

# ÇOK ERKEN BAŞLANGIÇLI ŞİZOFRENİDE KLİNİK GÖRÜNÜM VE TANI GÜÇLÜKLERİ: OLGU SUNUMLARI

Berna ÖZSUNGUR\*, Devrim AKDEMİR\*\*, Ebru ÇENGEL KÜLTÜR\*\*\*  
Ayşe ZEKİ\*\*\*\*, Hayati SINIR\*\*\*\*\*

## ÖZET

Çok erken başlangıçlı şizofreni (ÇEBŞ), belirtilerin 13 yaş öncesinde başladığı, çok nadir görülen, ağır şiddette seyreden, önemli düzeyde bilişsel, duygulanım ve sosyal işlev kaybı yaratan, prognozu kötü olan nörogelişimsel bir bozukluktur. Çocuklarda şizofreni tanısı erişkinler için geçerli olan tanı ölçütleri kullanılarak konulmaktadır. Ancak tanı erişkinlerde olduğu kadar kolay konulamamaktadır. Hem toplum içinde onay görmeyen, damgalanan bir hastalık olduğu için, hem de çocukluk döneminde psikotik belirtilerin ve sonuç olarak tanının da değişme olasılığı bulunduğu için ÇEBŞ tanısı erken konulamamaktadır. Hastalığın henüz gelişiminin tamamlanmadığı çocukluk döneminde görülmesi belirtileri karmaşık duruma getirmekte, tanı ve tedavi güçleşmektedir. İlk psikotik belirtilerin görülmesi ile ÇEBŞ tanısı konması arasında geçen süre genellikle uzun olmaktadır. Şizofreni tanısı konmadan önce bu çocuklara çeşitli psikiyatrik tanılar konmakta ve çeşitli ilaçlar reçete edilmektedir. Bu yazıda ÇEBŞ tanısı konan üç olgu klinik görünüm ve tanı güçlükleri açısından yazın bilgileri ile tartışılacaktır. ÇEBŞ prodrom belirtilerini daha iyi tanımaya yönelik çalışmalara gereksinim vardır.

**Anahtar Sözcükler:** şizofreni, çocukluk başlangıçlı, çok erken başlangıçlı şizofreni

**SUMMARY: CLINICAL PRESENTATION AND DIAGNOSTIC CHALLENGES IN VERY EARLY ONSET SCHIZOPHRENIA: CASE REPORTS**

Very early onset schizophrenia (VEOS) is a rare and severe neurodevelopmental disorder with poor outcome where the symptoms initially appear before the age of 13, which leads to serious decline in cognitive, emotional and social functioning. Schizophrenia in children is diagnosed by using the same criteria applied to adults. However, VEOS is not diagnosed easily as it is in adults. Being both unwelcome and stigmatizing in nature on social grounds and due to the possibility of change in the psychotic symptoms during childhood that would ultimately result in a change in diagnosis, VEOS is not an early pronounced diagnosis. Since the disorder is seen during childhood where development has not yet been completed, symptoms are complicated making the diagnostic processes and treatment even harder. The interval between the onset of first psychotic symptoms and the diagnosis generally take years. Patients commonly have a history of different psychiatric diagnoses and various psychotropic prescriptions before the diagnosis of schizophrenia. In this report, we discussed three cases with VEOS in regard to their clinical presentations and diagnostic challenges in the light of literature. To better detect the prodromal symptoms and early signs of VEOS, more research is required in this area.

**Key Words:** Schizophrenia, childhood onset, very early onset schizophrenia.

## GİRİŞ

Çok erken başlangıçlı şizofreni (ÇEBŞ), belirtilerin 13 yaş öncesinde başladığı, çok nadir görülen, ağır şiddette seyreden, önemli bilişsel, duygulanım ve sosyal işlev kaybı yaratan, prognozu kötü olan, ilerleyici nörogelişimsel bir bo-

zukluktur (Rapoport ve Gogtay 2011). ÇEBŞ için DSM-IV-TR'de erişkin şizofreni tanı ölçütleri kullanılmaktadır (APA 2001). Belirtiler 13-18 yaş arası başlarsa "erken başlangıçlı şizofreni", 13 yaş öncesi başlarsa "çok erken başlangıçlı şizofreni" terimleri kullanılmaktadır.

ÇEBŞ'nin yaygınlığına yönelik az sayıda çalışma sonuçları ve klinik gözlemler sonucunda 13 yaş öncesi başlangıcın çok nadir olduğu görülmektedir (10000 de 1). Tüm şizofreni hastalarının % 4'ünde başlangıç 14 yaş altında, % 0.1-1'nde başlangıç 10 yaş altında olmaktadır (Remschmidt 2002).

\*Prof. Dr., Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D., Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara

\*\*Yrd. Doç. Dr., Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D., Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara

\*\*\*Doç. Dr., Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D., Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara

\*\*\*\*Uzm. Dr., Barış Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Ortaköy, Leşkoşa, K.K.T.C.

