

Şizofreni: Klinik Özellikler, Tanı, Ayırıcı Tanı

Uz. Dr. Mehmet V. ŞAHİN*

Özet

Şizofreni, kişinin düşünce, algılama, duygulanım ve davranışlarını önemli derecede etkileyerek iş, sosyal ve özel yaşamında çeşitli düzeylerde sorunlara neden olan bir hastalıktır. Gerek başlangıcı, gerekse klinik görünümü ve gidiş özellikleri yönünden heterojen bir görünüm sergiler. Bu yazıda şizofreninin klinik görünümü, tanı ve ayırıcı tanısından kısaca sözedilmiştir.

PSİKİYATRİ DÜNYASI 1999;3:72-78

Şizofreni tarihin çok eski dönemlerinden beri bilinen bir hastalık olmasına karşın 18. yüzyıl ortalarına kadar bilimsel olarak ele alınmamıştır. Orta çağda psikotik belirtiler doğa üstü güçlerle açıklanmaya çalışılmış, bu hastaların lanetlenmiş kişiler olduğu düşünülmüştür. Ergenlik döneminde ortaya çıkan ve düşünce ve davranış bozuklukları ile kendini gösteren bu hastalık 18. yüzyıldan itibaren tanımlanmaya başlamıştır. 1860 yılında Morel bu tür hastaları tanımlamak için erken bunama anlamına gelen "démence précoce" terimini öne sürmüştür. Bu terim uzun bir süre geçerliliğini korumuş, ancak 1911 yılında Bleuler, hastalığın erken yaşta başlamasının ve demans belirtileri göstermesinin gerekli olmadığını belirterek "zihin yarılmaması" anlamına gelen "şizofreni" terimini önermiş ve hastalığın otizm, ambivalans, çağrışımlarda bozukluk ve affekt

bozukluğu olmak üzere 4 temel alandaki bozukluktan oluştuğunu belirtmiştir. Bu tanımlama bugün de kısmen geçerliliğini sürdürmektedir.

Şizofreni tüm toplumlarda görülebilen bir hastalıktır. 15-25 yaşları arasında ve genellikle ergenlik döneminin sonunda ortaya çıkar. 40 yaşından sonra başlangıç nadir görülür. Kadın-erkek arasında görülme sıklığı açısından belirgin bir fark yoktur.

KLİNİK ÖZELLİKLER

Şizofreni çok farklı klinik görünümle ortaya çıkan kronik bir hastalıktır. Başlangıç şekli, ortaya çıkan semptomlar ve hastalığın gidişi yönünden oldukça heterojen bir görünüm sergiler.

Hastalık başlamadan önce bu kişilerin genellikle içe dönük, sosyal ilişkileri kısıtlı, ilgi alanları dar ve güvensiz kişiler oldukları dikkati çeker. Bazı hastalarda şizoid, şizotipal ve paranoid kişilik özellikleri bulunabilir.

* Fatih Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, ANKARA

Şizofreninin başlangıcı genellikle sinsi ve yavaş ilerleyicidir. Bazı kişilerde hastalığın başlamasından önce, içe dönüklüğün iyice belirginleşmesi, kendi bedeni ve fikirleri ile aşırı uğraşlar, soyut ve felsefi düşüncelerle kendini gösteren bir prodromal dönem görülebilir. Bu dönemde iş ve okul başarısı düşmeye başlar, aile içi ve arkadaş ilişkilerinde bozulmalar kendini gösterir, kişi yalnız olmayı tercih eder duruma gelir.

Zaman içinde sanrılar, varsanılar gibi açık psikotik belirtilerin ortaya çıkmasıyla birlikte hastalık aile tarafından da farkedilir.

Bazı olgularda prodromal belirtiler görülmez ve hastalık birden bire renkli psikotik semptomlarla başlayabilir.

Genel Görünüm

Şizofrenik hastaların tipik bir dış görünüşleri olmakla birlikte en belirgin özellikleri çevreye ilgisizlik, giyimde, temizlik ve kendine bakımda özensizliktir. Hastaların bir kısmında uygunsuz postür ve yürüyüş, ortama uymayan kıyafetlerle dolaşma ya da kendi kendine konuşma ve gülme gibi tuhaf davranışlar görülebilir. Bazı hastalarda tuhaf yüz hareketleri ile giden manyerizm, bazılarında ise belli bir amaca yönelik olmayan, tekrarlayıcı (stereotipik) davranışlar ortaya çıkabilir.

