

Şizoaftif bozukluk hastalarının sosyodemografik ve klinik özelliklerinin değerlendirilmesi

Osman VIRIT,¹ Mehmet Hanifi KOKAÇYA,² Feridun BÜLBÜL,³
Serhat ÇITAK,⁴ Haluk Asuman SAVAŞ⁵

ÖZET

Amaç: Şizoaftif bozukluk (ŞAB) ilk tanımlandığından beri, varlığı, tanılabilirliği, süreğenliği ve klinik özellikleri tartışılmaktadır. Bu çalışmada ŞAB'li hastaların sosyodemografik ve klinik özelliklerinin araştırılması amaçlanmıştır. **Yöntem:** Çalışmaya DSM IV-TR'ye göre ŞAB tanısı konmuş 35 hasta alındı. Hastaların dosya kayıtları geriye dönük olarak incelenerek veriler elde edildi. **Bulgular:** Hastaların %71.4'ü erkek, %28.6'sı kadındı. Manik nöbet sayısı 3.71 ± 3.04 , depresif nöbet sayısı 2.45 ± 1.82 idi. Otuz dört hasta iki uçlu ve bir hasta depresif alt tipti. Hastaların %97.1'inde sanrı ve %68.6'sında varsanı kaydedilmiştir. Son tanısı ŞAB olan 35 hastanın birinci ve ikinci tanılarda değerlendirilmelerinde konulan tanılar sırasıyla, ŞAB %5.7 ve %57.1, iki uçlu bozukluk %28.2 ve %31.4, psikoz %54.3 ve %11.4, depresyon %11.4 ve %0.0 idi. Hastaların %37.1'inin ailede psikiyatrik bozukluk öyküsü vardı. Hastaların sürmekte olan tedavileri antipsikotik %97.1 (tipik 1, atipik 33 hasta) duygudurum dengeleyici (DD) %40, DD olmaksızın antipsikotik %60, antipsikotik+DD %37.1, sadece DD %2.9, antidepresan %20, benzodiyazepin %20, biperiden %17.1, risperidon %34.3, olanzapin %31.4, ketiyapin %25.7, lityum %22.9, valproat %20, karbamazepin %2.9, çoklu antipsikotik %28.6, lityum+valproat %5.7, antipsikotik+antidepresan %17.1, antipsikotik+DD+antidepresan %5.7 idi. Geçmiş tedavi öykülerinde ise, antipsikotik %97.1, DD %54.3, antidepresan %42.9, benzodiyazepin %17.1, biperiden %20 ve lamotrijin %8.6 idi. Hastaların %68.6'sına daha önce EKT uygulanmıştı. Yatış sayısı erkek hastalarda kadınlara göre daha çoktu. Manik nöbet sayısı ile hastalık süresi ve yatış sayısı arasında pozitif, antidepresan kullanma öyküsü ile manik nöbet sayısı arasında pozitif ve EKT öyküsü ile yatış sayısı arasında negatif ilişki vardı. **Tartışma:** ŞAB'de tanılabilir süreğenlik düşük düzeydedir. Hastalar tedavilerini antipsikotik veya antipsikotik ile beraber DD ile sürdürmektedir. Bir kısım hastanın tedavisinde antidepresan ve antianksiyete ilaçlar yer almaktadır. Tedavide ŞAB tanısı için kesitsel değerlendirme ile beraber uzunlamasına değerlendirme de iyi yapılmalıdır. Şizoaftif depresif alt tipin daha iyi tanınması açısından daha dikkatli olunmalıdır. (Anadolu Psikiyatri Dergisi 2009; 10:204-211)

Anahtar sözcükler: Şizoaftif bozukluk, sosyodemografik özellikler, klinik özellikler, geriye dönük çalışma

Investigation of sociodemographic and clinical characteristics of patients with schizoaffective disorder

ABSTRACT

Objective: Since definition of schizoaffective disorder (SAD), there is disagreement about its presence and diagnostic validity and continuity. This study aimed to investigate sociodemographic and clinical features of SAD patients. **Methods:** Thirty-five patients were included who were diagnosed with SAD based on the DSM-IV-TR.

¹ Yrd.Doç.Dr., ² Arş.Gör.Dr., ³ Uzm.Dr., ⁵ Prof.Dr., Gaziantep Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri ABD, Gaziantep
⁴ Uzm.Dr., Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Araştırma ve Eğitim Hastanesi, İstanbul

Yazışma adresi/Address for correspondence:

Yrd.Doç.Dr. Osman VIRIT, Gaziantep Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri ABD, Gaziantep
E-mail: drosmanvirrit@yahoo.com.tr

