

---

# Psikotik Affektif Bozukluklar

**Prof. Dr. Olcay YAZICI\***

## Özet

*Affektif psikozlar kavramı, psikotik duygudurum bozuklukları ve şizoaffektif bozukluğu kuşatır ve şizofreniye de dokunarak, bunların ayırıcı tanısını sorgular. Oysa bu bozuklukların sınırları tam çizilebilmiş görünmemektedir. Bunun başlıca nedeni psikiyatrik bozuklukların bireylerde yalnız başlarına değil, çeşitli bozuklukların karışımları olarak ortaya çıkmaları, böylece çok sayıda atipik ya da ara olguların gözlemlenmesidir. Böyle bir durumda yapılan bölümlenmeler de, ister istemez yapay kalmakta ve haklıklarının araştırmalarla doğrulanmasını beklemektedirler. Aşağıda bu kavramlar eleştirel bakışla tartışılacaktır.*

PSİKİYATRİ DÜNYASI 1999;3:79-82

**M**anik-Depresif Psikoz (PMD) sözcüklerinde vurgulanan, bu bozukluğun hem affektif bir bozukluk, hem de kişinin gerçeğe ilişkisini büyük ölçüde bozan bir hastalık, yani bir "psikoz" olduğu idi. Ancak, daha sonraları psikoz terimi, olasılıkla daha nesnel bir anlatım çabasıyla, genelde sanrı ve varsanıların varlığı temelinde tanımlanmaya başladığında, PMD hastalarının büyük bir bölümünde bunların bulunmadığı, yani psikotik olmadıkları vurgulanarak, manik depresif "hastalıklı" söz etmek daha doğru görüldü. Sonra da, affektif belirtilerdeki iki zıt kutup özelliği öne çıkarılarak, "ikiüçlü bozukluk" terimi ileri sürüldü. İkiüçlü bozukluk ise önce psikotik olan ve olmayan; psikotik olanlar da, duygudurumla uyumlu olan ve olmayan şeklinde ikili ayrımlarla incelendi.

Şizofreni ile psikotik duygudurum bozukluklarının ayırımı, psikiyatrinin temel sorunlarından biri olmuş ve halen de olmayı sürdürür görünmektedir. Bunun ana nedeni, şizofreninin kendini psikotik belirtilerle göstermesine karşın duygudurum belirtilerini de gösterebilmesi ve çok daha yaygın olarak, duygudurum bozukluklarının da şizofreninin psikotik belirtilerini sergileyebilmesidir. Sonuçta, iki bozukluk ortak belirtiler kümesini paylaşabildikleri için, "bu karışımlara hangi sınırlardan itibaren hangi hastalık tanısını koymak doğrudur" sorusu belirsiz, o dönemin geçerli bakış ve sınıflandırma sistemlerine göre değişen, böylece kaçınılmaz olarak "yapay" bir ayırıcı tanı düzeyinde kalmaktadır. Bu sorunun çözümü için, her iki bozukluğu ayıracak, nedensel, belirtisel, gidişsel ya da tedavi yönünden net farklılıkların araştırmalarla ortaya konması beklenmektedir.

---

\* İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, İSTANBUL

Nedensel boyutta bakıldığında, hem şizofreni hem duygudurum bozuklukları, aile öyküsünde tekrarlanma özelliği en yüksek olan psikiyatrik bozukluklardır. Ne var ki, bu durum ikiçüklü bozukluk aile öyküsünde şizofreni, ya da tersine şizofreni tanısı konulan hastaların aile öyküsünde ikiçüklü bozukluk saptamayı dışlayacak düzeyde değildir. Bu durumda ailede bu hastalıklardan birinin varlığı, incelenen bireyde o hastalık tanısını daha fazla düşündürse de kesinleştiremez. Hastalık öncesi kişilik özellikleri ya da psikososyal bir stresörün varlığı gibi değişkenler de aynı nedenlerle ayırıcı tanı için fazla bir değer taşıyamaz. Sorunu daha temelden çözmesi umulan biyolojik veriler ise, şimdilik daha da çelişkili ve yetersiz durumdadır.

