

# Çocukluk (Erken) Başlangıçlı Şizofreni: Tanısal Değerlendirmeler, Klinik Bulgular, Ayırıcı Tanı ve Tedavi Yaklaşımları

Işık GÖRKEN \*

## ÖZET

Çocukluk çağı şizofrenisi ender görülen bir durumdur. Erişkin şizofrenisinde olduğu gibi, etyolojisi halen kesinleşmemiştir. Bu makalede, epidemiyolojisi, klinik bulguları, tanı koymada gelişimsel özellikler açısından değerlendirmeler ve tedavi çalışmaları gözden geçirilmiştir.

Anahtar kelimeler: Çocukluk çağı, şizofreni, tanı, klinik bulgular

Düşünen Adam; 2001, 14(4): 211-216

## SUMMARY

Childhood-onset schizophrenia is a rare condition. The etiology has not been clearly determined. This article is a review of literature on clinical findings, appreciation of developmental characteristics for diagnosis and therapy.

Key words : Childhood, schizophrenia, diagnosis, clinical findings

## GİRİŞ

Beynin gelişimini önemli derecede etkileyen şizofreni, çocuklarda ender görülen bir bozukluktur. Çocukluk döneminde başlayan erken başlangıçlı şizofrenide, ortaya çıkan klinik bulgular, bu bulguların çocuğun hangi gelişim döneminde ortaya çıktığı, gelişimsel döneme göre bu bulguların nasıl değerlendirileceği ve son olarak, bu gelişim seyrini nasıl etkilediği ve bozduğu şeklindeki değerlendirmelerin yapılması zorunludur. Son yıllarda, erken başlangıçlı şizofreni ile geç başlayan şizofreni arasında bir ayrımın olup olmadığı konusunda klinik değerlendirmeler ve nörobiyolojik çalışmalar yoğunluk kazanmıştır.

## TARİHÇE

1906 yılının başlarında De Sanctis (1971), gelişimde gerileme, entellektüel defisitler, uygunsuz affeksiyon, sosyal izolasyon, bazen davranış ve konuşma sorunlarının olduğu bir tabloyu Dementia Praecossi-

ma olarak tanımlamıştır (12). En erken tanımlamalar, Bleuler (1911) ve Kraepelin (1919)'in adolesanlarda gözlemleyip, koydukları tanımlamalardır. Belli bir dönemde şizofreni kavramı ve teriminin farklı kullanılışı, sorunlar yaratmıştır. Avrupa'nın daha çok etkisinde kaldığı Kraepelin, varsanılar, düşünce bozukluğu, sanrılar ve emosyonel küntlük gibi bulgular üzerinde duruyorken, Amerika Birleşik Devletleri'nin daha çok etkilendiği Bleuler, düşünce bozukluğu, çağrışımlarda bozulma, emosyonel tepkilerde değişiklikler ve realite yerine fantazilerin olması şeklindeki bulguları, primer anormalliklere sekonder bulgular olarak değerlendirmiştir (16). 1933 yılında Potter ve daha sonra 1941 yılında Bradley ve Bowen tarafından bu alanda ilk çalışmalar yapılmıştır. Loretta Bender 1942 yılından sonra bu konuda araştırmalar yapmış ve klinik tanımlamada merkezi sinir sistemi bozukluğuna ilişkin belirtilere ağırlık vermiştir. Çocukluk psikozlarının yaşamın ilk aylarında başlayabileceğini ilk ortaya atan, Kanner olmuştur. Kanner, erken bebeklik otizmini 1943 yılında tanımlamış, 1952

\* İ. Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

yılında Mahler, 5 yaşından önce görülen Simbiyotik Psikoz sendromunu tanımlamıştır. Bu dönemden sonra atipik çocuklar, bebeklik psikozu, çocukluk şizofrenisi tanımlamaları ortaya atılmıştır (15).