Medical records were examined retrospectively. **Results:** 71.4% and 28.6% patients were men and women respectively. Numbers of manic and depressive episodes were 3.71 ± 3.04 and 2.45 ± 1.82 respectively. There were 34 bipolar and one depressive subtypes. Delusions and hallucinations were 97.1% and 68.6% respectively. Out of 35 patients, who were diagnosed with SAD, in their first and second psychiatric assessments in the past, respectively, SAD 5.7% and 57%, bipolar disorder 28.2% and 31.4%, psychosis 54.3% and 11.4%, and depression 11.4% and 0.0%. Positive family psychiatric history was 37.1%. Current medications of patients, antipsychotics 97.1%, mood stabilizer (MS) 40%, antipsychotics without MS 60%, antipsychotics+MS 37.1%, only MS 2.9%, antidepressants 20%, benzodiazepines 20%, biperidene 17.1%, risperidone 34.3%, olanzapine 31.4%, quetiapine %25.7, lithium 22.9%, valproate 20%, carbamazepine 2.9%, multiply antipsychotics 28.6%, lithium+valproate 5.7%, antipsychotic+antidepressant 17.1%, antipsychotics+MS+antidepressants %5.7. Previous medication history was antipsychotics 97.1%, MS 54.3%, antidepressants 42.9%, benzodiazepines 17.1%, biperidene 20% and lamotrijine 8.6%. 68.6% of patients received ECT. Men had been more hospitalized than women had. There were positive correlation between number of manic episodes and illness duration and number of hospitalizations, and positive correlation between antidepressants history and number of manic episodes, and negative correlation between number of hospitalizations and ECT. **Discussion:** The diagnostic continuity was low. Patients continue their medications with antipsychotics or together antipsychotics and MS. There were antidepressants and antianxiety drugs in the treatment of a portion of patients. Longitudinal evaluation should be conducted properly besides evaluation of presenting symptoms in SAD. Clinicians should be more careful not to miss the diagnosis of depressive subtype. (*Anatolian Journal of Psychiatry* 2009; 10:204-211)

Key words: schizoaffective disorder, sociodemographic features, clinical characteristics, retrospective study

GİRİŞ

Şizoaftif bozukluk (ŞAB) Kasanin tarafından 1933 yılında ilk tanımlandığından beri, tanımı ve tanısı konusunda birçok tartışma yapılmaktadır.¹ Adından da anlaşılacağı gibi, ŞAB şizofreni ve duygudurum belirtilerin birlikte bulunduğu bir bozukluktur. Bununla beraber hastalığın tanımlanmasında bu iki grup belirtilerden hangisinin ne zaman dikkate alınacağı tartışmalıdır.² Örneğin, Araştırma Tanı Ölçütleri'nde³ (ATÖ) ve ICD-10'da⁴ ŞAB eş zamanlı ve eşit oranda affektif ve psikotik belirtilerle, özellikle Schineider'ın birinci sıra belirtileriyle karakterizedir. DSM-III-R⁵ ve DSM-IV'te⁶ de eş zamanlı affektif ve psikotik belirtilerin ortaya çıkmış olması beklenir. ATÖ ve ICD-10'dan farklı olarak DSM-III-R ve DSM-IV aynı nöbet sırasında, ek olarak affektif belirtilerin olmadığı en az iki haftalık bir dönemde sanrı veya varsanılarının olmasını gerekli saymaktadır.

ŞAB'nin tanımına koşut olarak, böyle bir bozukluğun varlığı çok tartışılmıştır.⁷ Psikiyatrik bozuklukların tanısı için sağlam geçerlilik arayışları psikiyatri tarihi boyunca hep olmuştur ve günümüzde de önemli bir sorun olarak durmaktadır.⁸ Bu konu, şizofreni ve duygudurum bozukluklarından kesin ayırım sınırı olmadığı için, ŞAB için çok daha önemlidir. Birçok araştırmacı ŞAB'yi farklı ele almış ve tanımlamıştır. Bunlar genel olarak altı başlıkta özetlenebilir. Birincisi, ŞAB aslında affektif belirtiler içeren şizofreninin atipik bir formudur.⁹ İkincisi, ŞAB şizofreni belirtileri taşıyan duygudurum bozukluğunun atipik bir formudur.^{10,11} Üçüncüsü, ŞAB şizofreni ve duygudurum bozukluğunun komorbid durumudur, hastada eş zamanlı olarak şizofreni ve duygu-

durum bozukluğu vardır.¹² Dördüncüsü, ŞAB şizofreni ve duygudurum bozukluğundan ayrı bağımsız bir bozukluktur, üçüncü bir psikozdur.¹³ Beşincisi, ŞAB şizofreni ve duygudurum bozukluk hastalarından oluşmuş heterojen bir durumdur.¹⁴ Altıncısı ise, son zamanlarda üzerinde fazla durulan, aslında şizofreni ile duygudurum bozuklukları arasında bir süreklilik olduğu ve ŞAB'nin ikisinin arasında bir yerde olduğudur. "Süreklilik modeli"ne göre, aslında tek psikoz vardır ve bu üç hastalık birbirinin devamıdır.¹⁵

DSM-IV-TR ŞAB için, manik veya karışık nöbet varsa iki uçlu alt tip, sadece depresif nöbetlerle seyrediyorsa depresif alt tip olarak iki alt tip tanımlamıştır.⁶ ŞAB'nin yaygınlığı %1'den daha düşüktür, %0.5-0.8 arasında kabul edilir. İki uçlu alt tipte kadın/erkek oranı birken, depresif alt tip kadınlarda iki kat daha fazla görülür.¹⁶

Literatürdeki bu tartışmaları göz önüne alarak bu çalışmada kendi kliniğimizde izlediğimiz ŞAB'li hastaların sosyodemografik ve klinik özelliklerini araştırmayı amaçladık.