Düşünce Bozuklukları

Şizofrenide görülen düşünce bozuklukları düşüncenin "içeriği" ve "süreci" ile ilgili bozukluklar olmak üzere iki grupta incelenebilir.

Düşünce içeriği ile ilgili bozukluklar:

Şizofrenide düşünce içeriği bozuklukları arasında en belirgin olanı sanrılardır. Sanrı, kişinin içinde bulunduğu kültürle uyumlu olmayan, değiştirilmesi oldukça güç gerçek dışı inanç olarak tanımlanabilir. Sanrılarla normal düşünceler arasında kalan, ancak sanrı kadar kesinlik taşımayan düşünce parçacıkları da "aşırı değer verilen fikirler" (overvalued ideas) olarak adlandırılır.

Şizofrenik hastalarda sıklıkla görülen sanrılar şunlardır:

Kötülük görme sanrıları: Hasta kendisine kötülük yapılabileceğine, tanıdığı ve tanımadığı bazı kişilerden zarar görebileceğine inanır. Bu kişilerin kendisini izlediklerini düşünebilir.

Büyüklik sanrıları: Hasta, olağanüstü güçlere sahip olduğuna ya da oldukça önemli bir kişi olduğuna inanıyor olabilir.

Kıskançlık sanrıları: Hasta, eşinin kendisini aldattığına inanır. Bunun için küçük ve anlamlı olmayabilecek bazı olayları ve işaretleri kendi düşüncesini desteklemek için kullanabilir.

Referans sanrıları: Hasta, aslında özel bir amacı bulunmayan bazı hareket ve sözlerin kendisine yönelik bir imada bulunmayı amaçladığını düşünebilir. Çevresindeki kişilerin kendi aralarında, kendisi ile ilgili bazı şeyler konuştuklarını düşünebilir. Radyo-TV ve gazetelerde yer alan bazı haber ve yayınların kendisine yönelik olarak yapıldığına dair inanışlar içinde olabilir.

Düşüncelerin okunması sanrıları: İnsanların onun zihninden geçenleri okuyabildiğini ya da aklındaki düşüncelerin tüm insanlar tarafından bilindiğini düşünebilir.

Düşüncelerin yayınlanması sanrıları: Hasta, düşüncelerinin bir radyo vericisi gibi etrafa yayımlandığına ya da başkalarının bunları duyabildiğine inanır.

Düşünce sokulması ve düşüncelerin çalınması sanrıları: Hasta, zihnine dışarıdan düşünceler sokulduğuna, düşüncelerinin bir kısmının kendisine ait olmadığına ya da düşüncelerinin beyninden çekilip alındığına inanıyor olabilir.

Kontrol edilme sanrıları: Hasta, davranışlarının başkaları tarafından yönlendirildiğini düşünebilir.

Somatik sanrılar: Hasta, bedeni ile ilgili önemli bir hastalık bulunduğunu ya da bazı organlarının normal çalışmadığını düşünebilir ya da kimi organlarının değiştiğine inanıyor olabilir.

Düşünce süreci ile ilgili bozukluklar:

Şizofrenide önemli bozukluklardan biri konuşma ve düşünce süreci ile ilgili bozukluklardır. Hastanın çağrışımları bozulmuş, bunun sonucu olarak ta konuşmanın normal akışı kaybolmuştur. Şizofrenik hastalarda görülebilen düşünce süreci bozuklukları şunlardır:

Konuşma ve konuşma içeriğinin yoksullaşması: Kendiliğinden konuşma miktarı azalmıştır. Kısa cümlelerle ya çok az konuşur, ya da konuşma miktarı normal olsa bile içeriğindeki bilgi azalmıştır.

Basıncılı konuşma: Hasta araya girilemeyecek kadar hızlı konuşuyor olabilir.

Fikir uçuşması: Bir konu üzerinde konuşmayı sürdürürken çok hızlı bir şekilde başka bir konuya geçebilir ve konular anlamsız bir biçimde ardarda sıralanabilir.

Enkoherans: Cümle yapısı ve konu bütünlüğü bozulmuştur. Anlaşılması güç, karmakarışık bir konuşma örüntüsü olabilir.