Çocukluk Şizofrenisi kavramında iki grup tartışılmıştır:

1. Çocukluk Şizofrenisi kavramını yaygın bir şekilde onaylayan Bender, Fish ve Goldfarb gibi kişilerin gözönüne aldığı kümeleşmiş grup,

2. Gittikçe geçerlilik kazanan parçalanmış grup: başlangıç yaşı, klinik seyir ve aile öyküsü gibi belirtiler temelinde farklılaştırılmış olan, psikotik çocukların farklı grupları ile ilgili tartışılan grup. Özellikle bu konuda, herbir grubun ayırıcı bulgularının değerlendirilmesi ve başlangıç yaşına göre psikotik çocukların ayrılması ile ilgili etkili çalışmalar yapılmıştır.

Çocuklarda erken başlangıçta ortaya çıkan klinik bulgular ile daha geç başlangıçta ortaya çıkan bulgular arasında farklılıklar görülmesi, erken yaşın gelişimsel bozukluklar ile şizofreninin, birbirleri ile bağlantısı olmayan ayrı bozukluklar olduğu şeklinde tartışmaları gündeme getirmiştir. Bu çalışmaların sonucunda DSM-III, çocukluk şizofrenisini ayrı bir bozukluk olarak ele almıştır. Eğer erişkin kriterlerini taşıyorlarsa çocukluk şizofrenisi tanısı alabileceklerdir. Werry ve ark.'ları, erken yaşta başlayan şizofreninin, erişkin dönemde başlayan şizofreniden yalnızca kantitatif olarak ayrılan bir değişken olduğunu ifade etmişlerdir.

DSM-III-R kriterlerini, bazı şizofrenik çocuklara uyarlamada zorluklar olmuştur. Bu çocuklarda, bozukluğun tanı olarak başlangıcını ya da fonksiyonlarda gerilemeyi ortaya çıkarmada zorluklar yaşanmıştır (20). DSM-III-R ve DSM-IV, yalnızca kişilerarası ilişkilerin, akademik başarıdaki gelişimin veya uğraşıda, gelişimin beklenen düzeyde yeterli olmaması koşulunu getirir. Ancak, fonksiyonlarda varolan gerilemeyi göstermez (12).

## EPİDEMİYOLOJİ

İlk zamanlar bu konu ile ilgili bilgiler çok sınırlı olmuştur. Otizm tanısı alan olgular ile karşılaştırmalar sonucu elde edilmiştir. 2-12 yaş arası çocuklarda prevalans, 10000 çocukta 0.19 olarak bildirilmiştir (4). Yakın zamanda yapılan çalışmalarda, 12-14 yaş arası çocuklarda insidenste artma saptanmıştır (8). Erkek/

kız oranının 2 veya 2.5/1 olduğu ve erkeklerde daha fazla görüldüğü sonucu ortaya çıkarılmıştır (7,15).

Premorbid anamnezlerinde erkek çocukların, kız çocuklara göre daha sorun yüklü olduğu ve şizofreni bulgularının, erkek çocuklarda daha erken başladığı görülmektedir (7,19).

## TANISAL DEĞERLENDİRMELER VE KLİNİK BULGULAR

DSM-IV tanı ölçütleri ile tanı konulmaktadır (2):

**A. Karakteristik bulgular:** 1 aylık bir dönem boyunca aşağıdakilerden en az ikisinin olması gerekmektedir:

1. Sanrılar
2. Varsanılar
3. Dezorganize konuşma
4. İleri derecede dezorganize ya da katatonik davranış
5. Negatif belirtiler: emosyonel küntlük, aloji ya da avolasyon

**Not:** Sanrılar bizar ise ya da varsanılar, kişinin davranış ya da düşünceleri üzerine sürekli yapmakta olan seslerden ya da iki veya daha fazla sesin birbirleriyle konuşmasından oluşuyorsa A tanı ölçütünden yalnızca bir belirtinin bulunması yeterlidir.

**B. Toplumsal/mesleki işlev bozukluğu:** Bu madde, çocuklarda kişilerarası ilişkilerde, eğitim ile ilgili ya da iş başarısında beklenen düzeye erişememe olarak değerlendirilir.