YÖNTEM

Bu araştırmaya Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda 2000-2008 tarihleri arasında izlenen ve DSM-IV-TR'ye göre ŞAB tanısı konmuş olan 35 hasta alınmıştır. Veriler, her hastaya doldurulan sosyodemografik veri ve klinik izleme formu aracılığıyla yaş, cinsiyet gibi sosyodemografik değişkenler, bozukluğun başlangıç yaşı, hastalık süresi, psikiyatrik ve diğer eş hastalıklar ve bozukluğun klinik

özellikleri kaydedilerek elde edilmiştir. Hastaların çalışmaya alındıkları sırada ve geçmişte kullandıkları ilaçlar ve elektro-konvulsif tedavi (EKT) öyküleri kaydedilmiştir. Tanısal değişim hastaların dosya izlemleri incelenerek değerlendirilmiştir. Bu hastalar çalışmaya alındıkları sırada hepsi ŞAB tanısı ile izlenmekte idi. Konu ile ilgili literatür ve ŞAB'nin gidişi göz önüne alınarak, duygudurum bozukluğu, şizofreni ve ŞAB arasında tanı değişimleri olabileceği varsayılarak, üç tanısal değerlendirme olarak kategorize edilmiştir. Bu değerlendirmeler arasında belli bir süre tayin edilmemiştir. Temel olarak tanıdaki değişim dikkate alınmıştır. Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Etik Kurulu'ndan araştırma için onay alınmıştır.

İstatistiksel değerlendirme

Windows için SPSS 13.0 ve Medcalc paket programları kullanılarak istatistiksel analizler yapıldı. İki grubun parametrik verilerinin cinsiyet gibi karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi, iki grubun non-parametrik verilerinin karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanıldı. Nöbet sayısı gibi özelliklerin grubun kendi içinde karşılaştırılmasında t-testi kullanıldı. Değişkenler arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için ise Pearson'ın ilişki analizi yapıldı. Anlamlılık düzeyi olarak $p < 0.05$ değeri kabul edildi.

BULGULAR

Hastaların cinsiyet, yaş, eğitim durumları ve hastalık özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir. Erkek hasta sayısı kadın hasta sayısından iki kat daha fazlaydı. Hastaların yarısı evliydi, sadece 2 hasta boşanmıştı.

Toplam manik nöbet sayısı depresif nöbet sayısından belirgin olarak daha fazlaydı ($t=2.10$, $p=0.04$), karışık nöbet sayısı çok daha az olarak bulundu (Tablo 1). Dikkat çekici bir bulgu olarak hastalardan sadece birinde depresif alt tip vardı. Geri kalan 34 hasta iki uçlu alt tipteydi.

Otuz dört (%97.1) hastada bozukluğun herhangi bir döneminde sanrı ortaya çıkmıştı. Sanrılar içinde en çok kötülük görme sanrısı vardı (12 hasta, %34.3). Üç (%8.6) hastada dinsel, yedi (%20.0) hastada kötülük görme ve alınma, iki (%5.7) hastada kötülük görme, cinsel ve alınma, 10 (%28.6) hastada kötülük görme ve büyüklük sanrısı birlikte vardı. Varsanı ise, 24 (%68.6) hastada kaydedilmiştir. Varsanlılardan en çok işitsel varsanı (10 hasta, %33.3) saptanmıştır. İki (%5.7) hastada görsel varsanı ve yedi

(%20.0) hastada işitsel ve görsel varsanı birlikte vardı.

Çalışmaya alınma sırasında tanısı (üçüncü-son tanı) ŞAB olan 35 hastanın sadece ikisine ilk tanısal değerlendirmede, yirmisine (%57.1) ikinci tanısal değerlendirmede ŞAB tanısı konmuştu. Hastaların %28.2'sine ilk tanısal değerlendirmede, %31.4'üne ikinci tanısal değerlendirmede iki uçlu bozukluk tanısı konmuştu. Hastaların %54.3'üne ilk tanısal değerlendirmede, %11.4'üne ikinci tanısal değerlendirmede psikoz tanısı konmuştu. Hastaların %11.4'üne ilk tanısal değerlendirmede depresyon tanısı konmuş, ancak bunların hiçbirinde ikinci tanısal değerlendirmede depresyon tanısı konmamıştır (Tablo 2).

Ailede psikiyatrik bozukluk öyküsü 13 hastada (%37.1) vardı ve bunlar %2.9 ($s=1$) şizofreni, %28.6 ($s=10$) duygudurum bozukluğu, %2.9 ($s=1$) anksiyete bozukluğu ve %2.9 ($s=1$)