Yardımcı olması beklenen ikinci boyut belirtilerin özellikleridir, ayırıcı tanı da zaten bu belirtilerin karışık sunumu nedeni ile tartışmaya gelmiştir. Bir çok psikotik belirti duygudurum bozukluklarında da görülebilse bile, bu bozukluklarda görülemeyecek, şizofreniye özgü, "gerçek şizofrenik" belirtiler var mıdır? Klinisyenler deneyimleri arttıkça, bunu "hissedebildiklerini" hissetseler de, araştırmalar bunun gerçek olmadığını, ya da bu hissetmenin "nesnelleştirilemediğini", yani kısaca, şizofreniye patognomonik bir belirti bulunmadığını ortaya koymaktadırlar.

Şizofrenik bir durumda, en azından hastalığın "aktif" olduğu dönemde, psikotik özellik gösterme oranının %100 olacağı düşünülür ancak ikiçüklü bozukluk epizodlarında bu oran %50 dolayında bildirilmiş ve en yüksek oranın %50-80 ile akut manik epizodda olduğu vurgulanmıştır. Ayırıcı tanı zaten psikotik olan bir duygudurum hastası ile yapılacağından psikotik özellik gösterme oranlarının yüksekliği yardımcı olamaz, üstelik olgunun bir duygudurum hastası olması olasılığının düşük olmadığına işaret eder. Psikotik belirtilerin niteliğine bakılırsa, ikiçüklü bozuklukta sanrılar, %50 oranla, en sık görülen psikotik belirtiyi oluştururken; varsanılıkların sıklığı %15 olarak bildirilmekte ve en sık olarak işitsel ve daha sonra koku varsanılıklarının, bunların yarısı oranında da görsel varsanılıkların görüldüğü belirtilmektedir. Bu profilin şizofrenidekinden pek farklı olmadığı görülmektedir. Ayırıcı tanı için önemli bir özelliğin, sanrılıkların duygudurumla uyumlu içerik taşıması olduğu düşünülebilir. Gerçekten de, psikotik belirtilerin grandiyöz ya da depresif niteliğinin belirgin olması, duygudurum bozukluğu tanısına bir öncelik kazandırır. Ancak aynı durum

şizofrenide de görülebilir. Üstelik, ikiçüklü bozukluk-taki duygudurumla uyumsuz ve uyumlu belirtilerin hemen aynı oranda sergilenebildiğine dikkat çekilmektedir. Dahası bu iki tip belirtinin birlikte sergilenmesi de sık bir olgudur. Şizofreninin en karakteristik belirtilerinden sayılmış olan Schneider belirtileri ikiçüklü psikotik hastaların %20'sinde ve şizofreninin "taklit edilemez damgası" gibi görülmüş olan şekilsel düşünce bozuklukları, psikotik maniklerin %70'inde saptanmıştır. Hospitalize edilmiş akut olgulardaki şekilsel düşünce bozukluklarının, manik hastalarda şizofreniklere eşit ya da daha şiddetli olarak bildirilmiş olması düşündürücüdür. Belki şizofreninin asıl çekirdeği sayılması gereken affektif donukluk ya da uygunsuzluğu ise her şizofrenikte görmek olası olmadığı gibi, bunu affektif sığılaşmanın belirgin olduğu bir depresyondan ayırmak da kolay değildir. Benzer şekilde katatonik belirtiler her iki bozukluğa da eşlik edebilir.

Semptomatolojik irdelemede psikotik belirtilerin ayrımı sağlayamadığı görülünce, tanının duygudurum belirtilerindeki özelliklere dayandırılması daha uygun görülebilir. Gerçekten de, günümüzdeki yaklaşımlar daha çok bu boyuta yönelerek, şizofrenide affektif belirtiler bulunsa da, bunların tam bir duygudurum epizodu boyutunda görülmeyeceği beklentisinden hareket etmektedirler. Bu ilke bir kural olarak kabullenilseydi, işlerin daha kolaylaşacağı, major bir duygudurum epizodu görüldüğünde şizofreni tanısının otomatik olarak dışlanması gerektiği düşünülecekti. Ancak eldeki araştırma verileri bu ayrımları yapmaya izin vermediğinden, bazı olguların dışlanmaması için, kapılar açık bırakılmaktadır. Üstelik şizofreniklerde tam manik bir sendrom olasılığı düşük görülese bile, major depresyonların gözlemlenebildiği bilinmektedir. Ayrıca, manik depresif bir hastalık gibi başlayıp, şizofrenik bozukluk olarak devam eden olgular da bulunmaktadır. Belirtilerdeki karışımın bu ölçüde oluşu, ara bir kategoriye, şizoaffektif bozukluğun ortaya atılmasını zorlamış, ama bu kez bu üç bozukluk arasındaki sınırlar sorusu ortaya çıkmıştır. Yukarıdaki veriler, psikotik bir duygudurum epizodu saptandığında, ayırıcı tanının yalnızca duygudurum bozukluğu ve şizoaffektif bozukluk arasında yapılmasını engellemekte, şizofreniyi hala işin içinde tutmaktadır. Bu üç bozukluk da, hem duygudurum epizodlarını hem şizofreninin tüm psikotik belirtilerini gösterebilir konumları ile, bulanık bir alanda yüzmektedirler.

