

Schneider Belirtileri ve DSM 5: İlişkili İki Olgu Sunumu

Ömer Yanartaş¹®, Serhat Ergün¹®, Erdoğan Akça¹®, Nurşin Hicri¹®, Süha Can Gürsoy¹®, Kemal Sayar¹®

ÖZET:

Schneider belirtileri ve DSM 5: ilişkili iki olgu sunumu

Geçmişte psikotik bozukluklarda daha yaygın olduğu düşünülen Schneider tarafından tanımlanan belirtiler (STTB) son dönemde yapılan çalışmalarda dissosiyatif bozukluk ve bipolar afektif bozukluk gibi diğer bazı psikiyatrik bozukluklarda da gösterilmiştir. Bunun sonucu olarak da DSM 5'te STTB'e şizofreni tanısındaki özellikli atıf tanı sisteminden kaldırılmıştır. Biz bu çalışmada STTB'i olan iki vakayı sunmayı amaçlıyoruz. Sunulan olgularda STTB'e ilave olarak amnezi ve füğ belirtilerinin varlığı ve bu belirtilerin stresli yaşam olayları ile ilişkili olması nedeniyle dissosiyatif bozukluk tanısını da akla getirmektedir. Bundan dolayı antipsikotik tedavi yerine uygulanan psikoterapötik müdahale ve psikolojik stresörden uzaklaşma yaklaşımlarının STTB açısından da fayda sağladığı gözlemlendi. STTB'in DSM 5'te psikoza özellikli atıfın çıkarılması diğer bozukluklarda da STTB'in klinisyenlerin dikkatini çekmesine neden olacaktır. Böylece bu değişiklik dissosiyatif bozukluk ve bazı bipolar afektif bozukluk olgularının daha iyi tanınmasını sağlayabilir ve hastaların gereksiz yere yüksek doz antipsikotik tedavi almasının önüne geçebilir.

Anahtar kelimeler: schneider belirtileri, şizofreni, dissosiyatif bozukluk, bipolar bozukluk

Journal of Mood Disorders (JMood) 2017;7(4):230-3

ABSTRACT:

Schneiderian symptoms and DSM 5: related to two cases

Thought to be more common in psychotic disorders in the past, Schneiderian symptoms (SS) were also observed in other disorders such as dissociative disorders and bipolar disorders. As a result of this, specific attribution of Schneiderian first rank symptoms was eliminated from diagnostic criteria of schizophrenia in DSM-5. In this article, we aim to present two cases having schneiderian symptoms. Since these cases had additional symptoms such as amnesia, fugue, and Schneiderian symptoms related to psychosocial stressors, we also suggested that these patients might have dissociative disorders. In terms of Schneiderian symptoms; instead of antipsychotic treatments, psychotherapeutic interventions and removal from psychogenic stressors can be considered in management of these cases. In DSM-5 the elimination of specific attribution of SS in psychosis results in clinician's drawn attention to this issue in other disorders. Therefore, this alteration may provide better diagnosis of dissociative disorders and bipolar disorders and prevent these patients' from taking high dose antipsychotic treatments unnecessarily.

Keywords: schneiderian symptoms, schizophrenia, dissociative disorders, bipolar disorders

Journal of Mood Disorders (JMood) 2017;7(4):230-3



¹Marmara Üniversitesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Yazışma Adresi / Corresponding Author:
Ömer Yanartaş,
Marmara Üniversitesi, Psikiyatri Anabilim Dalı,
İstanbul, Türkiye

Elektronik posta adresi / E-mail address:
omeryanartas@yahoo.com

Geliş tarihi / Date of received:
11 Eylül 2017 / September 11, 2017

Kabul tarihi / Date of acceptance:
12 Eylül 2017 / September 12, 2017

Bağıntı beyanı:

Ö.Y., S.E., E.A., N.H., S.C.G., K.S.: Yazarlar bu makale ile ilgili olarak herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Declaration of interest:

Ö.Y., S.E., E.A., N.H., S.C.G., K.S.: The authors reported no conflicts of interest related to this article.