Tablo 1. Hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri

Özellikler	Sayı	%
Sosyodemografik özellikler		
Erkek	25	71.4
Kadın	10	28.6
Yaş (yıl) (22-66)	35.20±12.47	
Evli	18	51.4
Bekar	14	40.0
Boşanmış	2	5.7
Bilinmiyor (medeni durum)	1	2.9
İlkokul	16	45.7
Ortaokul	3	8.6
Lise	8	22.9
Üniversite/yüksek okul	6	17.1
Bilinmiyor (eğitim durumu)	2	5.7
Hastalık ile ilgili özellikler		
İlk hastalık yaşı (15-48)	24.48±8.21	
Hastalık süresi (yıl) (1-41)	10.03±8.36	
Yatış sayısı (0-16)	3.29±3.32	
Manik hecme sayısı (0-13)	3.71±3.04	
Depresif hecme sayısı (1-10)	2.45±1.82	
Karışık hecme sayısı (0-1)	1.00±0.00	
Bipolar alt tip	34	87.1
Depresif alt tip	1	2.9
Sanrı	34	97.1
Varsanı	24	68.6
Eş psikiyatrik hastalık	2	5.7
Eş tıbbi hastalık	4	11.4
Geçmişte EKT öyküsü	24	68.6
Ailede psikiyatrik bozukluk	13	37.1

Tablo 2. Hastalara şizoaffektif bozukluk tanısından önce konan tanılar

Tanılar	Birinci tanı		İkinci tanı	
	Sayı	%	Sayı	%
Şizofren bozukluk	2	5.8	20	57.1
İki uçlu bozukluk	10	28.2	11	31.4
Psikoz	19	54.3	4	11.4
Major depresif bozukluk	4	11.4	0	0.0

Tablo 3. Ailede psikiyatrik bozukluk

	Sayı	%
Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü		
Duygudurum bozukluğu	10	28.6
Depresyon	5	14.3
İki uçlu bozukluk	5	14.3
Şizofreni	1	2.9
Anksiyete bozukluğu	1	2.9
Şizofreni+duygudurum boz.	1	2.9
Akrabalık derecesi		
Birinci derece	11	31.4
İkinci derece	2	5.7
Bozukluğu olan akraba sayısı		
Tek akrabası hasta olan	11	31.4
İki akrabası hasta olan	1	2.9
Üç akrabası hasta olan	1	2.9

Tablo 4. İlaçlarla ilgili özellikler

	Sayı	%
Halen kullandığı ilaçlar		
Antipsikotik	34	97.1
Duygudurum dengeleyici	6	17.1
Antidepresan	7	20.0
Benzodiyazepin	7	20.0
Biperiden	6	17.1
Geçmişte kullanmış olduğu ilaçlar		
Antipsikotik	34	97.1
Duygudurum dengeleyici	19	54.3
Antidepresan	15	42.9
Benzodiyazepin	6	17.1
Biperiden	7	20.0
Lamotrijin	3	8.6

şizofreni+duygudurum bozukluğu idi. Duygudu-

rum bozukluğu olanlardan beş (%14.3) hasta depresyon ve beş hasta (%14.3) iki uçlu bozukluktu. On bir hastanın (%31.4) birinci derece ve iki hastanın (%5.7) ikinci derece akrabasında psikiyatrik bozukluk vardı. Bir akrabası hasta olan on bir hasta (%31.4), iki akrabası hasta olan bir hasta (%2.9) ve üç akrabası hasta olan bir hasta (%2.9) vardı (Tablo 3).

Otuz dört (%97.1) hastanın sürmekte olan tedavilerinde antipsikotik, 14 (%40) hastanın ise duygudurum düzenleyici ilaç vardı. Antipsikotikler ve duygudurum düzenleyiciler karşılaştırıldığında, 21 (%60.0) hasta duygudurum düzenleyici olmaksızın antipsikotik, 13 (%37.1) hasta antipsikotik+duygudurum düzenleyici ve bir (%2.9) hasta ise sadece duygudurum düzenleyici kullanmaktaydı. Yedi (%20) hastanın tedavisinde antidepresan, yedisinininde (%20) benzodiyazepin ve altısınıninde (%17.1) ise biperiden vardı (Tablo 4). Antipsikotiklerden en çok risperidon kullanılmaktaydı (s=12, %34.3). Sekiz hasta uzun etkili ve dört hasta oral risperidon kullanılmaktaydı. On bir (%31.4) hasta olanzapin, dokuz (%25.7) hasta ketiapin, dört (%11.4) hasta aripiprazol, dört (%11.4) hasta klozapin, üç (%8.6) hasta amisülpirid, bir (%2.9) hasta ziprasidon, bir (%2.9) hasta sertindol ve bir (%2.9) hasta pimozid kullanıyordu. Duygudurum düzenleyicilerinden ise, sekiz (%22.9) hasta lityum, yedi (%20) hasta valproat ve bir (%2.9) hasta karbamazepin kullanıyordu. On (%28.6) hasta çoklu antipsikotik kullanıyordu. İki (%5.7) hasta lityum ve valproatı birlikte kullanıyordu. Altı hasta (%17.1) antipsikotik+antidepresan, iki hasta (%5.7) antipsikotik+duygudurum düzenleyici+antidepresan kullanıyordu.

Geçmiş tedavi öykülerinde ise, otuz dört (%97.1) hasta antipsikotik, 19 (%54.3) hasta duygudurum düzenleyici, 15 (%42.9) hasta antidepresan, altı (%17.1) hasta benzodiyazepin, yedi (%20) hasta biperiden, üç (%8.6) hasta lamotrijin kullanmıştı (Tablo 4). Hastaların %68.6'sına (s=24)

daha önce EKT uygulanmıştı.