Klang çağrışım: Hastanın seçtiği kelimeler anlamlarına göre değil de ses benzerliğine ve kafiyelere göre seçilmektedir.

Bütünlüğü kolayca bozulabilen (distractable) konuşma: Hasta belli bir konu üzerinde konuşurken dikkati kolaylıkla dağılabilir ve dikkat konuyla ilgisi bulunmayan, çevredeki bir başka nesneye kayabilir.

Neolojizm: Daha önceden kullanılmamış ve anlamı belirsiz yeni kelimeler üretilmesidir.

Blok: Konuşma kendi akışı içinde ilerlerken birdenbire kesilebilir, hasta bir süre bekledikten sonra kaldığı noktayı unuttuğunu söyleyebilir.

Stereotipi: Konuşma sırasında belli konular ya da kelimeleri sık sık tekrar etme eğilimi olabilir.

Mantık dışılık: Konuşma içindeki mantıksal bağlantılar kaybolmuştur.

Algılama Bozuklukları

Şizofrenik hastalarda görülebilen algılama bozuklukları varsanılar ve yanılsamalardır. Varsanı, gerçekte olmayan bir nesnenin duyularımız aracılığı ile sanki varmış gibi algılanmasıdır. Yanılsamalar ise gerçekte var olan bir nesnenin daha farklı ve biçim değiştirmiş olarak algılanmasıdır.

Şizofrenide en sık işitsel varsanılar görülür. Bunlar genellikle hastaya yönelik bişeyler söyleyen sesler ya da kendi aralarında konuşan birden fazla sesler şeklindedir. Emirler veren, eleştiren, alay eden sesler duyulabilir. Hasta ile ya da başkaları ile ilgili yorum yapan sesler olabilir. Hasta bu seslerin gerçek olmadığını farkında değildir, yorumları değerlendirip davranışlarını bu yorumlara göre ayarlayabilir.

Şizofrenik hastalarda görsel varsanılar da bulunabilir. Genellikle insan ve hayvan görüntüleri şeklindedir. Görsel varsanılar şizofreniden daha çok organik psikozlarda ve affektif bozukluklarda görülür.

Koku ve tad varsanıları daha çok organik ruhsal bozukluklarda görülmesine karşın nadir olarak şizofrenide de görülebilir.

Hareket ve Davranış Bozuklukları

Şizofrenik hastalarda genellikle bir isteksizlik ve enerji kaybı vardır. Toplum içinde uygun olmayan davranışlar gösterme biçiminde hareketler olabilir. Tuhaf ve dezorganize davranışlar görülebilir (Örneğin toplum içinde mastürbasyon yapmak gibi). Akut psikotik dönemde taşkınlıklar görülebilir. Katatonik şizofrenide hasta belli bir postürü uzun süre devam ettirebilir. Daha sonra da hiç beklenmeyen bir biçimde ani hareketler ortaya çıkabilir (katatonik eksitasyon). Bazılarında ise toplum içinde kendi kendine konuşma, gülme davranışları ortaya çıkabilir. Bazılarında ise manyerizm, garip postür ve duruşlar görülebilir.

Şizofrenide herhangi bir anlam ifade etmeyen bazı tekrarlayıcı stereotipik davranışlar görülebilir.

Duygulanım Bozuklukları

Affektif tepkisizlik veya küntleşme: Şizofrenik hastalarda duygulanımda kısıtlanma hali mevcuttur. Acı, üzüntü, sevinç, keder gibi duygusal tepkileri yansıtmayan bir yüz ifadesi bulunur. Olaylara duygusal tepki vermekte zorluk çeken hastaların soğuk, ilişki kurulması güç kişiler oldukları kolaylıkla anlaşılır. Ancak bu belirtiler hastaların duygusuz olduklarını veya acı çekmediklerini göstermez.

Uygunsuz affekt: Bazı hastalarda "uygunsuz affekt" olarak ifade edilen, hastanın duygulanımı ile uyumlu olmayan bir yüz ifadesi bulunabilir. Hasta, üzücü bir olaydan söz ederken gülümseyerek anlatabilir. Yine yersiz, anlamsız, tuhaf gülme ve ağlamalar olabilir.

Dikkat Bozuklukları

Hastalar dikkatini bir noktaya toplamakta zorluk çekerler. Bu durum hem sosyal ilişkilerde hem de uygulanan testlerde belirgin olarak saptanır.

