

# Akut ve Geçici Psikotik Bozukluk İzleminde Tanı Stabilitesi: Bir Ön Çalışma

## *Diagnostic Stability in the Follow-up of Acute and Transient Psychotic Disorder: A Preliminary Study*

Nur Öztürk<sup>1</sup>, Ürün Özer<sup>2</sup>, Utku Uzun<sup>1</sup>, Şakir Özen<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Dr., Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

<sup>2</sup>Dr., Acıbadem Üniversitesi, Atakent Hastanesi, Halkalı, Küçükçekmece, İstanbul

### ÖZET

**Giriş:** Akut ve geçici psikotik bozukluk diğer psikotik bozukluklardan akut başlangıcı, stresli yaşam olaylarını izlemesi ve kısa sürede tam düzelmenin görülmesiyle ayrılmaktadır. Tedaviye yanıtın ve gidişin iyi olduğu ileri sürülmektedir. Hastaların bir kısmında daha sonra tanı, şizofreni ya da duygudurum bozuklukları olarak değişmektedir. Çalışmamızda akut ve geçici psikotik bozukluk tanısı konan hastaların 5 yıllık izleminde ortaya çıkan tanı değişikliklerini, sosyodemografik ve klinik özelliklerini araştırmak amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Örneklemimiz 2010 yılında yatarak tedavi gören ve akut ve geçici psikotik bozukluk tanısı alan hastalardan oluşturulmuştur. 2015 yılında bu hastaların tıbbi kayıtları geriye dönük olarak 5 yılı kapsayacak şekilde incelenmiştir.

**Bulgular:** Toplam 47 hastanın 17'si kadın, 30'u erkek, yaş ortalaması  $32,2 \pm 9,9$ 'du. Çoğunluğu bekar (%51,1), çalışmıyor (%85,1) ve ailesiyle yaşıyordu (%87,2). Hastaların %51,1'i tekrar yatarak tedavi görmüş, %8,5'inin ise tekrar başvurusu olmamıştı. İzleminde en sık konulan tanı organik olmayan psikotik bozukluk (%38,3), şizofreni (%25,5) ve bipolar duygulanım bozukluğuydu (%12,8). 2 hastada alkol ya da madde kullanımına bağlı psikoz, 3 hastada nörolojik bir hastalık mevcuttu.

**Sonuç:** Çalışmamızda akut ve geçici psikotik bozukluk tanısı alan hastaların çoğuna izleminde organik olmayan psikotik bozukluk ya da şizofreni tanısı konmuştu. Bu nedenle özellikle risk faktörlerini taşıyan akut ve geçici psikotik bozukluk olgularının şizofreninin prodromal dönemi açısından ayrıntılı değerlendirilmesi ve uzun dönem yakın izlemi faydalı olacaktır.

**Anahtar Sözcükler:** Akut ve geçici psikotik bozukluk, izlem, tanı, psikotik bozukluklar

(*Klinik Psikiyatri* 2016; 19: 73-77)

DOI: 10.5505/kpd.2016.55265

### SUMMARY

**Introduction:** Acute and transient psychotic disorder differentiates from other psychotic disorders with acute onset, occurrence after stressful life events and ending with full remission. It is suggested to have good prognosis and response to treatment. In some of the patients, the diagnosis is switched to schizophrenia or mood disorders in the follow-up. This study aimed to determine sociodemographic and clinical features of patients diagnosed with acute and transient psychotic disorder, as well as changes in the diagnosis in a 5 year the follow-up.

**Method:** The sample was constituted by patients who diagnosed with acute and transient psychotic disorder during their hospitalization in 2010. Medical records of these patients were examined retrospectively in 2015, including past 5 years.

**Results:** In a total number of 47 patients, 17 were female and 30 were male. Mean age was  $32.2 \pm 9.9$  years. The majority were single (51.1%) unemployed (85.1%) and living with their families (87.2%). The rate of patients who have been rehospitalized was 51.1%, and 8.5% of patients have not applied again. Most common diagnoses in the follow-up were atypical psychosis (38.3%), schizophrenia (25.5%) and bipolar affective disorder (12.8%). In 2 patients the diagnosis was psychotic disorder due to alcohol/substance abuse and 3 patients had a neurological disease.