\*\*\*\*\*Uzm. Dr., T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Necip Fazıl Şehir Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Bölümü, Kahramanmaraş

ÇEBŞ'ye ilişkin çalışmalar giderek artmaktadır. Özellikle erken başlangıçlı şizofreni ve erişkin şizofrenisi ile benzerlikleri ya da farklılıkları araştırılmaktadır. ÇEBŞ'nin hem klinik hem de biyolojik olarak erişkin formu ile süreklilik gösterdiği bildirilmektedir. Erişkin tanı ölçütleri kullanılarak çocuklarda geçerli ve güvenilir tanı konulabileceği; erken başlangıçlı/erişkin şizofrenisi ile belirgin benzerlikler olduğu; ÇEBŞ tanısı konan çocukların büyük bir kısmının erişkin yaşamda da şizofreni ya da şizofreni spektrum bozuklukları tanısı aldıkları bilinmektedir (Asarnow ve ark 2004). Öte yandan premorbid nörogelişimsel sorunlar, sitogenetik anomaliler, ailelerde şizofreni ya da diğer psikotik bozukluk öyküsü, premorbid dil, motor ve sosyal gelişim alanları, antipsikotik tedaviye yanıt, beyin patolojilerine ilişkin farklılıklar saptanmaktadır (Nicolson ve ark. 2000). Erken başlangıçlı şizofrenide anlamlı olarak daha fazla bilişsel yıkım ve dürtüsellikte artma saptanmaktadır (Kao ve Liu 2010). Belirti profili ergenler ve erişkinler ile benzerlik göstermesine karşın hem negatif hem de pozitif belirti şiddeti anlamlı olarak daha yüksek bulunmaktadır.

Bozukluğun henüz gelişimin tamamlanmadığı çocukluk döneminde görülmesi belirtileri karmaşık duruma getirmekte, tanı ve tedavi güçleşmektedir. ÇEBŞ tanısı dikkatli konulması gereken bir bozukluktur. Genellikle sinsi başlangıçlıdır. Hastaların %90'ında hastalık öncesi sorunlar olduğu bildirilmektedir. Hastalık öncesi sosyal içe kapanma, yaşıt ilişki sorunları, yıkıcı davranım bozuklukları, akademik sorunlar, özel eğitim gereksinimi, motor-dil- sosyal gelişim alanlarında bozukluk ya da gecikme görülebilmektedir. Ayrıca hastaların bir bölümünde el stereotipileri, sosyal izolasyon, garip konuşma gibi otistik belirtiler bildirilmektedir. Bu bulguların beyin gelişiminde daha ciddi hasar ve sonuç olarak kötü prognoz belirtisi olduğu söylenmektedir (Röpcke ve Eggers 2005).

Bu yazıda ÇEBŞ tanısı konan üç olgu klinik görünüm ve tanı güçlükleri açısından yazın bilgileri ile tartışılacaktır.

## OLGU I

12 yaşında, kız hasta, okula gitmiyor.

**Yakınma ve öykü:** Kendine ve çevresine zarar verme yakınması ile getirilen hastanın ilk kez 9 yaşında iken yakınmaları başlamış. Anlamsız gülme ve ağlamaları oluyor, uyuyamıyormuş. Önceleri çok temiz ve titiz bir çocukken, temizliğine özen göstermez olmuş. Başvurdukları psikiyatrist tarafından risperidon başlanmış. Uykusuzluğu düzelmesine karşın, anlamsız gülme ve ağlamaları devam etmiş. Kendi kendine konuşma yakınması eklenmiş. Daha sonra, epilepsi şüphesi ile hastanın tedavisine sodyum valproat eklenmiş. Başvurdukları bir üniversite hastanesinde epilepsi tanısından uzaklaşarak sodyum valproat kesilmiş, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve anksiyete bozukluğu düşünülerek, kısa etkili metilfenidat ve sitalopram başlanmış. Bir ay sonra hastanın yakınmaları artmış. Uyuyamama, yemek yememe, kendine ve çevresine zarar verici davranışlar ortaya çıkmış. Metilfenidat ve sitalopram kesilmiş, risperidon devam edilmiş. Hastanın yakınmalarında bir değişiklik olmayınca başka bir üniversite hastanesine başvurmuşlar. Erişkin psikiyatristi tarafından değerlendirilen hastanın risperidon dozu artırılmış (2,5mg/gün) ve essitalopram eklenmiş. Saldırganlığı azalan hastada çocukluk şizofrenisi düşünülerek hastahanemize sevk edilmiş. Kafasından sayıları çarpmaya çalışıyor ve bu sırada da kafasını geriye atıyormuş. TV'de izlediği dizilerdeki kötü karakterlerle ve ilkokuldaki bazı sınıf arkadaşlarıyla gün boyu kendine konuşuyor, kavga ediyor, onlara öfke leniyormuş. Bu karakterlere kızdıkcı da kendine ve çevresine zarar veriyormuş. Kollarını ısırıyor, başını duvara vuruyormuş. Küçük kardeşini bir kez duvara fırlatmış. Kalabalıkta daha çok hırçınlaşıyormuş. Sürekli aynı şeyleri yineliyor ve çok konuşuyormuş. Bir yıldır okula gidemiyormuş.