**C. Süre:** En az 6 ay süre ile şu belirtileri kapsamalıdır: Prodromal ya da residüel belirtilerin bulunduğu dönemleri kapsayabilir. Bu bozukluğun belirtileri, prodromal ya da residüel dönemlerde, yalnızca negatif belirtilerle ya da A tanı ölçütünde iki veya daha fazla belirtinin daha hafif biçimleri ile (örneğin; garip davranışlar, olağandışı algısal yaşantılar) kendilerini gösterebilir.

**D. Şizoaffektif Bozukluk ile Duygudurum Bozukluğunun Dışlanması:** Özellikle ergenlerde Duygudurum Bozukluğunun başlangıcı, şizofreni benzeri belirtiler ile kendisini gösterebilir.

## E. Madde Kullanımının/Genel Tıbbi Durumun Dışlanması.

**F. Bir Yaygın Gelişimsel Bozukluk ile olan ilişkisi:** Otistik Bozukluk ya da Yaygın Gelişimsel Bozukluk öyküsü varsa, ancak en az 1 ay süre ile belirgin sanrı ve varsanılar da varsa Şizofreni ek tanısı alabilir.

## Başlangıç ve prodromal görünüm

Başlangıcı genellikle sinsidir. Birçok olguda, bebeklikte başlayan ciddi gelişimsel zorluklar olmuştur. Ancak retrospektif olarak bozukluğun tam olarak ne zaman başladığını netleştirmek, prodromal ve prodromal zorlukları ayırt etmek zordur. Bebeklik ve 1.5-3 yaş dönemi çocuklarında, genellikle gelişimde gerileme görülür. Bu durum kendisini, konuşmanın başlamasında gecikme, konuşmanın sınırlı olması ve ekolalik konuşma, motor gelişimde gecikme, hipotoni, manyerizmler (el çırpma, sallanma) şeklinde gösterir. Olağandışı duyuşsal duyarlılıklar erken dönemde başlayabilir. Bu olağandışı uyarılardan (koklama, dokunma gibi) sakınmak için, çocuk kendisini geri çekme şeklinde bir savunmaya geçebilir. Olağandışı korkular; labil, uygunsuz affekt; aşırı anksiyete ve kuşkuçuluk gibi nonspesifik belirtiler gösterilir. Sosyal izolasyon, bağlanma figürlerine yapışma oluşur. Majik düşünce, perseverasyon, ritüelistik davranışlar ve zihnin olağandışı uğraşları şeklinde kognitif anormallikler ortaya çıkar (12,19).

Sonuç olarak şizofrenik çocuklar, akranları ile ilişkilerde, okul ile ilgili aktivitelerde fakirleşme gibi, sosyal alanlarda premorbid bir fonksiyon bozukluğu gösterirler. En sık görülen premorbid belirti, erkek çocuklarda görülen dikkat bozukluğu ve hiperaktivitedir. Daha az sıklıkta davranış bozukluğu veya depresyon görülür (15). Az bir kısmında premorbid olarak, şizotipal kişilik bozukluğu ve yaygın gelişimsel bozukluk görüntüsü bulunmuştur. İnfantil Otizmi olan çocuklarda, çocukluk çağında veya daha ileriki yaşlarda ender de olsa şizofrenik belirtiler gelişebilir. Bu durumun paylaşılmış bir nedene mi bağlı olduğu, her iki bozuklukta risk faktörlerinin sıklığına mı bağlı olduğu, ya da birbirinden bağımsız iki bozukluğun basit bir rastlantısı mı olduğu konusu netlik kazanmamıştır (12).

Şizofreninin patognomonik belirtileri, ender olarak 5-6 yaştan önce görülür. 3 yaşında sanrı, varsanı ve

formal düşünce bozukluklarının olduğu şizofrenik olgular bildirilmiştir (15).