GİRİŞ

Kurt Schneider tarafından tanımlanan ilk sıra belirtilerin şizofreni için özellikle altta yatan fiziksel bir hastalık olmadığında patognomonik olduğu düşünülmüştür. Tanımlanan başlıca ilk sıra belirtiler; 'tartışan sesler duyma, işitilebilen düşünceler, davranışları üzerinde yorum yapan sesler duy-

ma, sanrısız algılama, düşünce yayılması ve yayınlanması, somatik edilgenlik deneyimleri ve düşünce yoksulluğu ile ilgili belirtiler olarak bilinmektedir (1). Dahil edilme ve hariç tutulma kriterlerinin kullanıldığı ilk tanı yöntemi olan DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) III'te şizofreni tanısı için Schneider tarafından tanımlanan belirtiler (STTB) öncelikli bir konumda bulunuyordu (2).

STTB her ne kadar başlangıçta şizofreni için patognomonik olarak tanımlansa da takip edilen süreçte bu belirtilerin şizofreni için özgünlüğü, tanısız geçerliliği sorgulanır hale gelmiştir (3). Yapılan çalışmalarda STTB bipolar afektif bozukluk olgularında (4,5), dissosiyatif bozukluk olgularında (6,7) ve benzodiyazepin çekilme belirtisi yaşayan olgularda (8) tanımlanmıştır. Her ne kadar geçmişte farklı olgularda STTB tanımlansa da hem DSM IV-TR'de hem de ICD 10'da şizofreni tanı kriterleri için STTB'e özel bir önem atfedilmekteydi. Şöyle ki; şizofreni A tanı kriterinde 5 kriterden ikisi şizofreni için tanı koydururken, eğer olgularda STTB veya bizar hezeyan mevcutsa bu iki kriter yerine birinin yeterli olabileceği ifade edilmiştir (9). STTB'e özgün bu atıf DSM 5'te kaldırılmıştır ve bu durumun gerekçesi olarak da bu belirtilerin şizofreni olgularına özgün olmadığı belirtilmiştir (10). Biz bu vaka sunumunda yoğun STTB'i olmakla birlikte şizofreni tanısı kapsamına girmeyen ve dissosiyatif bozukluk görüşme çizelgesi (DBGÇ) ile dissosiyatif bozukluk olarak tanı koyduğumuz iki olgumuzu güncel DSM 5 tanı tartışmaları kapsamında sunmayı amaçladık.

A OLGUSU

36 yaşında kadın hasta çocukları ile birlikte yaşıyor ve boşanmış. Polikliniğimize kulağına tartışan, davranışları üzerine yorum yapan ses duyma, bayılma, unutkanlık ve aralıklı olarak agresif davranma şikayetleri ile başvurdu. Hastanın şikayetlerinin ilk olarak 11 sene önce psikososyal stresör ile başladığı, o dönemden beri 'Cin' gördüğü, bu varlıkların davranışlarını yönettiği, zaman zaman kendisini bayılttığı öğrenildi. İlk başta tedavi için dini iyileştiricilere gittiği, şikayetlerinin devam ettiği ve 4 sene önce ilk defa psikiyatrye başvurduğu öğrenildi. Hastanın şizofreni tanısı aldığı, etkin doz ve süre çeşitli antipsikotik tedavileri aldığı (risperidon, ketiyapin, klozapin), buna rağmen uygulanan tedavilerden fayda görmediği anlaşıldı. Ruhsal durum muayenesinde zaman zaman boşandığı eşi ile konuşulduğunda STTB'in yoğunlaştığı anlaşıldı. Genel tıbbi durumunda rutin biyokimya tetkiklerinde, EEG ve nörolojik tetkiklerinde herhangi bir patolojik bulguya rastlanmadı. Olguya yapılan dissosiyatif yaşantılar ölçeği (DYÖ) sonucunda 56 puan aldığı belirlendi (kesme puanı 30 puan). Ayrıca Dissosiyatif bozukluk görüşme çizelgesi (DBGÇ) ile yapılan değerlendirme sonucunda başka türlü adlandırılmayan dissosiyatif bozukluk (BTA-DB) tanısı