**Conclusion:** This study revealed that the diagnosis of acute and transient psychotic disorder, have been changed to atypical psychosis or schizophrenia in the follow-up in the majority of patients. Therefore, the cases who diagnosed with acute and transient psychotic disorder, especially if they carry risk factors, should be evaluated in detail in terms of prodromal period of schizophrenia. Furthermore, a close follow-up would be beneficial.

**Key Words:** Acute and transient psychotic disorder, follow-up, diagnosis, psychotic disorders

## GİRİŞ

Psikiyatrinin tarihsel gelişimi içinde, ani başlayan ve kısa süre içinde sonlanan psikotik belirtiler gözlenen bir hasta grubu öteden beri dikkati çekmektedir. Jaspers tarafından 1900'lü yıllarda, stresli yaşam olayları sonrasında psikiyatrik belirtiler gelişen ve çok iyi prognoz göstererek belirtilerde hızla düzelme gözlenen hastalar bildirdiği aktarılmıştır (Soygür ve Cankurtaran 2008). Yine Wimmer'in 1916 tarihli "Akıl Hastalıklarının Psikojenik Şekilleri" isimli eserinde bu bozukluk kapsamındaki hastalara değinildiğinin altı çizilmektedir (Arkonaç 1996). Bu tablolar reaktif psikoz, psikojenik psikoz, geçici psikoz, bouffee delirante gibi farklı terimlerle anılmış ve sıklıkla ağır bir psikososyal stres etkeni sonrasında ortaya çıktığı bildirilmiştir (Pull ve ark. 2004). 1970'lere dek bu bozukluğun "tepkisel" doğası sınıflandırmalarda özellikle vurgulanmış olmakla birlikte, daha ileriki yıllarda belirgin bir stres etkeninin varlığı sınıflandırmalarda şart koşulmamıştır (Soygür ve Cankurtaran 2008).

"Akut ve geçici psikotik bozukluk (AGPB)", ilk defa 1992'de Uluslararası Hastalık Sınıflandırması (ICD) sisteminin 10. versiyonunda psikotik bozukluklar üst başlığı altında tanımlanmıştır. Bu bozukluğun karakteristik özellikleri akut başlangıçlı olması (48 saat - 2 hafta), polimorfik, şizofrenik ya da ağırlıklı delüzyonel belirtiler ile seyretmesi ve premorbid stresli yaşam olaylarını izlemesi olarak belirtilmektedir. Kısa bir süre içinde (1 ay - 3 ay arasında) tam düzelmeye görülmesi ile diğer psikotik bozukluklardan ayrılmaktadır (Dünya Sağlık Örgütü 1993). Bu bozukluk, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı 4. Sürümü (DSM-IV)'nde tanı sistemine dahil edilen "Kısa Psikotik Bozukluk" tanısı ile kısmen örtüşmekle birlikte, süre ve başlangıç özellikleri ile bu tanıdan ayrılmaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği 1995).

Yazında AGPB epidemiyolojisine ilişkin kısıtlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Bir derleme çalışmasında AGPB'nin yıllık insidansının, 100.000'de 3,9-9,6 aralığında olduğu belirtilmiştir (Castagnini ve Berrios 2009). AGPB'nin şizofreniden farklı olarak orta ve ileri yaş erişkinlikte ve kadınlarda daha sık