**Özgeçmiş-Soygeçmiş:** Annenin ilk gebeliğinden, ilerlemeyen eylem nedeniyle C/S ile, zamanın-

da doğmuş. Gelişim basamaklarını zamanında tamamlamış. Okumayı ilk dönem öğrenmiş. Dikkati dağınıkmış ve okul başarısı orta- iyi imiş. Anne, 36 yaşında evhanımı; Baba, 40 yaşında polis memuru; 3 kardeşin en büyüğü. Ailede benzer hastalık öyküsü ve psikiyatrik hastalık öyküsü yok.

Premorbid kişilik: İçe kapanık, anne ve babasına soğuk davranan, okulda çocuklar tarafından dışlanan ve alay edilen, onlara karşılık veremediği için üzülen bir kızmış.

Fizik-nörolojik muayene ve tetkikler: Isırmaya bağlı bacaklarda ve kollarda ekimozları olan hastanın diğer sistem muayeneleri ve nörolojik muayenesi normal olarak değerlendirildi. Biyokimya, metabolik tetkikleri, Tandem Mass, uyku uyanıklık EEG, MRG normal sınırlar içinde bulundu.

Ruhsal durum muayenesi: Genel görünüm ve davranış olarak yaşında gösteren, bakımı iyi olan kız hasta. Yeterli düzeyde iletişim kuramıyordu. Konuşması hızlanmış, dağınık, anlaşılması zor, sorulara uygun fakat kısa cevaplar veriyordu. Bilinç, bellek, yönelim bozukluğu saptanmadı. Dikkatinin dağınık olduğu ve işitme varsanuları olduğu gözlemlendi. Duygulanımda azalma/küntlük vardı. Düşünce süreci dağınıktı, yinelenici düşünceleri vardı. Sürekli aynı şeylerden söz ediyordu. Düşünce içeriğinde perseküsyon sanrıları vardı; hayalindeki kahramanların onu döveceğinden, ona zarar vereceğinden bahsediyordu. Dışa vuran davranışlarında sık sık kafasını arkaya ya da yana doğru atma (özellikle ses işittiği zaman yaptığı izlenimi edildi), kendi etrafında dönme, aniden oturduğu yerden kalkma şeklinde davranışları oluyordu.

Klinik izlem: Poliklinikte değerlendirilen hasta "Çok erken başlangıçlı şizofreni" tanısı ile ayaktan izleme alındı. Essitalopram kesildi. Risperidon 5 mg/gün, haloperidol 10 mg/gün, olanzapin 20 mg/gün kullandı. Eklem katılığı nedeniyle biperiden eklendi. Konuşması hızlı, dağınık ve anlaşılması zor idi. Kolunu, bacağını

ısıрма, kendini tokatlama, başını yana çevirme ve arkaya atma, kötü hayallerini durdurmak için kafasını duvara vurma ya da zıplama şeklinde davranışları oluyordu. Eğer bunlar engellenirse ya da konuşması durdurulmaya çalışılırsa öfkeleniyordu. Hayalindeki kişilerin kendisini balkondan aşağıya atmasını söylediğini aktarıyordu. Kötü hayallerden kurtulmak için koşarak kafasını duvara vuruyordu. 20 mg/gün olanzapin ile kendine ve çevresine zarar verici davranışlarında, saldırganlığında azalma olmasına, uyku süresinin uzamasına ve konuşmasının daha anlaşılır olmasına karşın varsanuları ve sanrıların düzelmemesi ve yıkım belirtilerinin görülmesi nedeni ile hasta klozapin tedavisi düzenlenmesi amacı ile yataklı servisi bulunan bir üniversite hastanesi ile konuşularak yatışı planlandı. .

## OLGU II

13 yaşında, kız hasta, 7.sınıf öğrencisi

**Yakınma ve öykü:** Yemek yememe ve kilo kaybı yakınması ile getirilen hasta ilk kez bir yıl önce televizyonda duyduğu kuş gribiyle ilgili bir haber sonrası et ve et ürünlerinden yememeye başlamış. Aile ile sofraya oturuyormuş ancak çeşitli bahanelerle yemekten erken kalkıyormuş. Sofrada her zaman oturduğu yere başkasının oturmasına ya da kendisinin kullandığı bardağı başkasının kullanmasına kızıp yemek yemediği oluyormuş. Yemek yemesi konusunda ısrar edildiğinde öfkesi daha da artıyormuş. Bu yüzden aile yemek yemesi konusunda ısrarcı olmayıp onun istediği şeyleri yapıyorlarmış. 4-5 aydır ailesi ile sofraya oturmamaya başlamış. Kilo kaybı belirgin olmaya başlayınca aile yemek konusunda ısrar etmeye başlamış. Bunun üzerine yemekten korktuğunu, zaman zaman kendisini tehdit eden kişileri gördüğünü, yemek yerse kendisine kötülük yapacaklarını söylemiş. Son 1 aydır süt, ayran, cips dışında yemek yemiyormuş. Cinlerden ve gördüğü bu kişilerden bahsediyormuş. Kendi kendine konuşuyormuş. 7.sınıfın başında yeni bir okula başlamış. Yeni okulunda arkadaş edinmemiş. Özellikle erkek öğrencilerin bu-