Yatış sayısı erkek hastalarda kadınlara göre daha fazlaydı ($z=-2.98$, $p=0.003$). Erkek ve kadın hastalar arasında yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, hastalığın başlangıç yaşı, hastalık süresi, mani ve depresyon sayısı, sanrı ve varsanı varlığı, birinci ve ikinci tanılar, ailede psikiyatrik bozukluk öyküsü, ailedeki hangi psikiyatrik bozukluğun olduğu, hasta olan akraba sayısı ve EKT öyküsü açısından fark yoktu ($p>0.05$).

Manik atak sayısı ile hastalık süresi ($z=0.36$, $p=0.030$) ve yatış sayısı arasında pozitif ilişki vardı ($z=-0.74$, $p<0.001$). Hastalık süresi ne kadar uzunsa o kadar çok manik nöbet vardı, ne kadar çok manik nöbet geçirilmişse o kadar çok hastane yatışı olmuştu. Depresyon sayısı ile sanrı varlığı negatif ilişkili idi, depresyon sayısı ne çoksa sanrı görülmesi o kadar azdı ($z=-0.74$, $p<0.001$). EKT öyküsü ile yatış sayısı arasında negatif ilişki vardı ($z=-0.40$, $p=0.024$). EKT öyküsünün fazlalığı oranında yatış sayısı azalma göstermekteydi. Antidepresan kullanma öyküsü ile manik nöbet sayısı arasında pozitif ilişki vardı ($\chi^2=16.15$, $df=11$, $p=0.042$). Antidepresan kullanma öyküsü ile depresif nöbet ve yatış sayısı arasında, duygudurum dengeleyici kullanma öyküsü ile mani, depresyon ve yatış sayısı arasında ilişki yoktu ($p>0.05$).

TARTIŞMA

Çalışmamızda erkek hasta oranı kadın hastalara göre yaklaşık iki kat daha fazla idi. ŞAB iki uçlu alt tipinde kadın/erkek oranı eşit, depresif alt tipinde ise kadın/erkek oranı ikidir.¹⁶ Bölgemizde ŞAB ile ilgili bir yaygınlık çalışması yapılmamıştır. Literatürdeki bilginin bölgemiz için de geçerli olduğunu varsayarsak, kadın hastaların kliniğimize daha az başvurduğunu söyleyebiliriz.

Hastaların çok az bir kısmı yüksek okul veya üniversite mezunu, yaklaşık yarısı ilköğretim mezunudur. Bu oran aslında bölgenin genel olarak demografik yapısıyla benzerlik göstermektedir.¹⁷ Hastalarda evli-bekar oranı yarı yarıya sayılabilir bir düzeydedir, sadece iki hasta boşanmıştır. Benabarre ve arkadaşlarının çalışmasında ŞAB hastalarının %77'si bekar olarak belirtilmiştir.¹⁸ Kuruoğlu ve arkadaşlarının şizofreni, ŞAB ve iki uçlu bozukluğu karşılaştırdığı çalışmasında dokuz ŞAB hastasından beşi (%55.6) evlidir.¹⁹ Hastalarımızda hastalığın başlangıç yaş ortalaması (24.48) genel olarak beklenebilir bir düzeydedir.^{18,19}

Araştırmamızda manik nöbet sayısı ortalaması 3.71, depresif nöbet sayısı ortalaması 2.45'ti. Sadece beş hasta, hepsi de birer kez olmak üzere karışık nöbet yaşamıştı. Benabarre ve arkadaşları mani ve hipomani ortalamasını 3.2, depresyon ortalamasını 2.2 ve karışık nöbet ortalamasını 0.8 olarak bildirmiştir.¹⁸

Hastalarımızın biri hariç hepsinde hastalıklarının seyrinde sanrı olduğu kaydedilmiştir. Benabarre ve arkadaşlarının çalışmasında 34 hastanın hepsinde (%100) sanrı olduğu bildirilmiştir.¹⁸ Kuruoğlu ve arkadaşları ise sanrı oranını %77.8 olarak bulmuştur.¹⁹ Hastalarımızın %68.6'sında varsanı kaydedilmişti. Benabarre ve arkadaşları %70,¹⁸ Kuruoğlu ve arkadaşları ise %66.7¹⁹ oranında varsanı bildirmiştir. Daha önceki bir çalışmada ŞAB'de varsanı olması ile özellikle manik belirtiler arasında pozitif bir ilişki olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmada şizoaftif manik tipte şizofreniye göre daha yüksek oranda varsanı bildirilmiştir.²⁰ Buna karşılık Benabarre ve arkadaşları¹⁸ varsanıyı şizofrenide şizoaftif bozukluğa göre daha yüksek oranda bulmuştur. Kuruoğlu ve arkadaşlarının¹⁹ çalışmasında ise varsanı oranı şizofreni ile ŞAB'de benzer orandadır.