kondu. Bu görüşme çizelgesi kapsamında yoğun trans deneyimleri, depersonalizasyon ve derealizasyon yaşantıları, amnezi ve füğ periyotları, somatik şikayetler, depresif yakınmalar belirlendi. Yine DBGÇ kapsamında olgulara sorulan 11 STTB'den 9'unda pozitif yanıt alındı. Ayrıca olgumuzun çocukluğunda üvey babası ve amcasının cinsel istismarına tekrarlayan defalar maruz kaldığı öğrenildi. Olguya özellikle travmatik unsurlar ile karşılaştığında stress yönetimi ve depresif yakınmaları için bilişsel davranışçı terapi ve beraberinde depresif yakınmaları için fluoksetin 40 mg ve agresif davranışlarına ve yoğun anksiyetesine yönelik olanzapin 2.5 mg verildi. Tedavi ile özellikle varsanı yaşantılarında, depresyon belirtilerinde ve travmatik yaşantılar ile ilgili dissosiyatif yaşantılarda belirgin gerileme oldu ve DYÖ ölçek skoru ortalaması 22 puana düştü.

B OLGUSU

22 yaşında kadın hasta kulağına tartışan emir veren sesler gelmesi, unutkanlık ve konsantrasyon kaybı, işlevsellik kaybı, keyifsizlik, aralıklı sinirli ve agresif davranışlar ile başvurdu. Yakınmalarının 2 sene önce erkek arkadaşından ayrılınca ortaya çıktığı, bu süre zarfında psikiyatrik tedaviler aldığı (risperidon, haloperidol, ketiyapin, paliperidon), tedavilerden fayda görmediği anlaşıldı. Kulağına gelen seslerin son dönemde ve özellikle stresli olduğu dönemlerde arttığı belirlendi. Ruhsal durum muayenesinde; özbakımı azalmış, algı patolojilerinde yoğun işitsel varsanı değerlendirildi. Duygulanımı depresifti, belirgin amnestik epizodlar belirlendi. Yapılan DYÖ sonucunda 47 puan aldı ve DBGÇ'e göre başka türlü adlandırılmayan dissosiyatif bozukluk tanısı aldığı belirlendi. DBGÇ kapsamında yapılan değerlendirmede, 11 STTB'den 7'sine pozitif yanıt verdiği, yaygın somatik ve depresif yakınmaların olduğu, çocukluk çağında birinci derece yakınından cinsel ve fiziksel istismara maruz kaldığı, dissosiyatif amnezi ve füğ atakları yaşadığı, zaman zaman kendisi ile ilgili önemli verileri hatırlamakta zorlandığı anlaşıldı. Çocukluk çağında kendisini travmatize eden kişiler ile karşılaştığında kulağına gelen seslerin çok arttığı ve kendini kontrol etmekte zorlandığı gözlemlendi. Olguya psikoterapötik müdahalede bulunuldu. Özellikle stresle tetiklenen dissosiyatif yaşantılarına bilişsel müdahalede bulunuldu. Ajitasyon sorunu ve depresif yakınmaları nedeniyle essitalopram 20 mg ve olanzapin 2.5 mg tedavi başlandı. DYÖ ortalaması 18 puana indi ve işitsel varsanları belirgin olarak geriledi.