Gerçeği değerlendirme yetisi

Kişinin gerçek hayatta olup bitenlerle kendi iç dünyasında olanları birbirinden ayıramaması anlamına gelmektedir. Şizofrenide görülen sanrılar ve varsanılar gerçeği değerlendirme yetisinin bozulduğunu gösteren belirtilerdir.

Soyut düşünme yetisi

Şizofrenik hastalarda soyut düşünme yetisi azalmıştır. Hastadan bir atasözünü yorumlaması istendiğinde atasözünün soyut anlamını kavrayamadığı ve somut açıklamalar getirmeye çalıştığı görülür.

TANI VE SINIFLANDIRMA

Şizofreni için tek başına tanı koydurucu hiçbir semptom ya da bulgu yoktur. Ortaya çıkan bütün belirti ve bulgular diğer ruhsal ve fiziksel hastalıklarda da görülebilir.

Şizofreni tanısının konmasından önce ayrıntılı bir öykü alınması, fizik muayene ve laboratuvar tetkiklerinin yapılması, böylelikle ayırıcı tanıda dikkate alınması gereken fiziksel hastalıklar ve madde kullanımının dışlanması gerekir.

DSM-IV'e göre şizofreni tanısının konulabilmesi için sanrılar, varsanılar, dezorganize davranış ya da konuşmalar ve affektif düzleşme gibi belirtilerden en az birkaçının, 1 ay süre ile bulunması; bu belirtilerin hastanın günlük yaşamını, okul ve iş yaşamını önemli ölçüde etkiliyor olması gerekmektedir (Tablo 1). Hastalığın geçmiş öyküsünün en az 6 ay olması gereklidir. Bu nedenle şizofreni tanısı konulurken hastanın o anki ruhsal durum muayenesi yeterli olmamakta hastalığın geçmiş öyküsünün de alınması gerekmektedir.

Şizofreni tanısında dikkat edilmesi gereken bir diğer

nokta eşlik eden bir başka hastalık olup olmadığının araştırılmasıdır. Aynı anda başka bir hastalığın bulunduğu durumlarda iki ya da daha fazla tanının birlikte konulabileceği de unutulmamalıdır.

Şizofreninin alttipleri:

DSM-IV'e göre şizofreni 5 alt tipte incelenmektedir.

1. Paranoid tip: Paranoid şizofrenide ön planda olan belirli bir tema etrafında organize olmamış sanrılar ve işitsel varsanılardır. Dezorganize konuşma ve katatonik davranış bu alttipte bulunmaz.

2. Dezorganize tip: Bu tipte düşünce ve hareket bozuklukları baskındır. Dezorganize konuşma ve davranışlar ön planda olmakla birlikte katatonik davranışlar görülmez. Hastaların davranışları genellikle tekrarlayıcı ve amaçsızdır. Genellikle 25 yaşından önce başlangıç gösterir. Dağınık, düzensiz bir düşünce akışı içinde, sistematize olmamış sanrılar, sözcük uydurmalar, stereotipik konuşmalar görülür.

3. Katatonik tip: Bu tipte hareket bozuklukları baskındır. Stupor, negativizm, rijidite, eksitasyonlar ve belirli bir postürde uzunca süre kalma gibi hareket bozuklukları ön plandadır. Son yıllarda

Tablo 1. Şizofreni için DSM-IV tanı kriterleri

A. Karakteristik semptomlar: Bir aylık bir dönem boyunca (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa bir süre), bu sürenin önemli bir kesiminde aşağıdakilerden ikisinin (ya da daha fazlasının) bulunması:

(1) hezeyanlar (sanrılar)

(2) halüsinasyonlar (varsanılar)

(3) dezorganize (karmaşık) konuşma (örn. çağrışımlarda dağınıklık) sık sık konu dışı sapmalar gösterme ya da enkoherans

(4) ileri derecede dezorganize ya da katatonik davranış

(5) negatif semptomlar, yani affektif donukluk (tekdüzellik), aloji (konuşmama durumu) ya da avolüsyon

Not: Hezeyanlar bizar ise ya da halüsinasyonlar kişinin davranış ya da düşünceleri üzerinde sürekli yorum yapmakta olan seslerden ya da iki ya da daha fazla sesin birbirleriyle konuşmasından oluşuyorsa A tanı ölçütlerinden sadece bir semptomun bulunması yeterlidir

B. Toplumsal/mesleki işlev bozukluğu: İş, kişilerarası ilişkiler ya da kendine bakım gibi önemli işlevsellik alanlarından bir ya da birden fazlası, bozukluğun başlangıcından itibaren geçen sürenin önemli bir kısmında, bozukluğun başlangıcından önceki düzeyin belirgin olarak altında kalmıştır (başlangıcı çocukluk ya da ergenlik dönemine uzanıyorsa, kişilerarası ilişkilerde, eğitimle ilgili ya da mesleki başarıda beklenen düzeye erişilememiştir).