lunduğu tarafa bakmıyormuş, günah olduğunu söylüyormuş. Okulundaki öğrencilerin iyi ahlaklı olmamasından yakınıyormuş. Erkek öğretmenlere de farklı davranıyormuş. Göz teması kurmuyormuş. Başını öne eğik bir şekilde sınıfta sırasında sürekli oturuyormuş. Derse katılımı yokmuş. Okula gitmek istememeye başlamış. İkinci dönem okula hiç gitmemiş. Yeni okulundaki öğretmenleri sınıfta kimseyle konuşmaması, sürekli sırasında yalnız başına oturması nedeniyle doktora götürülmesini önermişler. Temizlik ve dini konularda eskisine göre daha titiz davranmaya başlamış. Takvim yapraklarındaki ayet ve hadisleri ezberliyor ve biriktiriyormuş. Dergi çıkaracağını söylüyormuş. Namaz vakitlerine aşırı dikkat etmeye başlamış. Bir vakit namaz kılmadığı zaman aşırı üzülüyormuş ve 'ben günahkar oldum' diye ağlıyormuş. Kıldığı bir namazı olmadı diye tekrar tekrar kıldığı oluyormuş. Abdest alırken de bir kaç kez tekrarlıyormuş. Zamanla daha çok içe kapanmaya, daha az konuşmaya başlamış. Temizliğine dikkat etmemeye başlamış. Bütün gün yatağında yatıyormuş. Buldukları şehrin devlet hastanesinde olan zapa 5 mg/gün başlanmış. Hastanın durumunda düzelme olmayınca bir üniversite hastanesine başvurmuşlar, anoreksiya nervosa, obsesif kompulsif bozukluk ve malnütrisyon ön tanılarını ile hastanemize sevk edilmiş.

Özgeçmiş-Soygeçmiş: NSVY ile zamanında, ebe yardımı ile doğmuş. Gelişim basamaklarını zamanında tamamlamış. Okula zamanında başlamış. Okumayı ikinci dönemde öğrenmiş. Dersleri orta düzeydeymiş. Anne, 48 yaşında, okuma yazma bilmiyor; Baba, 50 yaşında, okuryazar, seyyar satıcı; 9 kardeşin yedincisi. 20 yaşındaki ağabeyinin 13 yaşında iken benzer yakınmaları olmuş. Çocukluk çağı psikozu tanısı konmuş. Şu an evde çok az konuşuyor, dışarı çıkmıyormuş.

Premorbid kişilik: Okul öncesi dönemde fazla hareketli olmayan, uslu bir çocukmuş. Okulda sessiz, sakin, kendiliğinden konuşmayan, çenkingen, yaşlıları tarafından sevilen, uyumlu bir öğrenciymiş.

Fizik-nörolojik muayene ve tetkikler: Kaşektik görünümde (VA: 28 kg, Boy: 153 cm, BKI: 11.9). Biyokimya değerlerinde beslenme yetersizliği bulguları var.

Ruhsal durum muayenesi: Genel görünüm ve davranış olarak yaşında gösteren, kaşektik görünümde, kendine bakımı azalmış, yürümekte ve oturmakta zorlandığı için yatan kız hasta. Dışa vuran davranışlarında yavaşlama vardı. Göz teması kısıtlı, iletişim kurmuyor, kendiliğinden konuşmuyordu. Sorulara zorla kısa yanıtlar veriyordu. Konuşma bozukluğu yoktu. Bilinç, bellek, yönelim bozukluğu saptanmadı. Yemek yememesi konusunda kendisini tehdit eden kişiler ile ilgili görme ve işitme varsanları olduğu gözlemlendi. Duygulanımda azalma/küntlük vardı. Çağrışımları düzenliydi. Düşünce içeriğinde yemek yediği takdirde kötülük göreceği ile ilgili sanrıları vardı. Düşünce içeriği fakirleşmişti.

Klinik izlem: Pediatri servisine yatırılan hasta ağızdan beslenmeyi reddettiğinden parenteral elektrolit ve sıvı desteği verilmesi uygun görüldü. Ağızdan ilaç almayı da reddettiğinden zuploptentiksol acuphase 50 mg I.M. yapıldı. Hastanın beslenmesinin sağlanması için 3. gün nazogastrik sonda takıldı. Yaşı ve boyu için beklenen beden ağırlığının %85'inin altında olmakla birlikte, hastada kilo almak ve şişmanlamaktan korkma, beden ağırlığı ve biçimini algılamada bozukluk olmaması nedeniyle anoreksiya nervoza tanısı dışlandı. Yemek yememesi konusunda kendisini tehdit eden kişiler ile ilgili görme ve işitme varsanlarının ve yemek yediği takdirde kötülük göreceği ile ilgili sanrıların olması gibi pozitif belirtilerin, kendine bakım ve spontan konuşmada azalma, duygulanımda küntlük, düşünce içeriğinde fakirleşme, sosyal içe çekilme gibi negatif belirtilerin bulunması nedeniyle çok erken başlangıçlı şizofreni tanısı düşünüldü. PANSS toplam puanı:75 olarak saptandı (pozitif belirtiler alt ölçeği puanı:16, negatif belirtiler alt ölçeği puanı:25, genel psikopatoloji alt ölçeği puanı:34) ve olanzapin 5 mg/gün başlandı. Yatışının ikinci haftası ayran, süt, cips gibi yiyecek-



lerden yemeye başladı. İkinci haftanın sonunda nazogastrik sonda çıkartıldı, verilen yemeklerden yemeye başladı. İştme ve görme varsanıları azaldı. Üçüncü haftanın sonunda vucut ağırlığı 35.6 kg oldu. PANSS toplam puanı:48 olarak saptandı (pozitif belirtiler alt ölçeği puanı:7, negatif belirtiler alt ölçeği puanı:16, genel psikopatoloji alt ölçeği puanı:25). Ayaktan izlenmek üzere taburcu edildi.