Bu bulanıklığı giderecek daha güvenilir bir boyutun, bir "nokta" değerlendirmesi yerine, "zaman" olması ve bu üç bozukluğun hiç değilse "gidiş" özellikleri yönünden ayrılması gerektiği düşünülebilir. Aksi takdirde bunları ayrı antiteler olarak görmenin neye dayandığı açıklanamaz kalacaktır. Kraepelin, şizofreniyi premorbid düzeye geri dönemeyen kronik seyir ve yıkımlı, oysa manik depresif hastalığı tam düzelen ama yineleyici epizodlarla seyreden hastalıklar şeklinde farklı antiteler gibi görünürken, gidiş boyutundaki farklılığı öngördüğü için anlaşılabilir bir ayırım yapmıştı. Ancak, günümüzdeki çelişki, tam olarak düzelebilen şizofrenik ve tam düzelmeyebilen affektif bozuklukların varlığını kabullenerek, gidiş boyutundaki bu ayırıcılığı da ortadan kaldırmış gibi görünmektedir.

Başka bir ayırıcı tanı yaklaşımı tedavi boyutudur. Şizofreni antipsikotik ilaçlarla tedavi edilmektedir. Ancak, bu ilaçların hastalığın hangi tanımlaması alınır alınmaz, onu iyileştirmek değil belirtileri kontrol etmek biçimindeki etkinliği, dahası bir çok şizofrenik hastada tümü ile etkisiz kalması, tedaviye dayanarak şizofreni tanısı koymayı uygunsuzlaştırır. Diğer yandan bu ilaçlar duygudurum bozukluklarında etkisiz ya da daha az mı etkilidir? Duygudurum bozukluklarının akut ve koruyucu tedavisinde duygudurum düzenleyicilerinin monoterapisi önerilerine karşın, çoğu klinisyen, özellikle şiddetli bir manik sendromu, nonpsikotik olsa bile, ancak antipsikotiklerle kontrol edilebilmektedir. Manik epizod psikotikse bu tercih daha da hızlı yapılmaktadır. Diğer yandan psikotik depresyonun antipsikotik verilmediğinde antidepresanlara yanıtız kaldığı da iyi bilinmekte, ayrıca şizofrenik denen bir olgudaki ek major depresyonun varlığı antipsikotiğe antidepresan eklenmesini gerektirebilmektedir. Böylece akut bir psikotik epizodun tedaviye yanıtız yola çıkarak ayırıcı tanısının yapılması çok güçleşmektedir. Tek anlamlı fark, duygudurum bozukluğunun, duygudurum düzenleyicilerinin monoterapilerine iyi koruma yanıtı vermesi halinde ortaya çıkar. Gerçekten şizofrenide sık rastlanmayan bu özellik sayesinde (koruma tedavisine alınan yanıtız) ayırıcı tanısı yapılamayan bir çok olguda ayırım sağlanabilmektedir. Ancak, bu sonuç da iki veriyle bulanır: İlki, dirençli şizofren hastalarda antipsikotiklere duygudurum düzenleyicilerinin eklenmesi önerileri ve şizoaffektif bozukluk tanısı alan hastalar için önerilen tedavinin de bu kombinasyon olmasıdır. İkincisi ise, duygudurum düzenleyicilerine yanıtız kalan bir çok duygudurum bozukluğu hastasının

bulunması, özellikle psikotik boyutun eşlik ettiği hastalarda bunun daha belirgin olması ve bu hastalarda tedaviye antipsikotik ekleme gereği, dahası atipik antipsikotik monoterapisinin bu hastalarda giderek daha fazla tercih edilen koruma biçimi olmaya başlamasıdır. Özetle tedaviye, özellikle de koruma tedavisine yanıtız, daha çok tipik olgular için anlamlı bir ayırıcıdır ve bu tartışmanın konusu olan psikotik ara olgular için çok değer taşımaz görünmektedir.