Çalışmamızın önemli bir bulgusu, 35 hastadan sadece birinin depresif alt tipte olmasıdır. Geri kalan 34 (%97.1) hasta iki uçlu alt tipten oluşmaktadır. Bu aslında şaşırtıcı ve beklenmeyen bir bulgudur ve ŞAB'nin tanı sorununa işaret etmektedir. Bununla birlikte, şizoaftif depresif alt tipte ilgili literatür bilgisi azdır. Konu ile ilgili çalışmaların çoğu şizoaftif iki uçlu alt tipte yapılmıştır.¹⁸ Bu nedenle depresif alt tip tanısının atlanmış olabileceği olasılığını da göz önüne almak gerekir. İki uçlu alt tip manik nöbetten dolayı daha iyi tanımlanabilir veya öyküden anlaşılabilir.²¹ Hiç mani ortaya çıkmadan psikotik belirtilerle giden depresyonu şizoaftif bozukluğun depresif alt tipi olarak değerlendirmek her zaman kolay olmayabilir. Şizoaftif depresif alt tipin gidişinin şizofreniye çok benzediği ortaya konmuştur. Yalnız öyküye dayanarak şizofreninin negatif belirtilerini depresif belirtilerden ayırmak da zordur. Ayrıca, şizofreninin depresif belirtileri, post-psikotik depresyon, psikotik özellikli depresyon gibi birçok karıştırıcı kavram vardır.¹⁸ Benzer olarak iki uçlu bozuklukta da manik nöbetler depresif dönemlere göre daha kısa olmasına ve hastalığın daha az bir bölümünü oluşturmaya karşılık, depresyon daha çok atlanmakta veya üzerinde durulmamaktadır.²¹

ŞAB'de tanısız süreç, üzerinde çok tartışılan bir konudur ve genel olarak %18.6-%27.1

arasında bildirilmiştir. Oysa bu oran, şizofrenide %78.1-93, iki uçlu bozuklukta %71.1-86.5 arasında bildirilmiştir.¹⁹ Kuruoğlu ve arkadaşları ŞAB'de tanısal süreğenliği %45.5, şizofreni ve iki uçlu bozukluk hastalarında ise birbirine yakın olarak %80-96 arasında bildirmiştir.¹⁹ Bizim çalışmamızda son tanısı ŞAB olan 35 hastanın sadece ikisine birinci tanısal değerlendirmede ve 20'sine (%57.1) ikinci tanısal değerlendirmede ŞAB tanısı konmuştu. İki uçlu bozukluk tanısı konma oranları birinci ve ikinci tanısal değerlendirmede birbirine benzerdir (%28.2 ve %31.4). Birinci tanısal değerlendirmede psikoz tanısı, iki uçlu bozukluk ve diğer tanılarına göre önemli oranda daha fazla konmuştu (%54.3), ancak ikinci değerlendirmede bu oran oldukça düşmüştür (%11.4). Birinci değerlendirmede depresyon tanısı koyma oranı düşüktür (%11.4), ikinci değerlendirmede hiç depresyon tanısı yoktur. Bu bulgular, daha önceki çalışmalarla da benzer olarak ŞAB'nin yüksek oranda tanısal değişkenlik gösterdiğini ortaya koymaktadır. Birçok yazar tanısal değişkenlikten dolayı ŞAB diye bir bozukluğun aslında olmadığını dahi ileri sürmektedir.^{1,22} Benabarre ve arkadaşları ŞAB'de başlangıcın %15 depresyon, %29 manik ve %56 non-afektif şekilde olduğunu bildirmiştir.¹⁸ Bu oranlar da bizim bulgularımıza benzerdir. ŞAB başlangıç evresinde tanısı en zor konulan psikotik bozukluktur. Bozukluğun başlangıç döneminde kesitsel klinik ölçütlerle doğru tanı koyabilmek düşünüldüğü kadar kolay değildir. Tanı için hastanın geçmiş öyküsü (daha önceki ataklar ve belirtiler) ve hastalığın gidişi (alevlenme ve sönme dönemleri) çok önemlidir. Bu özelliklerden dolayı tanısal değişkenlik ŞAB'de yüksek orandadır.¹⁸

Ailede psikiyatrik bozukluk öyküsü hastaların %37.1'inde vardı. Bu oran daha önceki çalışmalara benzerdir.^{18,19} Ailede en sık bulunan bozukluk duygudurum bozukluklarıdır (10 hasta, %28.6). Ailede şizofreni öyküsü beklenenden oldukça düşük orandaydı (1 hasta, %2.9).²¹ Ailede psikiyatrik bozukluk çoğunlukla birinci derece akrabalarda bulunmaktadır. Benabarre ve arkadaşları ŞAB hastalarının atalarında (anne, baba, dede, nine) %58 oranında psikiyatrik bozukluk öyküsü bulmuş ve hastaların yakınlarında %39 oranında duygudurum bozukluğu bildirmiştir.¹⁸

Hastaların %68.4'üne daha önce EKT uygulanmıştı. Bu oran aslında duygudurum bozukluğu veya belirtileriyle daha çok ilişkilendirilebilecek bir durumdur ve ŞAB'nin uzunlamasına gidişinin duygudurum bozukluğuna benzemesi bilgisine uymaktadır.¹⁸