### OLGU III

14 yaşında, erkek hasta, 9. sınıf öğrencisi.

Yakınma ve öykü: İçer kapanma, çekingenlik, takip edildiğini düşünme ve kendi kendine konuşma yakınmaları ile getirilen hastanın yakınmaları 11-12 yaşlarında başlamış. İlkokul döneminden beri sessiz, sakin bir çocuk olan hastanın 6. sınıfta başlayan ve son bir yıldır daha da artan içer kapanma yakınması varmış. Çocukluk döneminden beri arkadaş edinmekte zorlanırmış, ancak 6. sınıfta hiç arkadaş edinmemiş ve eski arkadaşları ile olan ilişkisi de azalmış. Annesi ders aralarında tek başına zaman geçirdiğini fark etmiş. Soru sorulmadıkça konuşmamaya başlamış ve çevreye olan ilgisi azalmış. Alıngan ve şüpheli davranıyor, iki arkadaşı kendi aralarında konuşsa üzerine alınıyor, insanların yanlarından geçerken kendisine küfrettiğini söylüyor. Resim yapma, televizyon izleme, bilgisayarda oyun oynama gibi uğraşlara devam ediyormuş. Son bir yıldır alınganlık ve şüphelilik yakınmalarında artış olmuş. Annesinin ısrarlarına karşın ağabeyinin iş yerine gitmemeye başlamış. İş yerinde bir çalışanın konuşmasından ve bakışlarından rahatsız olduğunu söylüyor. Aynı dönemde kendi kendine konuşmaya ve gülmeye başlamış. Konuştukları anlaşılmıyor, ne konuştuğu sorulduğunda cevap vermiyormuş. Kısık sesle konuşmaya başlamış. Annesine dinlenebileceklerini, komşulardan şüphelendiğini söylüyor. Komşuların en ufak gürültüsünden rahatsız olmaya, kendisini taklit ettiklerini düşünmeye başlamış. Onların getirdikleri yemekleri yemiyor, içine başka şeyler katılmış olabi-

leceğini düşünüyormuş. Daha önceden severek izlediği TV programlarından rahatsız olmaya, yapılan yorumları üzerine alınmaya başlamış. Özel sinyal mekanizması olan bir araba üreteceğini, bu araba ile akıllı olmayan insanları akıllandıracığını söylüyor. Öğretmeninden alınan bilgiye göre son zamanlarda derslere olan ilgisi son derece azalmış, daha önceden yapabildiği basit işlemlerde bile zorlanmaya başlamış ve öfkesinde artış olmuş. Öğretmeni yüz ifadesinin çok donuk olmaya başladığını, tedirgin ve düşünceli görüldüğünü belirtmiş.

Özgeçmiş-Soygeçmiş: 37 haftalık NSVY ile doğmuş. Motor gelişiminde bir sorun olmamış. Yaklaşık dört yaşına kadar yalnızca bazı sözcükleri söyleyebiliyormuş, konuşmaya dört yaşından sonra başlamış. Renkleri, sayıları, okuma yazmayı öğrenmesi geç olmuş. Anasınıfı öğretmeni hastanın ilkokula uyum sağlamakta zorlanabileceğini, öğrenme güçlüğü olduğunu belirterek özel eğitim alması gerektiğini söylemiş. Hasta ilkokul öğrenimine başlamadan önce özel eğitim almaya başlamış. 1.5 yaşında jeneralize tonik klonik nöbet sonrasında başlayan antiepileptik tedaviye beş yıl öncesine kadar devam edilmiş. Anne 48 yaşında, ilköğretim mezunu, ev hanımı; baba 57 yaşında ilköğretim mezunu, emekli işçi; üç kardeşin en küçüğü. Babasında daha önceki yıllarda alkol kötüye kullanım öyküsü varmış. Babası depresyon, halası panik bozukluğu tanıları ile izlenmekteymiş.

Ruhsal durum muayenesi: Ruhsal durum muayenesinde göz teması kurmakta zorlanıyor, kısık bir ses tonu ile monoton konuşuyor, tedirgin görünüyordu. Konuşması zor anlaşılıyordu ancak amaca yönelikti. Bilinci açık, yönelimi tamdı. Duygulanımı sığ, zaman zaman da uygunsuzdu. Duygudurumu ötimikti. Algı sapması belirtmiyordu ancak öyküde hastanın son bir yıldır belirginleşen kendi kendine konuşma ve gülme davranışı vardı. Çağrışımları gevşekti ve perseverasyonları vardı. Düşünce içeriği fakirleşmişti ve düşünce içeriğine perseküsyon ve referans sanrıları belirgindi. Ölüm ve özkıyım düşüncesi

yoktu. Yargılaması bozuktu ve iç görüşü yoktu.