Gerçek şudur ki, psikiyatrik hastalıklar, kesin sınırlarla birbirinden ayrılmamış ve farklı boyutlardaki çeşitli bozuklukların o hastaya özgü karışımları olarak ortaya çıkıyor görünmektedir. Bu nedenle, tartışma alanımızdaki üç boyut; duygudurum belirtileri (şiddetli manik sendromdan ağır depresif sendroma uzanan spektrum), psikotik belirtiler (ağırdan hafife uzanan ve duygudurumla uyumlu-uyumsuz psikotik belirtileri de içine alan şizofrenik ya da psikotik spektrum), gidiş özellikleri (tam düzeliş tek epizodla sınırlı kalıştan, tam düzelen yineleyici epizodik gidişe, ara dönemleri rezidüel belirtili kalan ya da düzelen kronik gidiş gösteren spektrum) herhangi bir bireyde kendine özgü karışımla ortaya çıkabilecektir. Kesin sınırlar çizmeye özenerek ara olgular dışlanamaz. Bu da güncel yaklaşımın doğru olduğunu düşündürebilir. Ancak, sorun bu olguları yok saymaya kalkmak değil, olgular üzerine yerleştirilecek tanı kategorilerinin, ister istemez yapay kalacağını görmektir. Bu durumda, hiç değilse bir boyuttaki tutarlılık, o kategoriyi ayrı antite olarak görmenin gerekçesini oluşturacaktır. Bir benzetme ile, şizofreni terimi tümörler anlamında kullanıldığında iyi ve kötü prognozu içerir, ancak habis tümörler anlamında kullanıldığında kötü prognoza işaret eder. Bu dar anlamlı kullanım iyi pronozlu tümörleri yok saymaz, yalnızca şizofreni sözcüğünün "tanımlayıcı" sınırını çizer ve bulanıklığı azaltır.

Bu irdeleme sonunda şunlar düşünülebilir: 1. Etiyolojik boyutun her üç bozukluk için özgül olmayan, çoklu ve yetersiz verileri nedeniyle, bu boyuta dayanan bir tanımlama şimdilik yapılamaz görünmektedir. 2. Semptomatolojik olarak şöyle bir yaklaşım olasıdır: Duygudurum epizodunun tam varlığında, psikotik belirtilerin duygudurumla uyumlu olması halinde tanı psikotik duygudurum bozukluğu; duygudurumla uyumsuz olması halinde şizoaffektif bozukluk; tam bir duygudurum epizodunun yokluğunda ve psikotik belirtilerin varlığında şizofreni. 3. Gidiş boyutunu dikkate alarak şöyle bir

yaklaşım olasıdır: Psikotik olmayan affektif bozukluk ya da affektif özellik göstermeyen şizofrenik durumlar ayırıcı tanı dışında bırakılarak, affektif - psikotik bir sendromun varlığında, premorbid düzeye tam olarak geri dönen bir gidiş psikotik duygudurum bozukluğu; ileri yıkım gösteren olgular şizofreni ve arada kalan hafif yıkımlı olgular şizoaffektif bozukluk olarak tanımlanabilir. Bu durumda yıkım derecesinin net ölçütlerinin de tanımlanması gerekir.

Görüldüğü gibi, gene yapay kalsa da, çeşitli boyutlardaki paydayı ortak kılarak anlaşma sağlamak olası görünmektedir. Günümüzdeki yaklaşımlar da, karşılaştırılabilir araştırmalar ile sorunun daha derin düzeyde, örneğin biyolojik veriler temelinde, aydınlatılabilmesi için üzerinde anlaşmaya varılmış bir grup oluşturmak amacıyla, semptomatoloji ve gidiş boyutunu birleştirerek bir tanımlamaya yönelmiş görünmektedir. Aslında bu açıdan da çeşitli öneriler geliştirilebilir. Örneğin, psikotik bir duygudurum epizodunun tam düzelen epizodik gidişinde psikotik duygudurum bozukluğu; aynı epizodu izleyen ara dönemlerde premorbid düzeye tam dönmeyen olgularda şizoaffektif bozukluk; bir duygudurum epizodunun tam olarak bulunmadığı psikotik epizodlarda premorbid düzeye tam geri dönüş durumunda şizofreniform bozukluk; aynı tip epizodun premorbid düzeye tam geri dönmeyen durumunda şizofreni tanıları gibi.