## Gelişimsel faktörler

Çocuğun yaş faktörü, belirtilerin şeklini ve içeriğini etkiler. Küçük bir çocuğun varsanı ve sanrıları, daha büyük olan çocuklarınkı ile karşılaştırıldığında, daha akıcı ve daha az kompleks olarak görülür. Çocukluk çağında temalar, cinsel içeriklerden çok, oyuncaklar ya da canavarlardır (15). Schneiderian belirtiler çok az görülür. Sanrısız temalar, daha büyük ve daha zeki çocuklarda soyut ve ayrıntılı olabilir. Formal düşünce bozukluğu; lojik olmayan düşünce, çağrışımlarda gevşeme, enkoherans ve düşünce içeriğinde fakirleşmeyi kapsamaktadır. Bu bulguları, küçük ve daha konuşması tamamlanmamış çocuklarda ayırt etmek zordur. 7 yaş ve üstü çocuklarda ayırtedilebilir. 7 yaş, normal çocuklarda, lojik olmayan düşünce ve çağrışımlarda gevşeme açısından gelişimsel bir kesim noktasıdır. Lojik olmayan düşünce önemli derecede azalır, çağrışımlarda gevşeme tamamen kaybolur (12).

Varsanı ve sanrıların, formal bir bozukluğun varlığı veya yokluğunun araştırılması, konuşması sınırlı ya da bozuk olan çocuklarda zor olabilir. Verbalize bazı otistik çocukların yüzeysel, lojik olmayan ve enkoheran konuşması, şizofreninin formal düşünce bozukluğuna benzeyebilir. Küçük ve konuşması bozuk olan çocuklarda varsanı, sanrı ve düşünce bozukluklarını soruşturmak güçtür. Bettis (1987), 5-18 yaş arası çocuklarda pozitif ve negatif belirtileri araştırmış, pozitif belirtilerin, yaşa ve IQ düzeyindeki yüksekliğe bağlı olarak artma gösterdiğini bulmuştur. Buradan çıkarılan sonuç, konuşma kapasitesinin artışı ile pozitif belirtilerin görünmesi arasında bir bağlantının olduğu, düşük IQ grubunun, predominant olarak otistik benzeri bulguları olan çocukları daha çok kapsadığı ve düşük IQ ve negatif belirtiler arasındaki korelasyonların, nörolojik bir bozulmanın etkisini yansıtabileceği şeklindedir. 7 yaş öncesi çocuklarda psikiyatrik bir bozuklukla beraber varsanılarının görülmesi ender bir durumdur. Çocukluk çağında, normalde uykuya dalarken (hipnogojik) ve uykudan uyanırken (hipnopompik) varsanılar, hayali arkadaşlıklar, fantazi üretmeler ve korkular oluşabilir. Bunların ayrılması gereklidir. Bir çocukta varsanının olup olmadığına karar verebilmek için şu sorular akla getirilmelidir:

1. Çocuk, klinisyenin varsanı hakkındaki sorusunu anlamış mıdır?
2. Çocuk, soru soranı hoşnut etmek ya da dikkat çekmek için ,bir varsanıya sahip olmayı mı yeğledi?
3. Çocuk, varsanının olağandışı olduğunu ve başkalarının böyle bir deneyimi olmadığını biliyor mu?
4. Çocuk, varsanı algısı temelinde bir davranış sergiliyor mu?
5. Varsanı, korku, dehşet veya sevincin bir emosyonel yanıtı ile birliktelik mi gösteriyor?

Şizofrenik çocukların varsanları, erişkin şizofrenisindekilere benzer (6).

Gelişimsel bakış açısı ile sanrılar, 7 yaşından küçüklerde seyrek gibi görünmektedir ve tanı koyulması zordur (17). Russell, olgularında, bizar, perseküte, somatik, referans ve grandiyöz sanrılar tanımlamıştır. Şizofreni tanısı alan adolesanlarda, % 38 sistematik sanrılar saptanmıştır (3). Yaşı daha büyük olanların sanrıları, küçük çocuklardan daha ayrıntılı ve komplekstir. Sanrılara ek olarak şizofrenik çocuklar, yaygın morbid fantaziler ve majik düşünce gösterebilirler. Tanısal değerlendirmede morbid fantaziler ve majik düşünce, tanı koymada önem taşır. Çünkü, altta yatan bir psikiyatrik bozukluk olmadan da oluşabilirler veya sanrılarının gelişimsel prekürsörü olabilirler. Sanrılara benzer şekilde, morbid fantaziler ve majik düşünce yaygın, ve eğer çocuk imajinasyon niteliğini anlamadan bu düşüncelere göre hareket ediyorsa çocuğun fonksiyonu bozulabilir.