Klinik izlem: Hastada mental retardasyon ve çok erken başlangıçlı şizofreni ön tanıları düşünülerek risperidon 1 mg/gün başlandı. Üç hafta sonraki kontrol muayenesinde şüphelilik ve alınganlık yakınmalarının devam ettiği, ancak kendi kendine konuşma yakınmasının kısmen azaldığı, annesi ve babası ile olan iletişiminin arttığı öğrenildi. Hastanın risperidon tedavisi 2 mg/gün'e çıkarıldı ve pediatrik nöroloji konsultasyonu istendi. Nöroloji polikliniğinde değerlendirilen hastanın geçmiş öyküsünün febril konvulsiyon ile uyumlu olduğu, şimdiki yakınmalarının epilepsi tanısıyla ilişkilendirilmediği belirtildi ve kontrol EEG sonucu ile poliklinik kontrolü önerildi. Hastanın çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğinde izlemi devam etmektedir.

## TARTIŞMA

ÇEBŞ tanısı erişkinler için geçerli olan tanı ölçütleri kullanılarak konulmaktadır. Hastalığa özgü nöropsikolojik ve nörobiyolojik çalışmalar çocukluk ve erişkinlik döneminde benzerlik olduğunu göstermektedir. Ancak çocuklardaki klinik görünüm farklı olabilmekte ve diğer psikiyatrik bozukluklar ile ayırıcı tanıda güçlük yaşanabilmektedir. ÇEBŞ'de ilk gözlenen belirtiler genellikle akademik sorunlar, gelişimsel güçlükler ve saldırganlık olmaktadır. Ancak bu sorunlar tek başına tanı koymak için yeterli olmamaktadır. Bu nedenle ilk psikotik belirtilerin görülmesi ile ÇEBŞ tanısı konması arasında geçen süre genellikle uzun olmaktadır. Şizofreni tanısı konmadan önce bu çocuklara çeşitli psikiyatrik tanılar konmakta ve çeşitli ilaçlar reçete edilmektedir (Schaeffer ve Ross 2002).

Bu yazıda sunulan olgularda da belirgin psikotik belirtiler olmasına karşın tanı konması için geçen sürenin uzun olduğu dikkat çekmektedir. Olguların premorbid kişilik özelliklerinde içe kapanık oldukları, yaşıt ilişkilerinin kısıtlı olduğu, genel olarak uyumlu oldukları, akademik başarılarının iyi olmadığı, hatta özel eğitim

gereksinimi duyulan çocuklar oldukları görülmektedir. İlk belirtiler olarak giderek daha içe kapanma, yaşıt ilişkilerinin kalmaması, kendine bakımın düşmesi, duygu düzenleme güçlükleri, obsesif uğraşlar, okul başarısında düşme, okula gitmek istememe, uyum sorunları, saldırganlık belirtileri dikkat çekmektedir. ÇEBŞ tanısı konmadan önce epilepsi, duygudurum bozukluğu, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, anksiyete bozukluğu, yeme bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, mental retardasyon gibi tanılar düşünülmüş ve tedavileri bu tanılara göre planlanmıştır. Olguların hepsinde işitme varsanuları, ikisinde görme varsanuları olduğu, hepsinde paranoid sanrılar bulunduğu, düşünce içeriklerinin fakirleşmiş olduğu, duygulanımlarının künt/uygunsuz olduğu, birinin ailesinde benzer hastalık öyküsü bulunduğu görülmektedir.

Son dönem yapılan bir çalışmada ÇEBŞ tanısı konan çocuklarda hem işitme varsanılarının (%95) hem de görme varsanılarının (%80) çok sık görüldüğü, görme varsanuları olan çocukların zihinsel gelişim düzeylerinin daha düşük olduğu, daha erken başlangıç gösterdikleri ve bozukluğun şiddetinin daha ağır olduğu bildirilmektedir (David ve ark 2011). Erişkinler ile karşılaştırıldığı zaman sanrıların karmaşık olmadıkları, içeriğinde daha çok çocukluk temaları olduğu görülmektedir. Künt/uygunsuz duygulanım baskın bir özellik olarak karşımıza çıkmaktadır. Çocuklarda farklılaşmamış ya da dezorganize şizofreni alt tiplerinin daha sık görüldüğü düşünülse de çalışmalarda paranoid alt tipinin erişkinler ile benzer sıklıkta görüldüğü belirtilmektedir (Nicolson ve ark. 2000). Uyku sorunlarının eşlik etmesi bozukluğun şiddetinin de ağır olduğunu göstermektedir (Mattai ve ark. 2006). ÇEBŞ/EBŞ tanısı konan çocukların %10-20'sinin sınır zeka ya da zihinsel gerilik düzeyinde olduğu bildirilmektedir. Bunun neden mi sonuç mu olduğunu belirlemek zordur. Zeka bölümünün düşük olması genel olarak psikoz için bir risk etkeni olabilir (AACAP 2001). Öte yandan şizofreninin işlev kaybına neden olacak düzeyde bilişsel yıkım ile birliktelik gösterdiği bilinmektedir.