görüldüğü bildirilmiştir (Singh ve ark. 2004, Marneros ve ark. 2003, Pillmann ve Marneros 2005, Castagnini ve ark. 2015, Rusaka ve Rancans 2014). Buna karşın cinsiyetler arası fark saptanmamış olan ya da erkek olguların çoğunlukta olduğu çalışmalar da bulunmaktadır (Castagnini ve Foldager 2013, Queirazza ve ark. 2014, Castagnini ve ark. 2013). AGPB tanısı alan olguların üçte birinde yaşam boyu en az iki AGPB dönemi bildirilmiştir (Marneros ve ark. 2003). Tek psikotik dönem geçiren olguların daha çok ileri yaş grubunda yer aldığı saptanmıştır (Queirazza ve ark. 2014). Birçok çalışma AGPB'nin prognozunun şizofreni ve benzeri bozukluklara göre daha iyi olduğunu göstermektedir (Marneros ve ark. 2003, Pillmann ve Marneros 2005, Castagnini ve ark. 2015, Castagnini ve Foldager 2013, Suda ve ark. 2005). Başlangıç yaşının daha geç olması, kadın cinsiyet ve premorbid işlevsellik düzeyinin iyi olması iyi prognoz belirleyicileri arasında sayılmaktadır (Castagnini ve Berrios 2009).

Akut psikozlarda önemli bir klinik başlık tanı stabilitesi ve prognozudur. Tam stabilitesi oranları çalışmalarda %39 ile %73 arasında değişmektedir (Singh ve ark. 2004, Castagnini ve ark. 2015, Rusaka ve Rancans 2014, Queirazza ve ark. 2014, Castagnini ve ark. 2013, Adamssoo ve ark. 2011). İzlem süreleri çeşitlilik göstermekle birlikte, yapılan bir çalışmada, birinci yılın sonunda tanı stabilitesi %62 iken beş yıl içerisinde %48,4'e gerilediği saptanmıştır (Castagnini ve ark. 2013).

Çalışmamızda hastanede yatarak tedavi gören ve AGPB tanısı alan hastaların sosyodemografik ve klinik özelliklerini belirlemek, 5 yıllık izlem sürecinde ortaya çıkan tanı değişikliklerini araştırmak amaçlanmıştır.

## YÖNTEM

Çalışmamızın örneklemini Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi psikiyatri kliniklerinde 1 Ocak 2010 - 31 Aralık 2010 tarihleri arasında yatarak tedavi gören ve taburculuk tanısı olarak AGPB tanısı konan olgulardan oluşturulmuştur. 2015 yılında bu hastaların ayaktan ve yatarak yapılan tıbbi kayıtları geriye dönük olarak 5

yılı kapsayacak şekilde incelenerek sosyodemografik ve klinik veri formu doldurulmuştur. Sosyodemografik ve klinik veri formu araştırmanın amacı doğrultusunda araştırmacılar tarafından hazırlanmış ve yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim ve çalışma durumu gibi sosyodemografik özellikler ile hastalık belirtilerinin süresi, yatış süresi, eş tanılar gibi klinik bilgileri içermektedir.

## BULGULAR

Belirtilen zaman diliminde ICD-10 (Dünya Sağlık Örgütü 1993) tanı ölçütlerine göre AGPB tanısıyla yatarak tedavi gören toplam 47 olgu belirlenmiştir. Olguların yaş ortalaması 32,2 (SD 9,9), yaş aralığı 14-57'dir. Olguların diğer sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de verilmiştir.

**Tablo 1. Sosyodemografik özellikler**

N=47	N	%
Cinsiyet		
<i>Kadın</i>	17	36,2
<i>Erkek</i>	30	63,8
Medeni Durum		
<i>Evli</i>	15	31,9
<i>Bekar</i>	24	51,1
<i>Dul/Boşanmış</i>	8	17,0
Çalışma Durumu		
<i>Çalışıyor</i>	7	14,9
<i>Çalışmıyor</i>	40	85,1
Eğitim Durumu		
<i>Okula Gitmemiş</i>	5	10,7
<i>İlköğretim</i>	25	53,2
<i>Lise</i>	14	29,8
<i>Üniversite</i>	3	6,4
Birlikte yaşadığı kişiler		
<i>Yalnız</i>	4	8,5
<i>Aile</i>	41	87,2
<i>Diğer</i>	2	4,3

Hastalık belirtilerinin başlangıç süresi ortalama 21,4 (SD 13,9) gün iken aralığı 2-60 gün arasında değişmektedir. Yatış süresi ise ortalama 14,1 (SD 10,3) gün iken, aralığı 1-62 gün arasında değişmektedir. Olguların 3'ünde (%6,4) eş tanılı bir nörolo-

jik hastalık (epilepsi) saptanmıştır. Taburculuk sırasında en sık antipsikotik tedavilerin (n=44, %93,6) önerildiği tespit edilmiştir. Yanı sıra, 7 (%14,9) olguda antipsikotik ve duygudurum dengeleyicileri içeren kombinasyon tedavilerinin önerildiği, 2 (%4,3) olguda ise hastaneden izinsiz ayrılmaları nedeniyle herhangi bir tedavinin planlanmadığı saptanmıştır.