Şizofrenik çocuklarda, yapılandırılmış bir çevrede realite yeniden test edilemez (12).

### Klinik bulgular

Retrospektif çalışmalar, bu bozukluğu olan çocukların yaklaşık olarak yarısında şu bulguların olduğunu göstermiştir (1,20):

- gelişimsel gerilik
  - yıkıcı davranış bozuklukları
  - ekspressif ve reseptif dil sorunları
  - bütün motor fonksiyonlarda bozulma hali
  - öğrenmede güçlük
  - IQ düzeyinin sınır düzeyden daha aşağı düşmesi
  - Ve yaygın gelişimsel bozukluk bulgularına geçiş
- Premorbid anormallikler, erişkin yaşta başlayan şizofreni ile benzerlik gösterse de, erken yaşta başlayanlarda dil bozukluğu ve otizm benzeri geçiş belir-

tileri ile nonspesifik belirtilerin oranı daha yüksektir (8,10).

DSM-III tanı ölçütleri kullanılarak yapılan birkaç çalışmada, erken başlangıçlı şizofrenide fenomenoloji araştırılmıştır. Erken başlangıçta, başlangıç daha sinsidir ve işitsel varsanlar ve sanrılar, erişkinlerde bildirildiğinden daha az kompleks olmaya eğilimlidir (7). İşitsel varsanlı çocuklarda, nöral dolaşımında bozulmanın nedeni bilinmemektedir. Fonksiyonel MRI çalışmasında, beynin periyodik eksternal konuşma aktivitesi, sol superior temporal gyrusta azalmıştır. Ancak erişkin şizofrenisi tanısı alanlarda normallerle karşılaştırıldığında, sağ orta temporal gyrusta bu aktivite artmıştır. Bu araştırma, işitsel varsanının, beynin normalde konuşma süreçlerinin alanı olan temporal köptikal bölgelerde aktivite azalması ile birliktelik gösterebileceğini düşündürmektedir (21).

Erken başlangıçlı şizofrenininin çok boyutlu belirtiler vermesi, tanıda spesifik bir sendrom olarak mı değerlendirileceği, yoksa şizofreni spektrumu içinde ona bağlı bir çok boyutlu gelişimsel bir bozukluk mu olduğu sorusunu yanıtsız bırakmaktadır; çok boyutlu bir bozukluk olarak tanı almış adolesanların; birinci derece akrabalarında şizofreni tanısı yüksek orandadır, yapısal beyin anormallikleri vardır, erişkin şizofrenisine benzer şekilde nöropsikolojik değerlendirme bulguları sergilemişlerdir (13).

Erken başlangıçlı şizofrenilerde, geç başlangıçlı olanlara göre prognoz daha kötü olduğu, çalışmalarda bildirilmektedir. Premorbid durum, sinsili başlangıç ve psikotik bozukluğun erken başlaması, prognozu olumsuz yönde etkilemektedir Eggers ve Burk, 44 olgunun en uzun süre (42 yıl) izlendiği çalışmalarında, erken başlangıçlı şizofreniklerde % 50 oranında belirtilerin sürdüğünü saptamışlardır. % 25'inde ise kısmi olarak remisyon görülmüştür (13).

### ETYOPATOGENEZE YÖNELİK ARAŞTIRMALAR

Şizofreninin etyolojisi halen bilinmemektedir. Erişkin başlangıçlı şizofrenik olguların kardeş çalışmaları, başlangıç yaşı için bir genetik komponent düşüncesini getirmiştir. Kalmann ve Roth, 15 yaş öncesi görülen şizofreni konkordans oranlarını, dizigot ikizlerde % 17, monozigot ikizlerde % 71 olarak bulmuşlardır. 15 yaş sonrası şizofreniklerde bu oranlar, dizigotlarda % 23, monozigotlarda % 88'dir (12). Ço-