ÇEBŞ’de ilk başlarda bir bilişsel yıkım olduğu ancak hastalığın ilerleyen dönemlerinde bu yıkımın devam etmediği bildirilmiştir (Gochman ve ark. 2005). ÇEBŞ tanısı konan çocukların ailelerinde şizofreni ve/veya şizofreni spektrum bozukluğu ya da duygudurum bozukluğu öyküsü sıklıkla bulunmaktadır.

Birçok klinisyen hastalığın kötü prognozu ve toplumsal damgalama nedeni ile yeterli klinik belirti olsa bile çocuklarda şizofreni tanısı koyarken tereddüt etmektedirler. Öte yandan başlangıçta şizofreni tanısı konan birçok gence izlem sırasında bipolar bozukluk ya da kişilik bozukluğu gibi başka psikiyatrik bozukluk tanıları konmaktadır. Amerikan Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü’nün ÇEBŞ ile ilgili yaptığı çalışmada, deneyimli uzmanların olduğu çalışma merkezine şizofreni ön tanısı ile yönlendirilen çocukların çok az bir bölümünün araştırmaya alınabilmesi tanı güçlüklerini göstermesi açısından önemlidir. Araştırmaya alınamayan gençlere duygudurum bozukluğu, Asperger bozukluğu, atipik yaygın gelişimsel bozukluk gibi tanıları konmuştur. Büyük bir çoğunluğuna da gelişimsel sorunlar, duyu düzenleme güçlükleri ve subklinik psikotik belirtiler ile kendini gösteren çok boyutlu bozukluk tanısı konmuştur (McKenna ve ark 1994, Calderoni ve ark 2001). Bu çalışmanın sonuçları klinisyenlerin çocuk ve gençlerdeki psikotik belirtileri çok dikkatli değerlendirmeleri gerektiğini göstermiştir. Duygudurum ile uyumlu varsanılar ve sanrılar özellikle yanıltıcı olmaktadır. Hastalığın seyrinin ve işlev kaybının önemli olduğu, psikoz belirtilerinin bipolar afektif bozukluk ve psikotik depresyon başta olmak üzere diğer psikiyatrik bozukluklarda da sık görüldüğü unutulmamalıdır (Calderoni ve ark 2001)

Tanı güçlüklerinde çeşitli etkenler rol oynamaktadır (AACAP 2001). Öncelikle çok nadir görülen bir bozukluk olması birçok klinisyenin deneyiminin olmamasına yol açmaktadır. Çocukluk dönemi belirtilerine aşına olmayan klinisyenlerin belirtileri yanlış yorumlama olasılığı artmaktadır. Diğer önemli bir etkenin yaş

olduğu söylenebilir. Varsanılar, düşünce bozuklukları, dezorganize davranışların değerlendirilmesi yaş küçüldükçe zorlaşmaktadır. Yazında 3-5 yaşlarında olgu bildirimleri olmasına karşın 6 yaşından önce şizofreninin görülüp görülmeceği tartışmalıdır. Belirtilerin erken çocukluk dönemlerinde nasıl bir klinik görünüm verdiği bilinmemektedir. Yaş küçüldükçe işlev kaybını değerlendirmek de daha güçleşmektedir. Konuşmayan çocuklarda psikoz ya da düşünce bozukluğu tanımı yapmak çok karmaşık hale gelmektedir. Zihinsel engellilik ya da diğer gelişimsel sorunlar psikotik düşünceyi değerlendirme konusunda ek güçlük getirmektedir. Çocukların gerçeklik algısı normal gelişim sırasında zaman içinde değişmektedir ve gerçek kavramının gelişimini tamamlaması ergenlik döneminde olmaktadır. Çocuklarda varsanılar sanıldığından daha yaygındır ve psikotik olmayan durumlarda da görülmektedir. Çocukların hayal güçleri çok zengindir. Öyküler üretebilir, hayali arkadaşlar edinebilir, gerçeğe gerçek olmayana karıştırabilirler. Depresyonu olan, gelişimsel gecikmesi olan, travmatik yaşantısı olan ya da aşırı hayal gücü olan çocuklarda görülen psikotik benzeri belirtiler ile gerçek psikotik belirtiler arasında dikkatli bir ayırım yapmak gerekmektedir.

ÇEBŞ ile diğer psikiyatrik bozukluklar arasında özellikle başlangıç döneminde örtüşmeler sıktır. Bozukluklar komorbid olabileceği gibi her iki bozukluğun belirtileri de birbirleri ile karışabilir. 4-15 yaşları arasında 82 ÇEBŞ tanısı konmuş çocuk yarı yapılandırılmış psikiyatrik görüşme ile değerlendirildiğinde %99’unda en az bir komorbid psikiyatrik bozukluk olduğu bildirilmiştir. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (%84), karşı olma karşı gelme bozukluğu (%43), depresif bozukluk (%30), ayrılık kaygısı bozukluğu (%25) en sık eşlik eden psikiyatrik bozukluklar olarak saptanmıştır (Ross ve ark 2006).