C. Süre: Bu bozukluğun belirtileri en az 6 ay sürmelidir. Bu 6 aylık

süre, en az bir ay süreyle (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa bir süre) A tanı ölçütünü karşılayan semptomları kapsmalıdır; prodromal ya da rezidüel semptomların bulunduğu dönemleri kapsayabilir. Bu bozukluğun belirtileri, prodromal ya da rezidüel dönemlerde, sadece negatif semptomlarla ya da A tanı ölçütünde sıralanan iki ya da daha fazla semptomun daha hafif biçimleriyle (örn. acayip inanışlar, olağandışı algısal yaşantılar) kendilerini gösterebilir.

D. Şizoaffektif Bozukluğun ya da Duygudurum Bozukluğunun dışlanması: Şizoaffektif bozukluk ve psikotik özellikler gösteren duygudurum bozukluğu dışlanmalıdır. Bu: ya (1) aktif-evre semptomları ile birlikte aynı zamanda majör depresif, manik ya da mikst epizodlar ortaya çıkmaması ile, ya da (2) aktif-evre semptomları sırasında duygudurum epizodları ortaya çıkmışsa bile bunların toplam süresi aktif ve rezidüel dönemlerin süresine göre daha kısa olması ile yapılır.

E. Madde kullanımının/genel tıbbi hastalığın dışlanması: Bozukluğun bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) doğrudan fizyolojik etkilerine ya da genel tıbbi bir hastalığa bağlı olarak ortaya çıkmaması gerekir.

F. Bir Yaygın Gelişimsel Bozuklukla olan ilişkisi: Otistik Bozukluk ya da diğer bir yaygın gelişimsel bozukluk öyküsü varsa, ancak en az bir ay süreyle (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa bir süre) belirgin hezeyan ya da halüsinasyonlar görülürse şizofreni ek tanısı konabilir.

görülme sıklığı azalmıştır. Hastalar stupordan ekstasyona kadar gidebilen hızlı durum değişiklikleri gösterir. Stereotipik davranışlar, manyerizm görülebilir. Mevcut negativistik tutum nedeniyle konuşmama, gıda reddi ve beslenme bozuklukları görülebilir ve tıbbi bakıma gereksinim duyulabilir.

4. *Ayrışmamış tip*: Klinik tablosu diğer tiplerden herhangi birine uymayan hastalar bu şekilde ele alınmalıdır. Burada şizofreni tanısını koyduracak belirtiler vardır ancak bu belirtiler paranoid, dezorganize, katatonik tiplerden birisinin tanısını karşılayacak biçimde ayrışmamıştır.

5. *Rezidüel tip*: Hastalığın aktif dönemlerinde var olan sanrılar, varsanılar, dezorganize davranış ve konuşmalar gibi psikotik belirtiler önemli ölçüde azalmış olmakla birlikte bu belirtilerin kalıntısı olarak nitelendirilebilecek bir biçimde sürmektedir.

AYIRICI TANI

Bir çok ruhsal ve organik durum şizofreni benzeri semptomlara neden olabilir. Şizofrenide iyi bir ruhsal muayenenin yanında tam bir fizik muayene ve laboratuvar tetkiklerinin de yapılması organik hastalıkların ayırıcı tanısı yönünden gereklidir. Şizofreniye benzer semptomlar oluşturabilen organik ve ruhsal hastalıklar Tablo 2’de verilmiştir.