Hastanemizdeki ilk yatış indeks dönem olarak kabul edildiğinde, bu dönem sonrası 5 yıllık izlemde 23 (%48,9) olgunun yatışının olmadığı, ortalama yatış sayısının 1,32 (SD 2,1) olduğu, yatış sayılarının 0-11 arasında değiştiği bulunmuştur. Yalnızca 4 (%8,5) olgunun daha sonra hastanemize hiç başvurusunun olmadığı görülmüştür. Olguların indeks dönem sonrası ayaktan ve yatarak izlemde aldıkları tanılarının dağılımı Tablo 2'de verilmiştir. En sık alınan tanılar, organik olmayan psikotik pozukluk (%38,3), şizofreni (%25,5) ve bipolar duygulanım bozukluğu (%12,8) olarak belirlenmiştir. Bipolar duygulanım bozukluğu tanısı konan olguların daha çok kadın (n=4, %66,7), şizofreni ve organik olmayan psikotik pozukluk tanısı alan olguların ise daha çok erkek (n=20, %66,7) olduğu saptanmıştır. Diğer sosyodemografik özellikler açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. İzlemde 11 (%23,4) olgunun birbirinden farklı 2 tanı aldığı, 4 (%8,5) olgunun ise birbirinden farklı 3 tanı aldığı belirlenmiştir.

**Tablo 2. İzlem döneminde alınan tanılar**

N=47	N	%
Başvuru yok	4	8,5
<i>Şizofreni</i>	12	25,5
<i>Organik Olmayan Psikotik Bozukluk</i>	18	38,3
<i>Bipolar Duygulanım Bozukluğu</i>	6	12,8
<i>Organik Mental Bozukluk</i>	2	4,3
<i>Yineleyen Depresif Bozukluk</i>	1	2,1
<i>Alkol/Madde Kullanımına Bağlı Bozukluklar</i>	1	2,1
<i>Diğer</i>	2	4,3

## TARTIŞMA

Klinik çeşitliliği ve nadir görülmesi nedeniyle AGPB, klinisyenler için tanısı ve izlemi zor bir bozukluktur (Castagnini ve Berrios 2009). Yıllık

insidansı, 100.000'de 3,9-9,6 aralığında saptanmakla birlikte kısıtlılık olarak tanı doğrulamasının birçok çalışmada yapılamadığı bildirilmiştir (Castagnini ve Berrios 2009, Castagnini ve ark. 2008). Üç yıllık izlem sonrası AGPB insidansının yeniden ölçüldüğü bir çalışmada, tanı değişiklikleri sonucu, insidansın 100.000'de 3,9'dan 1,36'ya gerilediği görülmüştür (Singh ve ark. 2004). Yazında AGPB daha çok kadınlarda, orta ve ileri yaş erişkinlikte tanımlanmakla birlikte veriler çeşitlilik göstermektedir (Marneros ve ark. 2003, Pillmann ve Marneros 2005, Castagnini ve ark. 2015, Rusaka ve Rancans 2014, Castagnini ve Foldager 2013, Queirazza ve ark. 2014, Castagnini ve ark. 2013). Tanı değişiklikleri göz önüne alındığında olguların izlemi sırasında bu bozukluğa ilişkin farklı klinik veriler elde edilmektedir. Üç yıllık bir izlem çalışmasında, ilk defa AGPB tanısı konan grupta erkek/kadın oranı 1,87 saptanmış iken, izlem süresinin sonunda "gerçek AGPB" tanısı konan grupta bu oran 0,037 olarak belirlenmiştir (Singh ve ark. 2004). Çalışmamızda ise erkek/kadın oranı 1,76 olmakla birlikte beş yıllık izlemde yeniden AGPB tanısı alan olgu bulunmamaktadır. Yeniden başvurusu olmayan dört olgunun ise üçünün erkek olduğu görülmüştür. Çalışmamızda AGPB tanısı konan olguların yaş ortalaması ise 32,2 (SD: 9,9) olarak tespit edilmiştir.