cukluk çağında başlayan şizofreni olgularının parental şizofreni öyküsü % 9.4- % 15.8 oranında bulunmuştur. Gende mutasyon, delesyon ya da gende ekleme şeklinde bir genetik defekt mi, yoksa kişilik ve kognisyonları içeren genlerin aşırılığı mı olduğu bilinmemektedir. Birçok genin hafif ya da orta derecede etkileri sonucu, veya genler arasındaki etkileşimin olasılık üzerinden oluşturduğu bir genetik pozisyon sonucu bozukluğun oluştuğuna inanılmaktadır. Ancak çevresel risk faktörlerinin, genin ifadesini nasıl etkilediği bilinmemektedir (13).

Şizofrenide eğer kortikal nöronlar korunmuş ise, tedavi için, ileride erişkin bir memeli beyinde, nöronların ilerlemiş bulgularını veren bir nöronal süreçleri tekrar modellendirme geliştirilebilir. Bu varsayımın, bir psikoza geçişin erken döneminde bireyin durumunu anlamada ya da bir şizofreninin gelişimini önceden haber veren genetik işaretleri ayırmada itici bir güç olabileceği düşünülmektedir (13).

Prenatal ve perinatal faktörlerin de şizofreninin gelişimine yol açtığına ilişkin çalışmalar yapılmıştır. Değişken prenatal ve perinatal faktörlerin, bozukluğun gelişiminde rol oynadığı ve belki de predispoze edici genetik zedelenmeler ile birleştiği fikri oluşmuştur. Şizofreni tanısı alan ve hiçbir tanı almayan monozigot ikizlerde karşılaştırmalı bir çalışma yapılmış, doğumsal komplikasyon öyküsü ile konjenital fiziksel anomalilerin, beyin yapılarında bir farklılık oluşturup oluşturmadığına bakılmıştır. Bozukluğu olanlarda, sağ ve sol hipokampal bölgelerin daha küçülmüş olduğu ve sol lateral ventrikül ile üçüncü ventrikülün daha geniş olduğu saptanmıştır (14). Cannon ve arkadaşları da erken başlangıçlı şizofreninin, genetik riskten bağımsız olarak fetal hipoksi sonucu oluştuğunu belirtmişlerdir (5).

## AYIRICI TANI

**Organik mental bozukluklar:** Kompleks parsiyel epileptik nöbeti olan çocuklarda, negatif belirtiler olmaksızın varsanı, sanrı ve formal düşünce bozukluğu bulguları ile şizofreni benzeri psikotik tablolar oluşabilir. Oryantasyon bozukluğundan önce bir organik psikozun erken döneminde çocuğun psikotik belirtileri, şizofreni ile karışabilir (6).

**Hormonal, metabolik ve toksik faktörler:** Varsanı ve sanrıları içeren geçici periyodik premenstrüel psikoz, ender olarak bildirilmiştir. Eksojen kortikosteroidler

ya da anabolik steroidler, psikotik belirtiler geliştirebilirler. Porfiri, Metakromatik Lökodistrofi ve Wilson Hastalığı gibi metabolik bozukluklarda, viral enfeksiyonlarda ve toksinlerle psikotik belirtiler oluşabilir (16).

**Dejeneratif nörolojik bozukluklar:** Subakut Sklerozan Panensefalit gibi progressif nörolojik bozukluklar, çocukluk çağı psikoza olarak görünebilirler. Fonksiyonlarda global, ısrarlı ve progressif bozulma, normal olmayan nörolojik ve EEG bulguları, ayırdediciidir.

**Duygudurum bozuklukları:** Erken başlangıçlı duygudurum bozuklukları ya da depresyon başlangıcında sıklıkla psikoz belirtileri görülür. Küçük çocuklar, duygularını verbalize edemezler. Bu nedenle depresyon tablosu kendisini, irritabilite, ajitasyon ve davranış bozuklukları şeklinde gösterebilir. Dolayısı ile klinik seyir tanı koymada önem taşımaktadır. Duygudurum bozukluğunun tersine şizofreninin klinik seyri, uyum sağlayıcı fonksiyonlarda giderek gerileme şeklindedir (20).