Organik psikozlar:

Serebral hastalıklar, vitamin yetmezlikleri ve diğer bazı organik durumlar ruhsal semptomlarla karışmaya çıkabilir. Bu organik durumlarda da şizofreniye benzer sanrılar, varsanılar ve affektif belirtiler görülebilir. Ancak organik etiyojiye bağlı ruhsal bozukluklarda temel patoloji bilişsel (bilinç, yönelim, dikkat ve bellek) yetilerdedir. Şizofrenide ise sözü edilen bilişsel yetilerde herhangi bir bozukluk görülmemektedir. Ayrıca şizofrenide işitsel varsanılar daha sık görülmesine karşın, organik psikozlarda genellikle görme, koku ve dokunma varsanıları ortaya çıkar. Kesin tanı altta yatan organik tablonun belirlenmesi ile konulur.

Alkol ve madde kullanım bozuklukları:

Alkol bağımlılarında, özellikle alkolün bırakılmasından birkaç gün sonra ortaya çıkabilen suçlayıcı işitsel varsanılar görülebilir. Bu durum alkolik halüsinoz olarak bilinir. Ayrıca gene alkolün bırakılmasından sonra özellikle paranoid düşüncelerin ortaya çıktığı psikotik durumlar görülebilir. Bu da alkol paranoyası olarak adlandırılır. Kısa süre sonra kendiliğinden

Tablo 2. izofrenik belirtilerin ay r c t a n s

Tıbbi ve nörolojik durumlar:

Madde bağımlılığı (amfetamin, halusinojenler, alkol halusinozu, barbiturat kesilmesi durumları)

Epilepsi (özellikle temporal lob epilepsisi)

Tümör, serebrovasküler hastalıklar ve travma

Diğer durumlar:

- AIDS
- Akut intermitan porfiri
- Vitamin B₁₂ yetmezliği
- Karbonmonoksit zehirlenmesi
- Serebral lipidozis
- Jakob-Creutzfeldt hastalığı
- Fabry hastalığı
- Fahr hastalığı
- Hallerworden-Spatz hastalığı
- Ağır metal zehirlenmesi
- Herpes ensefaliti
- Homosistinüri
- Huntington hastalığı
- Metakromatik lökodistrofi
- Nörosifiliz
- Normal basınçlı hidrosefali
- Pellegra
- SLE
- Wernicke-Korsakoff sendromu
- Wilson hastalığı

Psikiyatrik durumlar

- Atipik psikoz
- Otistik bozukluk
- Kısa psikotik bozukluk
- Sanrsal bozukluk
- Psikolojik bulguların önde gittiği yapay bozukluk
- Simulasyon
- Affektif bozukluklar
- Normal adolesan dönemi
- Obsesif kompulsif bozukluk
- Kişilik bozuklukları (Şizotipal, şizoid, borderline, paranoid gibi)
- Şizoaffektif bozukluk
- Şizofreni
- Şizofreniform bozukluk

düzelmesi ve öyküde alkol kullanımının bulunması ile şizofreniden ayırımı yapılır.

Amfetamin, LSD, meskalin ve esrar gibi madde bağımlılarında da şizofreniye benzer belirtiler ortaya çıkabilir. Yatkın kişilerde madde kullanımı ile bu belirtiler kalıcı hale gelebilir.

Sanrısız bozukluk:

Kıskançlık sanrıları, kötülük görme sanrıları ve büyüklük sanrılarının görüldüğü bir durumdur. Sanrılar şizofrenideki gibi sistemsiz ve tuhaf değil, oldukça organize ve inandırıcı özellik taşır. Ayrıca şizofreninin diğer belirtilerinin görülmemesi ile ayırıcı tanısı yapılır.

Depresyon:

Daha çok umutsuzluk, karamsarlık, suçluluk ve değersizlik düşünceleri ile kendini gösterir. Genellikle sanrılar, varsanılar ve şizofrenin diğer belirtileri depresyonda görülmez. Ancak bazı depresyonlarda kötülük görme sanrıları, suçluluk sanrıları ve işitsel, görsel varsanılar ortaya çıkabilir. Depresyonda görülen varsanılar şizofrenideki gibi düzensiz ve tuhaf nitelikte değildir. Hastanın duygudurumu ile uyumlu, suçlayıcı niteliktedir. Bazı depresyonlarda katatonik şizofreniye benzer şekilde motor davranış bozuklukları görülebilir. Sanrılar ve varsanıların hastanın duygudurumu ile uyumlu olması ve depresyonun diğer belirtilerinin görülmesi ile şizofreniden ayrılır. Şizofreninin seyri sırasında da depresyon ortaya çıkabilir.