AGPB'de tanı stabilitesi gelişmekte olan ülkelerde daha yüksek olmakla birlikte, genel olarak çeşitlilik göstermektedir. Bu tanıyı alan hastaların izleminde %50 dolaylarında tanı değişikliğinden bahsedilmektedir. Tanının en çok şizofreni ve ilişkili bozukluklar olarak değiştiğinin altı çizilmiştir (Rusaka ve Rancans 2014, Queirazza ve ark. 2014, Adamsoo ve ark. 2011). Çalışmamızda da ayaktan ya da yatarak izlenen olgulara en sık organik olmayan psikotik pozukluk, bunu takiben şizofreni tanısı konduğu belirlenmiştir. Bu olguların çoğu erkek olmakla birlikte tanı değişikliğinde üçüncü sırada gelen bipolar duygulanım bozukluğu tanısı konan olguların çoğunun kadın olması oldukça dikkat çekicidir. Yazında tanı değişikliğinin belirleyicileri olarak en çok erkek cinsiyet ve erken başlangıç yaşına vurgu yapılmaktadır (Castagnini ve Berrios 2009, Singh ve ark. 2004, Rusaka ve Rancans 2014, Sajith ve ark. 2002). Bununla birlikte premorbid işlevselliğin kötü olması, hiç evlenmemiş olmak, zayıf heteroseksüel ilişkiler, psikotik

dönemin süresinin uzunluğu ve stresli yaşam olayının olmaması da bulunan belirleyiciler arasındadır (Singh ve ark. 2004, Castagnini ve ark. 2015, Castagnini ve ark. 2013, Adamsoo ve ark. 2011, Suda ve ark. 2005). Bizim çalışmamızda elde ettiğimiz diğer bir dikkat çekici bulgu da, daha sonra başvurusu olmayan 4 olgu dışında bütün olgularda tanı değişikliğinin olmasıdır (%91,5). Ayrıca olguların sosyodemografik özelliklerine bakıldığında, çoğunun bekar (%51,1) olduğu ve çalışmadığı (%85,1) da tespit edilmiştir. Örneklemimiz cinsiyet, yaş, premorbid işlevsellik, medeni hal gibi yazında öne sürülen tanı değişikliği belirleyicilerine uygun özellikler taşımaktadır.

Çalışmamızda hastanemize daha sonra başvurusu olmayan 4 olgunun durumu hakkında bilgi edinilememiş, dolayısıyla psikiyatrik belirtilerin bir daha tekrarlamamış olması, yeniden ortaya çıkan psikiyatrik belirtiler nedeniyle başka bir kuruma başvurulmuş olması ya da ölüm gibi olasılıklar aydınlatılamamıştır.

Çalışmamızın tek bir kurumda yürütülmüş olması, bulguların genellenmesini zorlaştırmaktadır. Ayrıca çalışmamızda verilerin geriye dönük olarak tıbbi kayıtların incelenmesiyle elde edilmiş olması, hem bu bozukluk hem de izlemde değişen tanımlarla ilgili olarak tanının araştırmacılar tarafından yapılacak görüşmelerle doğrulanamaması kısıtlılığa neden olmaktadır. Yine kayıtlardan yeterince bilgi edinilememesi nedeniyle izlem sürecinde alkol ve madde kullanımı ve psikososyal stres etkenleri gibi yeni psikotik dönemleri tetikleyebilecek, prognoz ve yeni tanımlar üzerinde etkili olabilecek bazı değişkenleri çalışmaya dahil etmek mümkün olmamıştır.