ŞAB'i olan hastaların hem antipsikotik, hem de duygudurum düzenleyici nitelik taşıyan ilaçlarla tedavi edilmeleri gerekir. Önceleri, birinci kuşak antipsikotik ilaçlarla birlikte bir ya da daha çok sayıda duygudurum düzenleyicinin kullanılması önerilmekteydi, son yıllarda eğilim lityum ve birinci kuşak antipsikotiklerin kullanımından çok, valproat ve ikinci kuşak antipsikotiklerin kullanımı şeklindedir. Ayrıca ikinci kuşak antipsikotikler tek başlarına da tedavide yeterli olabilir. Depresif nöbetlerde antidepresan ilaçlar kullanılabilir.^{23,24} Çalışmamızda 35 hastanın 34'ünün (%97.1) süren tedavisinde bir antipsikotik ilaç vardı. Bu antipsikotiklerden de sadece bir tanesi tipik, geri kalanlar atipikti. Hastaların %60'ı tedavisini duygudurum düzenleyici olmaksızın antipsikotikle sürdürmekteydi. Hastaların %40'nın tedavisinde duygudurum düzenleyici vardı. Lityum ve valproat kullanım oranı birbirine yakındı. Hastaların %37.1'inin tedavisinde antipsikotik ve duygudurum düzenleyici birlikte vardı. Hastaların geçmiş tedavi öykülerinde de ilaç dağılımları halen kullandıklarına benzerdi. Olfson ve arkadaşları ŞAB'li hastaların tedavilerinde %87.3 antipsikotik, %55.2 duygudurum düzenleyici, %61.7 antidepresan ve %43.2 antianksiyete ilaç olduğunu bildirmiştir. Bu çalışmada %51.6 antipsikotik+duygudurum düzenleyici ve %56.2 antipsikotik+antidepresan kullanımı bildirilmiştir.²⁵ Flynn ve arkadaşları ise, ŞAB'li yatan hastalarda %90 oranında antipsikotik, %79 oranında ise duygudurum düzenleyici veya antidepresan kullanımının olduğunu, antipsikotik ve duygudurum düzenleyicilerin beraber kullanımının monoterapiden daha fazla olduğunu bildirmiştir.²⁶

Daha önce antidepresan kullanma öyküsü ile manik nöbet sayısı arasında pozitif ilişki bulduk. Bu da antidepresanların maniye neden olabileceği ile ilişkilendirilebilir.²⁷ Manik nöbet sayısı ile hastalık süresi ve yatış sayısı arasında pozitif bir ilişki saptadık. Bu da beklenebilir bir durumdur. Mani dönemleri daha belirgin ve fark edilebilir olarak ortaya çıkabilmekte ve dolayısıyla daha fazla yatış gerekebilmektedir.¹⁸ Depresyon sayısı ile sanrı arasında negatif ilişki vardı. EKT öyküsü ile yatış sayısı arasında negatif ilişki vardı. Bununla ilgili olarak EKT'nin uzun dönemde gidişi olumlu etkilediğini söyleyebilmek için yeterli kanıt yoktur. Bununla beraber, dirençli durumlarda EKT'nin etkinliği iyi bilinmektedir.²⁸ Aslında ŞAB, şizofreni, bipolar bozukluk, yineleyici depresyon gibi kronik nitelik kazanmış bozuklukların uzunlamasına gidişinde EKT'nin, remisyon ve alevlenme oranlarını, yatış sayılarını, yaşam kalitesini nasıl etkilediği ayrı bir çalışma konusu olabilir.

Çalışmanın kısıtlılıkları

Araştırma geriye dönük bir desenle yapılmıştır ve dosya kayıtlarında belki de bu yazıda tartışılacak bazı bilgiler kaydedilmemiştir. Bununla beraber, bu kayıtlar doğal izlemeler yapılırken kaydedilmiştir. Bu da ŞAB için çok tartışılan tanısal değişim, yanlış tanı, alt tiplerle ilgili yaklaşımdaki sorunları görmek açısından önemlidir.

Sonuçta bu araştırma bir üniversite hastanesi psikiyatri kliniğinde takip edilen ve ŞAB tanısı konmuş hastaların genel klinik özelliklerini, hekim yaklaşımlarını, tedavi özelliklerini ve ŞAB ile ilgili bazı diğer tartışılabilir konuları incelemesi açısından önemlidir; ŞAB'de tanının bir süreç oluşturduğunu, değişkenlik gösterebildiğini,

kesitsel değerlendirmelerin tanısal yaklaşım için yeterli olmadığını göstermiştir. Psikotik ve duygudurum bozukluğu hastalarına yaklaşımda mutlaka uzunlamasına değerlendirme de iyi yapılmalı, belirti özellikleri dikkatle incelenmelidir. ŞAB'nin hem tanısı, hem gidişi, hem de tedavi sürecinin daha iyi anlaşılabilmesi için ileri çalışmalara gereksinim vardır.

Bilgilendirme

Bu çalışmaya alınan ŞAB'li hastaların bazılarının bilgileri "Şizofreni, Şizoaftif Bozukluk ve Bipolar Bozuklukta Serum Total Oksidan ve Antioksidan Seviyenin Karşılaştırılması" başlıklı başka bir makale için de kullanılmıştır.