TARTIŞMA

STTB her ne kadar tarihsel süreci içerisinde şizofreni için özgün olmaya aday bir belirti kümesi olarak görülse de olgularımızda da görüldüğü gibi farklı olgu gruplarında da sıklıkla gözlemlenebilmektedir. Dissosiyatif bozukluk olgularında STTB'in varlığı aslında dissosiyatif vakaların tanımlandığı ilk dönemlerden itibaren belirtilmiş hatta bu belirtilerin dissosiyatif kimlik bozukluğu olgularında şizofreniden daha yaygın olarak görüldüğü iddia edilmiştir (6,7). Bu bağlamda DBGÇ'de STTB'ler sorgulanmaktadır. Yapılan bir çalışmada şizofreni ve dissosiyatif kimlik bozukluğu (DKB) hastaları arasında DKB hastalarının anlamlı olarak daha çok psikojenik amnezi, psikojenik füğ, somatik semptomlar ve STTB bildirdiğini, ayrıca daha sıklıkla çocukluk çağı travma öyküsü olduğu ve eştanı olarak depresyon, depersonalizasyon bozukluğu ya da borderline kişilik bozukluğu tanısı aldıklarını göstermişlerdir (11). Steinberg ve arkadaşlarının çalışmasında dissosiyatif kimlik bozukluğu olgularında flashback ve regresyon süreci dışında genel olarak gerçeklik testinin bozulmadığı, işitsel varsanların başka dissosiyatif belirtilerle bir arada olduğu ve içeriklerinin sanırsal veya bizar olmaktan çok hastanın durumuna uygun olduğu gözlenmiştir (12). Türkiye'de Dissosiyatif bozukluk tanı grubunda DBGÇ ile yapılan son dönem bir başka çalışmada gerek dissosiyatif kimlik bozukluğu, gerekse de başka türlü adlandırılmayan dissosiyatif bozukluk olgularında %90'a varan oranlarda Schneideryan birinci sıra belirtiler saptanmıştır (13).

Olgularımızın özellikleri incelendiğinde özellikle her iki olguda da daha önceki değerlendirme süreçlerinde işitsel varsanlara odaklanılmış ve klinisyenler hızlıca diğer belirtiler ile şizofreni tanısına yönelmişlerdir. Bizim değerlendirme sürecimizde olgularda gördüğümüz; amnezi ve füğ belirtilerinin varlığı, emir komut veren işitsel varsanlarının stresör yaşam olayları ile tetiklenmesi ve süreklilik gös-

termemesi, şizofreni hastalarında gözlenen ek belirtilerin gözlenmemesi (duygulanımda kısıtlılık, aloji, avolusyon gibi), yalancı nöbet geçirme, yoğun çocukluk çağı cinsel ve fiziksel istismar varlığı, her iki olguda da aile öykülerinde herhangi bir psikotik olgu olmaması ve etkin süre ve doz antipsikotik tedaviye yanıtızlık olgularımızda dissosiyatif bozukluk tanısını bize düşündürttü. Klinik öngörümüz hem DYÖ hem de DBGÇ ile yapılan görüşme sonucunda doğrulanmış oldu. Her ne kadar çocukluk çağı travmatik yaşantıların varlığı şizofreni ve diğer psikotik bozukluklarda gösterilmiş olsa da dissosiyatif bozukluk grubunda bu oranın %85-100 oranında olduğu ifade edilmektedir (14,15).

Yine vakalarımızdaki bir diğer özellik de STTB'in antipsikotik tedaviye yanıt vermeyip bunun yerine öncelikli olarak; stresör ortamdan uzaklaşma, güven ortamının sağlanması ve ayrıca bu belirtilerin günlük yaşam aktivitesi üzerine bilişsel olarak çalışılması olgularımızda fayda sağlamıştır. Literatürde de bu vakaların yüksek doz antipsikotik tedaviden fayda görmediği psikoterapötik müdahaleden veya hipnozdan faydalandığı bildirilmiştir (16,17). Bu açıdan olgularımız literatür verileri ile uyumludur.