Çalışmamızda izlemde ortaya çıkan tanı değişikliğindeki yüksek oran, şizofreninin erken dönem belirtilerinin atlanmış olması ihtimalini akla getirmektedir. Bu bakış açısıyla değerlendirildiğinde, belirleyici risk faktörlerini taşıyan AGPB olgularının şizofreninin prodromal dönemi açısından ayrıntılı değerlendirilmesi ve uzun dönem yakın izlemi kuşkusuz faydalı olacaktır.

Tanı güvenilirliğini artırmak için bu alanda yapılacak geniş örneklemli epidemiyolojik ve ileriye

dönük klinik çalışmalara olduğu kadar, AGPB'nin diğer psikiyatrik bozukluklar ile ilişkisini anlamaya yönelik nörobiyolojik çalışmalara da ihtiyaç vardır.

Yazışma adresi: Dr.Ürün Özer, Acıbadem Üniversitesi, Atakent Hastanesi İstanbul urunozer@gmail.com

#### KAYNAKLAR

- Aadamsoo K, Saluveer E, Küünarpuu H ve ark. (2011) Diagnostic stability over 2 years in patients with acute and transient psychotic disorders. *Nord J Psychiatry* 2011, 65:381-388.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (1995) *Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı*. 4. Baskı. (Köroğlu E, Çev. editörü) Ankara, Hekimler Yayın Birliği.
- Arkonaç O (1996) *Psikotik Bozukluklar ve Tedavileri*, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi.
- Castagnini A, Berrios GE (2009) Acute and transient psychotic disorders (ICD-10 F23): a review from a European perspective. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 259:433-443.
- Castagnini A, Bertelsen A, Berrios GE (2008) Incidence and diagnostic stability of ICD-10 acute and transient psychotic disorders. *Compr Psychiatry*, 49:255-261.
- Castagnini A, Foldager L, Bertelsen A (2013) Long-term stability of acute and transient psychotic disorders. *Aust N Z J Psychiatry*, 47:59-64.
- Castagnini A, Foldager L (2013) Variations in incidence and age of onset of acute and transient psychotic disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 48:1917-1922.
- Castagnini AC, Munk-Jørgensen P, Bertelsen A (2015) Short-term course and outcome of acute and transient psychotic disorders: Differences from other types of psychosis with acute onset. *Int J Soc Psychiatry*, 62:51-56.
- Dünya Sağlık Örgütü (1993) *ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırılması*. (Öztürk MO, Uluğ B Çev. Editörü) Ankara, Türkiye Sınır ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını.
- Marneros A, Pillmann F, Haring A ve ark. (2003) Features of acute and transient disorders. *Eur Arch Clin Neurosci*, 253:167-174.
- Pillmann F, Marneros A (2005) Longitudinal follow-up in acute and transient psychotic disorders and schizophrenia. *Br J Psychiatry*, 187:286-287.
- Queirazza F, Semple DM, Lawrie SM (2014) Transition to schizophrenia in acute and transient psychotic disorders. *Br J Psychiatry*, 204:299-305.
- Pull CB, Cloos JM, Murthy NV (2004) Atypical Psychotic Disorders. In Hirsch SR, Weinberger DR (eds.) *Schizophrenia, USA*, Blackwell Publishing.
- Rusaka M, Rancans E (2014) First-episode acute and transient psychotic disorder in Latvia: A 6-year follow-up study. *Nord J Psychiatry* 2014, 68:24-29.
- Sajith SG, Chandrasekaran R, Sadanandan Unni KE (2002) Acute polymorphic psychotic disorder: diagnostic stability over 3 years. *Acta Psychiatr Scand*, 105:104-109.
- Singh SP, Burns T, Amin S ve ark. (2004) Acute and transient psychotic disorders: precursors, epidemiology, course and outcome. *Br J Psychiatry*, 185:452-459.
- Soygür H ve Cankurtaran EŞ (2008) *Diğer Psikotik Bozukluklar*. Işık E, Taner E, Işık U (ed.) *Güncel Klinik Psikiyatri*. Ankara, Golden Print Matbaası.
- Suda K, Hayashi N, Hiraga M (2005) Predicting features of later development of schizophrenia among patients with acute and transient psychotic disorder. *Psychiatry Clin Neurosci*, 59:146-150.