KAYNAKLAR

- Cheniaux E, Landeira-Fernandez J, Lessa Telles L, Lessa JL, Dias A, Duncan T, et al. Does schizoaffective disorder really exist? A systematic review of the studies that compared schizoaffective disorder with schizophrenia or mood disorders. *J Affect Disord* 2008; 106:209-217.
- McElroy SL, Keck PE, Strakowski SM. An overview of the treatment of schizoaffective disorder. *J Clin Psychiatry* 1999; 60:16-21.
- Spitzer RL, Endicott J, Robins E. Research diagnostic criteria for a selected group of functional disorders. *Biometrics Research*, third ed., New York, New York State Psychiatric Institute, 1978.
- World Health Organization. *ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for Research*. WHO, Geneva, 1993.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Third ed., Revised, Washington, D.C., APA, 1987.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth ed. Washington, D.C., APA, 1994.
- Maier W, Zobel A, Wagner M. Schizophrenia and bipolar disorder: differences and overlaps. *Curr Opin Psychiatry* 2006; 19:165-170.
- Widiger TA. The construct of mental disorder. *Clin Psychol Sci Pract* 1997; 4:262-266.
- Evans JD, Heaton RK, Paulsen JS, McAdams LA, Heaton SC, Jeste DV. Schizoaffective disorder: a form of schizophrenia or affective disorder? *J Clin Psychiatry* 1999; 60:874-882.
- Akiskal HS. The prevalent clinical spectrum of bipolar disorders: beyond DSM-IV. *J Clin Psychopharmacol* 1996; 16:4S-14S.
- Lake CR, Hurwitz N. Schizoaffective disorders are psychotic mood disorders; there are no schizoaffective disorders. *Psychiatry Res* 2006; 143:255-287.
- Kendler KS, McGuire M, Gruenberg AM, Walsh D. Examining the validity of DSM-III-R schizoaffective disorder and its putative subtypes in the Roscommon Family Study. *Am J Psychiatry* 1995; 152:755-764.
- Tsuang MT. Morbidity risks of schizophrenia and affective disorders among first-degree relatives of patients with schizoaffective disorders. *Br J Psychiatry* 1991; 158:165-170.
- Levitt JJ, Tsuang MT. The heterogeneity of schizoaffective disorder: implications for treatment. *Am J Psychiatry* 1988; 145:926-936.
- Crow TJ. Nature of the genetic contribution to psychotic illness-a continuum viewpoint. *Acta Psychiatr Scand* 1990; 81:401-408.
- Danacı ES. Şizoaftif Bozukluk. H Soyğür, K Alptekin, EC Atbaşoğlu, H Herken (Eds.). Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar. Türkiye Psikiyatri Derneği Bilimsel Çalışma Birimleri Serisi, No.6, Ankara, 2007, s.287-301.
- http://www.gaziantep.gov.tr/index.php?page_id=154
- Benabarre A, Vieta E, Colom F, Martinez-Aran A, Reinares M, Gasto C. Bipolar disorder, schizoaffective disorder and schizophrenia: epidemiologic, clinical and prognostic differences. *Eur Psychiatry* 2001; 16:167-172.
- Kuruoğlu A, Önder F, Arkan Z, Işık E. Kronik şizofreni, şizoaftif bozukluk ve bipolar affektif bozuklukta tanısal durağanlık. *Yeni Symposium* 2001; 39:8-12.
- Atre-Vaidya N, Alan Taylor M. Differences in the prevalence of psychosensory features among schizophrenic, schizoaffective, and manic patients. *Compr Psychiatry* 1997; 38:88-92.

21. Lake CR, Hurwitz N. Schizoaffective disorder merges schizophrenia and bipolar disorders as one disease--there is no schizoaffective disorder. *Curr Opin Psychiatry* 2007; 20:365-379.
22. Angst J, Sellaro R. Historical perspectives and natural history of bipolar disorder. *Biol Psychiatry* 2000; 48:445-457.
23. Danacı ES. Şizoaffectif Bozukluk. H Soygür, K Alptekin, EC Atbaşoğlu, H Herken (Eds.). Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar. Türkiye Psikiyatri Derneği Bilimsel Çalışma Birimleri Serisi, No.6, Ankara, 2007, s.296-299.
24. Levinson DF, Umapathy C, Musthaq M. Treatment of schizoaffective disorder and schizophrenia with mood symptoms. *Am J Psychiatry* 1999; 156:1138-1148.
25. Olfson M, Marcus SC, Wan GJ. Treatment patterns for schizoaffective disorder and schizophrenia among Medicaid patients. *Psychiatr Serv* 2009; 60:210-216.
26. Flynn J, Grieger TA, Benedek DM. Pharmacologic treatment of hospitalized patients with schizoaffective disorder. *Psychiatr Serv* 2002; 53:94-96.
27. Bond DJ, Noronha MM, Kauer-Sant'Anna M, Lam RW, Yatham LN. Antidepressant-associated mood elevations in bipolar II disorder compared with bipolar I disorder and major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Psychiatry* 2008; 69:1589-1601.
28. Ries RK, Wilson L, Bokan JA, Chiles JA. ECT in medication resistant schizoaffective disorder. *Compr Psychiatry* 1981; 22:167-173.