Bipolar bozukluk:

Manik epizodda ortaya çıkan bazı belirtiler şizofreni ile karışabilir. Büyüklük sanrıları, kötülük görme sanrıları, işitsel varsanılar ve ajitasyonlar ortaya çıkabilir. Manide görülen sanrılar da hastanın duygudurumu ile uyumlu, kendini yüceltecek niteliktedir. Manik hastalar insan ilişkilerine daha açıktır. Bulaşıcı bir neşeleri vardır. Genellikle şizofrenideki gibi tuhaf sanrılar ve davranışlar ortaya çıkmaz. Bipolar bozuklukta şizofreni benzeri ataklar ve remisyonlar görülür. Şizofrenik hastalarda remisyonlar sırasında genellikle tam iyileşme olmamasına karşın bipolar bozuklukta genellikle tam bir iyileşme hali ortaya çıkar, hasta eski işlevselliğine geri döner.

Ancak bazı durumlarda depresyon ya da mani ile şizofreni arasında ayırıcı tanı yapmak mümkün olmayabilir. Aylar, hatta yıllar boyunca hastanın izlenmesi gerekebilir.

Zeka gerilikleri:

Zeka geriliklerinde görülen davranış bozuklukları şizofreni ile karışabilir. Şizofrenide zeka alanında herhangi bir bozukluk görülmemektedir.

Kişilik bozuklukları:

Kişilik bozukluklarının da şizofreniden ayırımının yapılması gerekir. Paranoid, şizoid, şizotipal kişilik

bozuklukları ve borderline kişilik bozukluğu şizofrenide görülebilen belirtilere benzer semptomlar içerebilir. Paranoid kişilik bozukluğunda kuşkucu, güvensiz kişilik özellikleri belirgindir. Ancak paranoid düşünceler hiçbir zaman sanrı niteliğinde değildir ve ilerleyici özellik göstermez. Şizoid kişilik bozukluğundaki içe kapanıklık ve şizotipal kişilik bozukluğundaki tuhaf görünüm ve davranışlar da şizofreniye benzeyebilir. Ancak hiçbir zaman şizofrenideki gibi açık psikotik belirtiler (sanrı ve varsanılar) ortaya çıkmaz. Borderline kişilik bozukluğunda zaman zaman şizofreniye benzer biçimde açık psikotik belirtiler kısa süreli olarak ortaya çıkıp kaybolabilir.

Kısa psikotik bozukluk ve şizofreniform bozukluk:

DSM-IV'e göre şizofreni tanısının konulması için hastalığın başlangıcından itibaren en az 6 aylık bir sürenin geçmiş olması koşulu vardır. 6 aydan daha kısa süren durumlarda şizofreniform bozukluk, 1 aydan daha kısa süren durumlarda da kısa psikotik bozukluk tanısının konulması gereklidir.

Şizoaffektif bozukluk:

Son yıllarda sınıflandırma sistemlerine giren ve şizofreniye çok benzeyen bir durum da şizoaffektif bozukluktur. Bu bozuklukta şizofrenide görülen tüm belirtiler bulunur ancak beraberinde depresyon ve maniye düşündürür biçimde belirtiler de vardır. Gerçekte affektif belirtiler şizofreninin gidişi sırasında zaman zaman ortaya çıkabilir. Ancak şizoaffektif bozuklukta hastalığın önemli bir bölümünde tabloya hakimdir. Bu yönüyle şizofreniden ayrılır. Ayrıca bu bozuklukta affektif belirtilerin bulunmadığı ve psikotik belirtilerin bulunduğu en az iki haftalık bir dönemin olması ile de bipolar bozuklukta ayırımı yapılır.

Demans:

Özellikle yönelim, dikkat ve bellek gibi bilişsel yetilerde bozulma ile kendini gösteren bir durumdur. Sanrılar, varsanılar ve motor davranış bozuklukları da ortaya çıkabilir. Ancak ilerleyici bellek bozuklukları ve yer, zaman ve kişi yöneliminin bozukluğunun ön planda olmasıyla şizofreniden ayrılır.