**Disosiyatif bozukluklar:** Ayırım yapmak zordur. Şizofreniden farklı olarak bu çocuklarda, travma öyküsü, değişkenlik gösteren bilinç periyodları, davranış bozuklukları ve geniş bir affektif bulgu dizisi sergilenmektedir. Düşünce bozuklukları, düşünce sokuşması ve düşünce çekilmesi şeklindedir. Dezorganizasyon düşüncelerin kısa epizodları dışında formal düşünce bozukluğu göstermezler (11).

**Çocuklarda Borderline Bozukluklar:** Bu çocuklarda, majik düşünce, projeksiyon, fonksiyonlarda gerileme ile kısa dönem ortaya çıkan psikotik belirtiler ve gerçeği değerlendirme yetisinde bozulma saptanmıştır. 6-12 yaş arası öfke, emosyonel labilite, kendine yönelik zarar verici davranışlar, impulsivitenin görüldüğü bu çocuklarda, varsanı, sanrı ve formal düşünce bozukluğu görülmez (6).

**Obsessif Kompulsif Bozukluk:** Şizofrenide belirgin obsessif kompulsif bulgular olabilir. Olgunun gerçeği değerlendirme yetisi bozulabilir ve tanı koymada zorlanılabilmektedir (9).

**Yaygın Gelişimsel Bozukluklar:** Otistik çocuklarda sanrıların tersine aynılıkla bir uğraşı vardır (6). Erken başlangıçlı şizofrenide, dil bozukluğu ve otizm benzeri geçiş belirtileri ile nonspesifik belirtilerin oranı-

nın yüksek olması tanıyı zorlaştıran bir durum yaratır (8,10).

## TEDAVİ

Çeşitli tedavi yöntemlerinin gerektiğinde birarada yürütülebileceği bir tedavi biçimi geliştirilmelidir; farmakolojik, eğitsel, aileye yönelik yaklaşımlar ve destekleyici psikoterapi (18).

Psikofarmakolojik tedavi uygulamalarında, 18 yaş altı birkaç çalışma vardır. Bununla beraber, hem erişkin hem de erken başlangıçlı şizofrenide titrasyon şeması, doz aralığı ya da etkilerin farklılıkları dışında tedavi yanıtı aynı gibi görülmektedir. Tedaviye başlarken, ailelerin antipsikotikler hakkında bilgilendirilmesi önemlidir

DSM-IV tanı ölçütlerine göre şizofreni tanısı almış 5-11 yaş arası 16 çocukta çift-kör plasebo kontrollü çalışmada, haloperidol, klinik ve istatistiksel olarak plaseboya üstün gelmiştir. Ancak 0.02-0.12 mgr/kg/gün terapötik dozunda aşırı sedasyon ve ekstrapiramidal (EP) belirtiler göstermiştir. Haloperidole iyi yanıt, daha geç başlangıçlı olup, entelektüel fonksiyonu yüksek olan olgularda olmuştur. Geleneksel antipsikotiklerin yan etkilerinin, erişkinlerde olduğu gibi çocuklarda da görülmesi nedeni ile yakın zaman çalışmaları, yeni jenerasyon antipsikotikler üzerinde yoğunlaşmıştır. Yapılan birkaç çalışmada risperidon, bulguların şiddetini azaltmada etkin olmuş, ancak EP yan etkisi, düşük dozlarda görülmüştür. Olanzapin ve klozapin ile çalışmalara gereksinim vardır. Özellikle, çocuk ve adolesan şizofrenisinde oluşan agressif davranışları, klozapin etkili olabilir. Haloperidol ve klozapinin çift-kör karşılaştırmalı çalışmasında 12 yaş öncesi erken başlangıçlı şizofrenik çocuklarda klozapin, pozitif ve negatif belirtileri ortadan kaldırması ile haloperidole üstün bulunmuştur (13).

