol bırakıldıktan 2-3 gün sonra başlayan suçlayıcı işitme varsanıları vardır. Kognitif bozukluğun olmamasıyla delirium tremensten, kısa sürede kendiliğinden düzelmesi ve alkol kullanım öyküsünün olmasıyla şizofreniden ayırt edilir. Ancak psikoza yatkın bireylerde kalıcı hale gelebilir (Africa ve Schwartz 1995). Barbitürat yoksunluğunda da psikotik belirtiler görülebilir.

Psikostimülan etkili amfetaminler ve kokain dopaminerjik etkinliği artırarak psikotik belirtilere neden olabilirler. Uzun süreli amfetamin kullanımı sonucunda paranoid şizofreni benzeri tablo ortaya çıkabilir. İdrar amfetamin düzey tayini ile tanı konulur. İlacın kesilmesiyle birkaç haftada düzelir. Ancak bir seride olguların 1/5'inin kronikleştiği bildirilmiştir (Arieti 1974). Sentetik amfetaminlerden 3,4-metilendioksümetamfetamin (Ecstasy) ise hem dopaminerjik, hem de serotonerjik mekanizma ile varsanılara neden olabilir. Kokain kullananların %50'sinde paranoid sanrı ve varsanıların görüldüğü bildirilmiştir (Kaplan ve Sadock 1998).

LSD, meskalin, psilosibin gibi halüsinojen maddeler ilaç alımı sonrasında pozitif şizofreni benzeri, uzun vadeli kullanımda ise negatif şizofreni benzeri belirtilere yol açarlar. İlaç alımı sonrasında

da görme varsanları sık, işitme varsanları seyrek görülür. Algılar keskinleşir. Mistik duygular ya da dehşet duyguları yaşanır. İlaç alımı sonlandırıldığında belirtiler 48 saatte ortadan kalkar, ancak algı bozuklukları zaman zaman yineleyebilir. Bu yinelemeler sırasında gerçeği değerlendirme bozulmadığından bir psikoz olarak nitelendirilmez, "Halüsinojene bağlı kalıcı algı bozukluğu" olarak adlandırılır. Halüsinojen kullanımının yatkın bireylerde psikozu kolaylaştırabildiği bildirilmektedir (Arieti 1974). Kronik LSD kullanımında psikomotor yavaşlama, künt duygulanım, manyerizm ve bellek bozukluğu görülebilir. Yetiyitiminin daha az olmasıyla şizofreniden ayırt edilir. Halüsinojenlerin serotonerjik agonist etkiyle psikotik belirtilere neden olması, şizofreni patofizyolojisinde serotonerjik sistemin rolünün aydınlatılmasına katkıda bulunmuştur. Fensiklidin de halüsinojenlere benzer etki gösterir, ancak etki mekanizması farklıdır (Kaplan ve Sadock 1998).

Kannabinoidler (esrar ve marijuana) kullanım sonrasında psikotik belirtilere neden olmazlar. Uzun süreli kullanımında yatkın bireylerde psikoz oluşumunu tetikledikleri bildirilmiş (Arieti 1974), ancak arada nedensel bir ilişki olup olmadığı kanıtlanamamıştır (Lipton ve Cancro 1995).

## V- Duygudurum Bozuklukları

**Majör depresif bozukluk:** Psikotik özellikli ve katatonik özellikli majör depresif epizodlar şizofreni ile karıştırılabilir (APA 1994). Psikotik özellikli depresyonda görülen sanrı ve varsanlar genellikle duygudurumla uyumludur. Bunlara depresyonun diğer belirtileri eşlik eder. Katatonik özellikli depresyon ise düşünce bozukluğunun olmamasıyla katatonik tip şizofreniden ayırt edilir. Psikotik belirtiler yalnızca depresyon epizodu sırasında görülüyorsa uygun tanı "Psikotik özellikli majör depresif bozukluk"tur. Şizofreni seyriinde depresif belirtiler görülebilir. Bu belirtiler majör depresif epizod ölçütlerini karşılayacak düzeyde olduğunda şizofreni tanısına ek olarak "Başka türlü adlandırılmayan depresif bozukluk" tanısının konulması gerekir. Şizofreninin rezidüel evresinde görülen majör depresif epizodlar için "Şizofreninin post-psikotik depresif bozukluğu" kategorisi önerilmiş ancak DSM-IV'e alınmamıştır. Bu bozukluk ICD-10'da "Post-şizofrenik depresyon" olarak adlandırılmaktadır (DSÖ 1993).