Ayrıntı tanıda düşünülmesi gereken birçok psikiyatrik durum bulunmaktadır: Normal gelişimsel özellikler, organik psikozlar, psikotik belirtilerin eşlik ettiği duygudurum bozuklukları, depresif

bozukluk, diğer şizofreni spektrum bozuklukları, yaygın gelişimsel bozukluklar, obsesif kompulsif bozukluk, çok boyutlu bozukluk, çoklu karmaşık gelişimsel bozukluk, çok sistemli gelişimsel bozukluk, borderline kişilik bozukluğu, travmatik olaylar, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, zihinsel gelişim geriliği, madde kötüye kullanımı gibi (Özatalay 2008).

Sonuç olarak, günümüzde erişkin tanı ölçütlerinden hangilerinin nereye kadar çocuklara uygulanabilir olduğuna ilişkin bilginiz yeterli değildir. Bazı çocuklar bu ölçütleri karşılayabilmekte ancak özellikle küçük çocuklarda ve gelişimsel sorunu olan çocuklarda şizofreni benzeri bozukluklara ilişkin tanı güçlükleri devam etmektedir.

Hem toplum içinde onay görmeyen, damgalanan bir rahatsızlık olduğu için, hem de çocuklar ve ergenlerin hızlı bir gelişim döneminde olmaları nedeni ile psikotik belirtilerin ve sonuç olarak tanının değişme olasılığı bulunduğu için ÇEBŞ tanısının erken konulması konusunda dikkatli olmak gerekmektedir. Çocukluk başlangıçlı şizofreni tanısı konan çocukların izlem sırasında psikiyatrik tanıları değişebilmektedir. Hatta klinik belirtileri ÇEBŞ tanı ölçütlerini tam karşıladığı ve 6 ay sürdüğü halde izleminde tanıları değişen olgular bildirilmektedir (Stayer ve ark. 2004). Öte yandan ilk psikotik belirtiler başladıktan yaklaşık 2 yıl sonra şizofreni tanısı konmaktadır (Schaeffer ve Ross 2002). Erken tanı ve tedavinin önemini düşündüğümüz zaman çocukluk başlangıçlı şizofreni prodrom belirtilerini daha iyi tanımaya yönelik çalışmalara gereksinim vardır.

## KAYNAKLAR

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2001) Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with schizophrenia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 40 (7 Supp): 4S-23S.

Amerikan Psikiyatri Birliği (2001) *Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması Elkitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM-IV-TR)*, Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 2000'den çeviren Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara.

Asarnow JR, Tompson MC, McGrath EP (2004) Annotation: Childhood onset schizophrenia: and treatment issues. *J Child Psychol Psychiatry* 45: 180-194.

Calderoni D, Wudarsky M, Bahangoo R ve ark (2001) Differentiating childhood-onset schizophrenia from psychotic mood disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 40: 1190-1196.

David CN, Greenstein D, Clasen L ve ark (2011) Childhood onset schizophrenia: high rate of visual hallucinations. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 50: 681-686.

Gochman PA, Greenstein D, Sporn A ve ark (2005) IQ stabilization in childhood-onset schizophrenia. *Schizophr Res* 77: 271-277.

Kao YC, Liu YP (2010) Effects of age of onset on clinical characteristics in schizophrenia spectrum disorders. *BMC Psychiatry* 10: 63.

Mattai AA, Tossell J, Greenstein DK ve ark (2006) Sleep disturbances in childhood-onset schizophrenia. *Schizophr Res* 86: 123-129.

McKenna K, Gordon CT, Lenane M ve ark (1994) Looking for childhood-onset schizophrenia: the first 71 cases screened. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 33: 636-644.

Nicolson R, Lenane M, Hamburger SD ve ark (2000) Lessons from childhood-onset schizophrenia. *Brain Res Rev* 31: 147-156

Özatalay E (2008) Çocukluk Çağı Şizofrenisi. *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı İçinde*, F. Çuhadaroğlu ve ark (eds) Hekimler Yayın Birliği, Ankara, s: 488-502.

Rapoport JL, Gogtay N (2011) Childhood onset schizophrenia: support for a progressive neurodevelopmental disorder. *Int J Dev Neurosci* 29: 251-258.

Remschmidt H (2002) Early-onset schizophrenia as a progressive-deteriorating developmental disorder: evidence from child psychiatry. *J Neural Transm* 109: 101-117.



Ross RG, Heinlein S, Tregellas H (2006) High rates of comorbidity are found in childhood-onset schizophrenia. *Schizophr Res* 88: 90-95.

Röpcke B, Eggers C (2005) Early-onset schizophrenia: A 15-year follow-up. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 14: 341-350.

Schaeffer JL, Ross RG (2002) Childhood-onset schizophrenia: pre-morbid and prodromal diagnostic and treatment histories. *J Am*

*Acad Child Adolesc Psychiatry* 41: 538-545.

Stayer C, Sporn A, Gogtay N ve ark (2004) Looking for childhood schizophrenia: case series of false positives. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 43: 1026-1029.