## SONUÇ

Çocukluk çağının ender görülen bozukluklarından biri olan şizofreni, çocuğun sürekli gelişimini sürdürmesi nedeni ile değerlendirmede ve tanı koymada duyarlı olmamızı zorunlu kılmaktadır. Gelişimin her döneminde var olan özelliklerin bilinip, bulguların, özenle ayırılmasına gereksinim vardır. Doğru değerlendirme ve tanı koyma ile bu konuda giderek yoğunluk kazanan çalışmalara katkıda bulunula-

caktır.

## KAYNAKLAR

1. Alagband-Rad, Mc Kenna K, Gordon CT, et al: Childhood-onset Schizophrenia: The Severity of Premorbid Course. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 34:1273-1283, 1995.
2. American Psychiatric Association. DSM-IV Draft Criteria. American Psychiatric Press, Washington, 1993.
3. Apter A, Spivak B, Weizman A, et al: Paranoid Schizophrenia in Adolescence. *J Clin Psychiatry* 52:365-368, 1991.
4. Burd L, Kerbeshian J: A North Dakota Prevalence Study of Schizophrenia Presenting in Childhood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 26:347-350, 1987.
5. Cannon TD, et al: Fetal Hypoxia Linked to Early-Onset Schizophrenia. *Am J Psychiatry* 157:801-807, 2000.
6. Caplan R.: Childhood Schizophrenia Assessment and Treatment, A Developmental Approach. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 3(1):15-30, January, 1994
7. Green WH, Padron-Gayol M, Hardesty A, et al: Schizophrenia with Childhood Onset: A Phenomenological Study of 38 Cases. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 31:968-976, 1992.
8. Hafner H, Hambrecht M, Löffler W, et al: Is Schizophrenia a Disorder of All Ages? A comparison of first episodes and early course across the life-cycle. *Psychol Med* 28:351-365, 1998.
9. Hermesh H., Hoffnung RA, Aizenberg D, et al: Catatonic Signs in Severe Obsessive Compulsive Disorder. *J Clin Psychiatry* 50:303-305, 1989.
10. Hollis C: Child and Adolescent (juvenile onset) Schizophrenia: A case control study of premorbid developmental impairments. *Br J Psychiatr.* 166:489-495, 1995.
11. Hornstein NL, Putnam FW: Clinical Phenomenology of Child and Adolescent Dissociative Disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 31:1077-1085, 1992.
12. King RA: Childhood-Onset Schizophrenia: Development and Pathogenesis. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 3(1):1-13, 1994.
13. Kumra S.: The Diagnosis and Treatment of Children and Adolescents with Schizophrenia. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 9(1):183-200, 2000.
14. Mc Neil TF, Cantor-Graae E, Weinberger DR: Relationship of Obstetric Complications and Differences in Size of Brain Structures in Monozygotic Twin Pairs Discordant for Schizophrenia. *Am J Psychiatry* 157:801-807, 2000.
15. Öztürk M, Kürşad N, Sayıt P: Erken Çocukluk Psikozları. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 19(3), 1-9, Temmuz 1976.
16. Steinberg D: Psychotic and Other Severe Disorders in Adolescence. *Child and Adolescent Psychiatry. Modern Approaches.* Ed: Michael Rutter, Lionel Hersov. 567-583, Blackwell Scientific Publications, 1985.
17. Volkmar FR, Cohen DJ, Hoshino Y, et al: Phenomenology and Classification of the Childhood Psychoses. *Psychol Med* 18:191-201, 1988.
18. Volkmar FR: Childhood Schizophrenia. *Child and Adolescent Psychiatry. Second Edition* Ed: Melvin Lewis. 629-635, Williams & Wilkins, 1996.
19. Watkins JM, Asarnow RF, Tanguay P: Symptom Development in Childhood Onset Schizophrenia. *J Child Psychol Psychiatry* 29:865-878, 1988.
20. Werry JS, Mc Clellan JM, Chard L: Childhood and Adolescent Schizophrenic, Bipolar, and Schizoaffective Disorders: A clinical and outcome study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 30:457-465, 1991
21. Woodruff PW, Wright IC, Bullmore ET, et al: Auditory Hallucinations and the Temporal Cortical Response to Speech in Schizophrenia-a Functional Magnetic Resonance Imaging Study. *Am J Psychiatry* 154:1676-1682, 1997.