**Bipolar bozukluk:** Manik epizodlar bazı ortak belirtileri nedeniyle şizofreni ile karıştırılabilir. Bunlar büyüklük ve kötülük görme sanrıları, iritabilite, ajitasyon ve katatonik belirtilerdir. Özellikle bozukluğun ilk yıllarında, ergenlerde ve ötimik dönemlerin kısa sürdüğü hızlı döngülü bipolar bozuklukta sıklıkla ayırıcı tanı sorunu yaşanır. Manik hastaların insan ilişkisine açık olmaları, neşelerinin bulaşıcı nitelikte olması, çağrışımlarının izlenebilir olması, sanrılarının duygudurumla uyumlu olması, düşüncelerinin dezorganize olmaması, intermorbid dönemlerde hiçbir rahatsızlık belirtisi ve yetiyitiminin olmaması, ailede duygudurum bozukluğu öyküsünün olması ayırıcı tanıya yardımcı olur (Arieti 1974, Ludwig 1980, Lehmann ve Cancro 1985). Bipolar bozukluk genellikle şizofreniye göre daha ileri yaşlarda başlar. Şizofreni seyri içinde manik epizodun tüm ölçütleri karşılandığında şizofreniye ek olarak "Başka türlü adlandırılmayan bipolar bozukluk" tanısının konulması gerekir. Manik epizodlar şizofreninin toplam süresinin önemli bölümünde varlığını sürdürürse uygun tanı "Şizoaffektif bozukluk"tur. Şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı arasında karar verilemediğinde tanının ertelenmesi ya da bipolar bozukluk tanısının yeğlenmesi önerilmektedir (Kaplan ve Sadock 1998).

## VI- Anksiyete Bozuklukları

**Fobiler:** Şizofreni hastalarında görülen bazı korkular fobilerle karıştırılabilir. Fobilerde hasta, korkusunun akıldışı olduğunun farkındadır. Şizofrenideki korkular daha çok insanlarla ilişkilidir. Ancak fobi ile sanrı arası tartışmalı durumlar ayırıcı tanı sorununa neden olabilir (Arieti 1974).

**Obsesif-kompulsif bozukluk:** Şizofrenide, özellikle başlangıç dönemlerinde obsesyon ve kompulsiyonlar sık görülür. Bunlar genellikle anlaşılması güç nitelikte, ego-sintonik ve birçok alana yaygındır (Arieti 1974). Hastalık ilerledikçe daha da yaygınlaşır. Bunların ruminasyon ve stereotipik davranış olarak nitelendirilmesi daha doğrudur. Şizofreniden farklı olarak obsesif-kompulsif bozukluk hastaları obsesyon ve kompulsiyonlarını kendi zihinlerinin bir ürünü olarak görür, aşırı ve anlamsız bulurlar. Obsesif-kompulsif psikoz olarak nitelendirilebilecek tartışmalı ara durumlar vardır, ancak bunlara şizofreni yerine "Sanrılı bozukluk" ya da "Başka türlü adlandırıl-

mayan psikotik bozukluk" tanısı konulması daha doğrudur (APA 1994).

**Post-travmatik stres bozukluğu:** Travmaya ilişkin disosiyatif "Flashback" yaşantıları şizofrenideki varsanı ve yanılsamalarla karıştırılabilir (APA 1994). Travma öyküsü ve diğer psikotik belirtilerin olmamasıyla ayırt edilir.

## VII- Somatoform Bozukluklar

**Somatizasyon bozukluğu ve hipokondriyazis:** Hastalık inancının psikotik düzeyde olup olmadığı tartışmalı olabilir. Şizofrenide de çoğul somatik sanrılar görülebilir. Diğer psikotik belirtilerin varlığıyla ayırt edilir. Aynı hastaya somatoform bozukluk ve şizofreni tanısı birlikte konulabilir (APA 1994).