Sonuç olarak DSM 5'te yapılan değişiklik gözönüne alındığında STTB'si olan olgularda hızlıca şizofreni tanısına yönelinmemesi ve bu belirtilerin fenomenolojik olarak daha kapsamlı değerlendirilmesi gerektiğini düşünmekteyiz. STTB'si olan olgularda; flashback ve regresyon dönemleri dışında gerçeği değerlendirme kapasitesinin bozulmaması, eşlik eden amnezi ve füğ yaşantıları, stresör ile alevlenen ve sonrasında saatler içerisinde kaybolabilen varsanı yaşantıları, yalancı nöbet geçirme, çocukluk çağı özellikle cinsel ve fiziksel istismar varlığı ve hastalarda distimi gibi süregelen duygudurum bozuklukları varlığında herhangi bir dissosiyatif bozukluk tanısının da ayırıcı tanıda düşünülmesinin klinik pratikte fayda sağlayacağı kanaatindeyiz.

Kaynaklar:

1. Schneider K. Clinical psychopathology. New York: Grune and Stratton, 1959.
2. Carpenter WT Jr. The schizophrenia paradigm: A hundred-year challenge. J Nerv Ment Dis. 2006;194(9):639-43. [\[CrossRef\]](#)
3. Tandon R, Greden JF. Schneiderian first rank symptoms: reconfirmation of high specificity for schizophrenia. Acta Psychiatr Scand. 1987;75(4):392-6. [\[CrossRef\]](#)
4. Conus P, Abdel-Baki A, Harrigan S, Lambert M, McGorry PD. Schneiderian first rank symptoms predict poor outcome within first episode manic psychosis. J Affect Disord. 2004;81(3):259-68. [\[CrossRef\]](#)
5. Rosen C, Grossman LS, Harrow M, Bonner-Jackson A, Faull R. Diagnostic and prognostic significance of Schneiderian first-rank symptoms: a 20-year longitudinal study of schizophrenia and bipolar disorder. Compr Psychiatry. 2011;52(2):126-31. [\[CrossRef\]](#)

6. Kluft RP. First rank symptoms as a diagnostic clue to multiple personality disorder. *Am J Psychiatry*. 1987;144(3):293-8. [\[CrossRef\]](#)
7. Ross CA, Joshi S. Schneiderian symptoms and childhood trauma in the general population. *Compr Psychiatry*. 1992;33(4):269–73. [\[CrossRef\]](#)
8. Roberts K, Vass N. Schneiderian first-rank symptoms caused by benzodiazepine withdrawal. *Br J Psychiatry*. 1986;148:593-4. [\[CrossRef\]](#)
9. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.) Text Rev*. Washington DC: American Psychiatric Association, 2000.
10. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual Of Mental Disorders (5th ed.)*. Washington DC: American Psychiatric Association, 2013.
11. Ross C. and Norton G. Multiple personality disorder patients with a prior diagnosis of schizophrenia. *Dissociation*. 1998;1(2):39-42.
12. Steinberg M, Cicchetti DV, Buchanan, J, Rakfeldt J, Rounsaville B. Distinguishing between multiple personality disorder and schizophrenia using the structured clinical interview for DSM-IV dissociative disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 1994;182(9):495–502. [\[CrossRef\]](#)
13. Yanartas O, Ozmen HA, Citak S, Zincir SB, Sunbul EA. An outpatient clinical study of dissociative disorder not otherwise specified. *Comprehensive Psychiatry*. 2014;55(4):755-61. [\[CrossRef\]](#)
14. Zincir SB, Yanartas O, Zincir S, Semiz UB. Clinical Correlates of Childhood Trauma and Dissociative Phenomena in Patients with Severe Psychiatric Disorders. *Psychiatr Q*. 2014;85(4):417-26. [\[CrossRef\]](#)
15. Vermetten E, Dorahy MJ, Spiegel D (editors). *Traumatic dissociation neurobiology and treatment*. Washington DC: American Psychiatric Publishing, 2007.
16. Loewenstein, RJ. Psychopharmacologic treatments for dissociative identity disorder. *Psychiatric Ann*. 2005;35:666-73.
17. Chu, JA, Dell, PF, Van der Hart, O, Cardena, E, Barah, PM, Somer, E, et al. Guidelines for treating dissociative identity disorder in adults, Third Revision. *J Trauma Dissociation*. 2011;12 (2):115-87. [\[CrossRef\]](#)