GİDİŞ VE SONLANIM

Şizofreni genellikle ilerleyici, epizodik bir gidiş gösterir. Hastalığın gidiş ve sonlanışını önceden kestirmek mümkün değildir. Bazı hastalarda sinsi bir şekilde ilerleyici gidiş gösterirken kimi durumlarda epizodik bir seyir izler. Epizodlar sırasında açık psikotik belirtiler tabloya hakimdir. Remisyonlarda

ise genellikle psikotik belirtiler oldukça azalmış, işlevsellik önemli ölçüde düzelmiş olabilir. Tam remisyonlar nadiren ortaya çıkar. Bazı durumlarda hastalığın başlangıcında aylar süren psikotik belirtiler ortaya çıkabilir, daha sonra uzun bir iyilik dönemi görülebilir. Bazen de psikotik dönem yıllarca sürebilir.

Hastaların yaklaşık %35-40'ında önemli ölçüde düzelme ortaya çıkar. Hastaların bir kısmında iler-

leyici gidiş nedeniyle kısa süre içerisinde belirgin bir entelektüel yıkım görülebilir.

Genel olarak akut başlangıç gösterenlerde, düzenli aile ve iş yaşamı olanlarda, genetik yüklülüğü olmayanlarda, daha az tekrarlamaya gösterenlerde ve tedavi uyumunun iyi olduğu hastalarda prognoz daha olumlu olduğu bilinmektedir.

Yararlanılan ve Önerilen Kaynaklar

1. American Psychiatric Association (1994) Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı. 4. baskı (DSM-IV), çev: E Köroğlu, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1995.
2. Andreasen NC, Nopoulos P, Schultz S et al. (1994) Positive and negative symptoms of schizophrenia: Past, present, and future. *Acta Psychiatr Scand*, Suppl 384:51-59.
3. Andreasen NC (1979) Thought, language and communication disorders II. Diagnostic significance. *Arch Gen Psychiatry*, 36:1325-1330.
4. Arieti S (1974) Interpretation of Schizophrenia. 2. baskı, New York, Basic Books.
5. Beiser M, Erickson D, Fleming JAE et al. (1993) Establishing the onset of psychotic illness. *Am J Psychiatry*, 150:1349-1354.
6. Breier A, Schreiber JL, Dyer R et al. (1991) National Institute of Mental Health longitudinal study of chronic schizophrenics: prognosis and predictors of outcome. *Arch Gen Psychiatry*, 48:29-346.
7. Carpenter WT, Heinrichs DW, Wagman AMI (1988) Deficit and nondeficit forms of schizophrenia: The concept. *Am J Psychiatry*, 145:578-583.
8. Chaika E (1982) Thought disorder and speech disorder in schizophrenia. *Schizophr Bull*, 8:588-591.
9. Coşar B (1998) Şizofreninin Altıpleri. Şizofreni Dizisi, 1(1):29-34.
10. Erol A (1998) Şizofrenide Dil. Şizofreni Dizisi, 1(2):54-63.
11. Göğüş AK (1999) Şizofrenide gidiş ve sonuç. Şizofreni Dizisi, 2:28-38.
12. Hegarty JD, Baldessarini RJ, Tohen M et al. (1994) One hundred years of schizophrenia: A metaanalysis of the outcome literature. *Am J Psychiatry*, 151:1409-1416.
13. Herron WG, Schultz CL, Welt AG (1992) A comparison of 16 systems to diagnose schizophrenia. *J Clin Psychol*, 48:711-721.
14. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA (1994) Synopsis of Psychiatry. 7. baskı, Baltimore, Williams and Wilkins, s. 457-486.
15. Kawasaki Y, Maeda Y, Sakai N et al. (1994) Evaluation and interpretation of symptom structures in patients with schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand*, 89:399-404.
16. Kendler KS, Tsuang MT (1981) Nosology of paranoid schizophrenia and other paranoid psychoses. *Schizophr Bull*, 7:594-609.
17. Lindenmayer JP, Kay SR, Opler L (1984) Positive and negative subtypes in acute schizophrenia. *Compr Psychiatry*, 25:455-464.
18. Mete L (1998) Şizofrenide klinik belirtiler. Şizofreni Dizisi, 1:17-22.
19. Munkjorgensen P, Mortensen PB (1989) Schizophrenia: a 13 year of follow-up. Diagnostic and pathological aspects. *Acta Psychiatr Scand*, 79:391-399.
20. Öztürk O (1994) Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. 7. baskı, Ankara, Hekimler Yayın Birliği, s. 175-205.
21. Wing J (1988) Comments on the long-term outcome of schizophrenia. *Schizophr Bull*, 11:509-518.