**Konversiyon bozukluğu:** Şizofreni seyrinde konversiyon belirtileri görülebilir. Konversiyon bozukluğunda varsanılar (pseudohallucination) görüldüğünde şizofreni ile karıştırılabilir. Konversiyon varsanıları genellikle birden fazla duyuyu içerir, renkli ve çocuksu özelliktedir, sembolik anlamı vardır. Hasta genellikle dışa dönük ve telkine yatkındır, içgörüsü yerindedir, diğer psikotik belirtiler yoktur (APA 1994).

## VIII- Yapay Bozukluk ve Temaruz

Psikolojik belirtili yapay bozukluk ve temaruz (simülasyon) şizofreniyi taklit edebilir. Yapay bozuklukta hasta kolayca anlaşılabilen bilinçdışı gereksinimleri nedeniyle hastalık taklidi yapar. Belirtiler tümüyle hastanın denetiminde değildir. Temaruzda ise açık bir kazanç vardır. Belirtiler tümüyle hastanın bilinçli denetimindedir. Daha çok antisosyal kişilik bozukluğunda görülür. Şizofrenik belirtilerin uzun süreli taklit edilmesi kolay değildir (Arieti 1974). Yapay bozukluk ve temaruzda belirtiler abartılıdır, yalnızca başkalarıyla birlikteyken görülür. Ayırıcı tanı dikkatli gözlemlerle yapılır (Black ve Andreasen 1994). Hastanın yalnızken gözlenmesi tanı koydurucu olabilir. Şizofreni hastalarının da bazen hastaneye yatmak ya da sosyal yardım almak için belirtilerini abartabileceği unutulmamalıdır (Kaplan ve Sadock 1998).

## IX- Disosiyatif Bozukluklar

Disosiyasyon daha çok telkine yatkın bireylerde görülür. Aynı bireylerde doğaüstü inançlar da sık

görülmür. Bu nedenle şizofreni ile karıştırılabilirler (Arieti 1974).

**Disosiyatif füğ ve amnezi:** Şizofreni hastalarının bazen ortadan kaybolmaları ya da bir dönemde yaptıklarını anımsamaları/anlatmalarını disosiyatif füğ ve amnezi ile karıştırılabilir. Diğer psikotik belirtilerin varlığıyla ayırt edilir (APA 1994).

**Disosiyatif kimlik bozukluğu:** Klinisyenler arasındaki hararetili bir tartışmanın konusudur. Bazıları bu bozukluğun yeterince tanınmadığını, kimlikler arası iletişim varsanı olarak değerlendirildiğinde psikotik bozukluk, kimlikler arası geçişler duygudurum dalgalanması olarak değerlendirildiğinde ise bipolar bozukluk tanısı konulduğunu; diğerleri ise basının ilgisi ve bu hastaların telkine yatkınlığının bu tanının gereğinden fazla konulmasına neden olduğunu ve psikotik hastalara yanlışlıkla bu tanının konulduğunu düşünmektedirler (APA 1994).

**Depersonalizasyon bozukluğu:** Temel belirtinin depersonalizasyon olması nedeniyle şizofreni ile karıştırılabilir. Gerçeği değerlendirme yetisinin korunmuş olmasıyla ayırt edilir (APA 1994).

**Başka türlü adlandırılmayan disosiyatif bozukluk:** Belirgin ikincil kazançlar, manipülatif tutum ve teatral görünüm ile karakterize bir tablo olan "Histerik psikoz" ile geçmişte hükümlülerde sık görüldüğü bildirilen ve hastanın sorulara yaklaşık yanıtlar vermesiyle karakterize bir tablo olan "Ganser sendromu" bu kategoride ele alınırlar. Belirtilerinin abartılı olması, iletişime daha açık olmaları, belirgin stres etkenlerinin ve ikincil kazançların varlığı, kısa sürede tamamen düzelmeleriyle şizofreniden ayırt edilirler (Arieti 1974, Ludwig 1980).

## X- Kişilik Bozuklukları

**Paranoid kişilik bozukluğu:** Kuşkucu ve güvensiz insanlardır. Bu kuşkular hiçbir zaman sanrı düzeyine ulaşmaz. Varsanılar ve dezorganize davranış görülmez. Bunlar görüldüğü zaman ek olarak şizofreni tanısı konulması gerekir (APA 1994).