Günümüz araştırmalarını güdümlleyen DSM-IV çizgisi de benzer bir yaklaşımı benimsemiş görünmektedir: Semptomatolojik açıdan psikotik belirtiler ve tam bir duygudurum epizodunun varlığında, psikotik duygudurum bozukluğu ve şizoaffektif bozukluk tanıları öne çıkmakta, ancak şizofreni tanısı dışlanmadan daha geri planda onları izlemektedir. Psikotik belirtilerin duygudurum epizodu süresi içinde kalması koşulunda (duygudurum belirtileri silindikten sonra yalnız psikotik belirtilerin en fazla 2 hafta sürmesi şeklinde ayrı bir yapay ölçütle tanımlanmıştır) tanı psikotik duygudurum bozukluğudur. Psikotik belirtilerin duygudurum epizodu olmaksızın sergilenmesi 2 haftayı geçtiği anda tanı şizoaffektif bozukluk ile şizofreni arasına kayar. Hastalığın uzunlamasına gidiş profilinde psikotik belirtiler daha baskın ise tanı şizofreni, duygudurum belirtileri daha baskın ya da eşitlik varsa şizoaffektif bozukluk tanısı konur.

Bu yaklaşımın, üç bozukluk arasındaki sınırların belirsiz olduğu dönem ve o dönemde yapılan çalışmaların karşılaştırılmaz olduğu duruma göre rahatlatıcı olduğu açıktır. Ancak, böyle bir sınıflamanın haklılığı, bu tanımlamalara uygun çalışmaların, gruplar arasındaki ayırımı doğrulayacak farklılıkları göstermesine gereksinmektedir ve o zamana kadar da, yapay bölümlenmelerle çalıştığımızı unutmamak gerektiği söylenebilir.

### Yararlanılan ve Önerilen Kaynaklar

1. Abrams T, Taylor MA (1981) Importance of schizophrenic symptoms in the diagnosis of mania. *Am J Psychiatry*, 138:658-661.
2. Carlson GA, Goodwin FK (1973) The stages of mania. A longitudinal analysis of the manic episode. *Arch Gen Psychiatry*, 28:221-228.
3. Coryell W, Reller M, Lavori P et al. (1990) Affective syndromes, psychotic features, and prognosis. *Arch Gen Psychiatry*, 47:658-662.
4. Crow TJ (1990) The continuum of psychosis and its genetic origins. *Br J Psychiatry*, 156:788-797.
5. Dieperink ME, Sands JR (1996) Bipolar mania with psychotic features: diagnosis and treatment. *Psychiatric Annals*, 26:633-637.
6. Esparon, J, Rollori J, Naylor GJ et al. (1986) Comparison of the prophylactic action on flupenthixol with placebo in lithium treated manic-depressive patients. *Br J Psychiatry*, 148:723-725.
7. Goodwin FK, Jamison KR (1990) *Manic-Depressive Illness*. New York, Oxford University Press.
8. Guze SB, Woodruff RA, Clayton PJ (1975) The significance of psychotic affective disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 32:1147-1150.
9. Harrow M, Grossman LS, Silverstein ML et al. (1982) Thought pathology in manic and schizophrenic patients. Its occurrence at hospital admission and 7 weeks later. *Arch Gen Psychiatry*, 39:665-671.
10. Roson LN, Rosenthal NE, VanDusen PII et al. (1983) Age of onset and number of psychotic symptoms in bipolar I and schizoaffective disorder. *Am J Psychiatry*, 140:1523-1524.
11. Sands JR, Harrow M (1995) Vulnerability to psychosis in unipolar major depression. Is premorbid functioning involved? *Am J Psychiatry*, 152:1009-1015.
12. Tohen M, Tsuang MT, Goodwin DC (1992) Prediction of outcome in mania by mood-congruent or mood-incongruent psychotic features. *Am J Psychiatry*, 149:1580-1584.
13. Winokur G, Morrison J, Clancy J et al. (1972) The lows 500 II. a blind family history comparison of mania, depression, and schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*, 27:462-464.