**Şizoid kişilik bozukluğu:** İçe dönük, duygu dışavurumu kısıtlı insanlardır. Sanrılar, varsanılar, dezorganize davranış gibi pozitif belirtiler

görülmez. Bu belirtilerin görülmediği rezidüel şizofreniden ve ICD-10'da şizofreninin alttiplerinden biri olan basit şizofreniden ayrımı son derece güç olabilir (DSÖ 1993). Bu kişilik zemininde şizofreni gelişme olasılığı yüksektir (APA 1994).

**Şizotipal kişilik bozukluğu:** Şizofreni hastalarının ailelerinde sık görülür. Şizofreniyle patogenetik ve fenomenolojik ortaklıkları olan bir bozukluktur. Tuhaf ve doğaüstü düşünce biçimi, egzantrik giyim ve görünüm, algı ve duygulanım bozuklukları, içe dönüklük ve sosyal anksiyete vardır. Şizofreniyi bu bozukluktan ayıran sanrılar, varsanılar, dezorganize konuşma ya da dezorganize davranış gibi açık psikotik belirtilerin varlığıdır. Şizotipal kişilik bozukluğu olgularının küçük bir bölümü sonradan şizofreniye dönüşür (APA 1994).

**Borderline kişilik bozukluğu:** Geçmişte "Borderline şizofreni" adıyla şizofreninin bir alt türü olarak tanımlanan bu bozukluk günümüzde duygudurum bozukluklarına daha yakın olarak görülmektedir. Stresle ilişkili paranoid düşünceler ve disosiyatif belirtiler görülebilir. Bunların kısa süreli olmasıyla şizofreniden ayrılır (APA 1994).

## XI- Klinik İlgi Odağı Olabilecek Diğer Durumlar

**İlaçların yol açtığı hareket bozuklukları:** Antipsikotik olarak kullanılan dopamin reseptör blokörleri sıklıkla ekstrapiramidal sistemi etkileyerek hareket bozukluklarına neden olurlar. Şizofrenide de hareket bozukluklarının olması bir ayırıcı tanı sorununa neden olur. İlaça bağlı

hareket bozukluklarından akut distoni şizofrenide görülen manyerizmle; psikomotor yavaşlama (bradikinezi) şizofreninin negatif belirtileriyle; katalepsi katatoni ile; akatizi ise ajitasyonla karıştırılabilir (APA 1994). Antipsikotik kullanan herhangi bir hastaya yanlılıkla şizofreni tanısı koymamak için kullandığı ilaçları dikkatle sorgulamak gerekir.

**Kültürel sorunlar:** Tüm toplumlarda farklı inanç sistemlerine sahip alt kültürel gruplar bulunur. Bu grupların inanç ve yaşantılarını sanrı ve varsanılardan ayırt etmek kolay olmayabilir (Africa ve Schwartz 1995, Lipton ve Cancro 1995). Göç sonucunda yetiştiği kültürden farklı bir kültür alanında yaşamak zorunda kalan bireylerde de geçici uyum sorunları görülebilir. Bir bireye şizofreni tanısı koyarken ait olduğu kültür ve alt kültürleri de gözönüne almak, davranışlarının kendi kültürel normlarına uygun olup olmadığını araştırmak gerekir.

**Yaşam evresi sorunu:** İnsan yaşamının kritik dönüm noktalarında uyum güçlükleri olabilir. Ender de olsa bu evrelerde psikotik belirtiler görülebilir. Bu evrelerin en çalkantılı olanı ergenlik dönemidir. Normal ergenlerde sıklıkla soyut felsefi düşünceler, duygudurum değişiklikleri, utangaçlık, içe kapanma, aşırı hayal kurma ve telkine yatkınlık gibi özellikler vardır (Day ve Semrad 1978). Bu özellikler nedeniyle ergenlerde görülen tüm ruhsal bozukluklar şizofreni ile karıştırılabilir (Lehmann ve Cancro 1985). Ergenlerde yaşam hedefleri, meslek seçimi, arkadaşlık ilişkileri, cinsel kimlik ve ahlaki değerlere ilişkin belirsizlik durumları için "Kimlik sorunu" kategorisi önerilmiştir (APA 1994).

## KAYNAKLAR

Africa B, Schwartz SR (1995) Schizophrenic disorders. Review of General Psychiatry, 4. Baskı, HH Goldman (Ed), Connecticut, Appleton & Lange, s.214-233.

American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4. Baskı. Washington DC, American Psychiatric Association.

Andreasen NC, Swayze VW, Flaum M ve ark. (1994) The neural mechanisms of mental phenomena. Schizophrenia: From Mind to Molecule, NC Andreasen (Ed), Washington DC, American Psychiatric Press Inc, s.49-91.

Arieti S (1974) Interpretation of Schizophrenia, 2. Baskı. New York, Basic Books Inc.

Bemporad JR, Pinsker H (1974) Schizophrenia: The manifest symptomatology. American Handbook of Psychiatry, 2. Baskı, Cilt 3, S Arieti (Ed), New York, Basic Books Inc, s. 524-550.

Black DW, Andreasen NC (1994) Schizophrenia, schizophreniform disorder and delusional (paranoid) disorder. American Psychiatric Press Textbook of Psychiatry, 2. Baskı, RE Hales, SC Yudofsky, JA Talbott (Ed), Washington DC, American Psychiatric Press.

Cancro R (1985) History and overview of schizophrenia. Comprehensive Textbook of Psychiatry, 4. Baskı, Cilt 1, HI Kaplan, BJ Sadock (Ed), Baltimore, Williams & Wilkins, s. 631-642.

- Davison K (1990) Organic schizophrenia-like psychoses. Perspectives in Schizophrenia, MPI Weller (Ed), London, Libbey.
- Day M, Semrad EV (1978) Schizophrenic reactions. The Harvard Guide to Modern Psychiatry, AM Nicholi (Ed), Cambridge, The Belknap Press, s.199-242.
- Dünya Sağlık Örgütü (1993) ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması: Klinik Tanımlamalar ve Tanı Kılavuzları. Yayın yöneticileri: MO Öztürk, B Uluğ, Ankara, Türkiye Sınır ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını.
- Fidaner H (1998) Şizofrenide tanı ve sınıflandırma. Şizofreni Dizisi, N Yüksel (Ed), Ankara, Çizgi Tıp Yayınevi, 1(1): 17-22.
- Kaplan HI, Sadock BJ (1998) Synopsis of Psychiatry, 8. Baskı, Baltimore, Williams & Wilkins.
- Kremen WS, Faraone SV, Tsuang MT (1990) Schizophrenic disorders. Manual of Clinical Problems in Psychiatry, SE Hyman, MA Jenike (Ed), Boston, Little Brown and Company, s.33-44.
- Lehmann HE, Cancro R (1985) Schizophrenia: Clinical features. Comprehensive Textbook of Psychiatry, 4. Baskı, Cilt 1, HI Kaplan, BJ Sadock (Ed), Baltimore, Williams & Wilkins, s.680-712.
- Lipton AA, Cancro R (1995) Schizophrenia: Clinical features. Comprehensive Textbook of Psychiatry, 6. Baskı, Cilt 1, HI Kaplan, BJ Sadock (Ed), Baltimore, Williams & Wilkins, s.968-987.
- Lishman WA (1987) Organic Psychiatry. 2. Baskı, Oxford, Blackwell Scientific Publications.
- Ludwig AM (1980) Principles of Clinical Psychiatry. New York, The Free Press.
- Shader RI, Jackson AH (1975) Approaches to schizophrenia. Manual of Psychiatric Therapeutics, RI Shader (Ed), Boston, Little Brown and Company, s.63-100.
- Strauss JS (1994) Is biological psychiatry building on an adequate base? Clinical realities and underlying processes in schizophrenic disorders. Schizophrenia: From Mind to Molecule, NC Andreasen (Ed), Washington DC, American Psychiatric Press Inc, s.31-44.
- Waddington JL, Youssef HA, Farrell MA ve ark. (1995) Initial 'schizophrenia-like' psychosis in Pick's disease: case study with neuroimaging and neuropathology and implications for frontotemporal dysfunction in schizophrenia. Schizophr Res, 18:79-82.