

Çocukluk Çağı Başlangıçlı Şizofreni

Yard. Doç. Dr. Emrah SONGUR
GÖÜ Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD

Çocukluk Çağı Başlangıçlı Şizofreni

- Şizofreni;
 - < 10 yaşta nadir
 - Çok faktörlü
 - Kronik
- Erişkin, ergen ve çocuklarda benzer belirtiler gösterir.
- Çocuklarda *kötü prognozlu seyreden, şiddetli* bir hastalıktır.
- Tedavisiz geçen süre arttıkça hastalığın gidişatı ve tedaviye cevap kötüleşmektedir.

DSM'de Çocukluk Çağı Şizofrenisi

- **DSM-I** - Şizofrenik reaksiyon; çocukluk tipi
- **DSM-II** – Şizofreni; çocukluk tipi
- **DSM-III** – Erişkin, ergen ve çocuklarda semptomatoloji aynı
- **DSM-IV** ayrı bir kategori olarak alınmamıştır.

Epidemiyoloji

- Şizofreninin toplumdaki yaygınlığı: **%0,6-1**
- İlk kez ortaya çıkış yaşı;
 - *Erkeklerde: 25 yaş*
 - *Kadınlarda 28 yaş*
- **Erken Başlangıçlı Şizofreni:** < 18 yaş başlayan
- **Çok Erken Başlangıçlı Şizofreni :** < 13 yaş başlayanlar

Epidemiyoloji - II

- Tüm şizofreni hastalarının **%4'**ü 14 yaşının altında, **%0,1-1'i** ise 10 yaşın altında başlar.
- Erişkin şizofrenisine oranı **1/50** kadardır.
- Erkek/kız oranı: **≈2/1**
- Olgular genelde normalin alt sınırında ya da sınırda bir zihinsel işlevselliktedirler.
- Şizofreni hastalığında hastaların büyük kısmı **düşük sosyoekonomik** sınıftandır.

Etiyoloji - I

- Şizofreni hastalarının birinci derece akrabalarının hastalanma riski **%10**
- İkinci dereceden akrabaları için bu oran **%5** kadardır.
- Anne ve babanın ikisi de hastaysa çocuklarının hastalanma riski **%40'a** çıkmaktadır.
- Tek yumurta ikizlerinde konkordans **%50**, çift yumurta ikizlerinde **%15** kadardır.

Etiyoloji - II

- Ergenlik döneminde görülen gelişimsel değişiklikler;
 - **Asosiasyon korteksi** ve **hipokampusta** myelinizasyon olması
 - Yönetici işlevlerden sorumlu **prefrontal korteksin** olgunlaşması,
 - **Gonadal hormonların** özel rolü
 - Primatlarda prefrontal kortekste dopaminerjik aktivitenin azalması

Psikiyatrik Değerlendirme

- Tıbbi ve psikiyatrik hastalık öyküsü
- Fizik ve nörolojik muayene
- EEG
- EKG
- Psikolojik ve projektif testler
- Diğer laboratuvar ve görüntüleme teknikleri

Belirtiler ve Bulgular

- Çocuklarda negativizm ve katatonik belirtiler görülebilir
- Ön planda **güdüleme, duygulanım, motor ve konuşma alanını içeren semptomlar** vardır.
 - Oyun ve aktivitelere ilgi kaybı ve otistik özelliklerle çevreden uzaklaşma görülür.
- Varsanılar, biçimsel düşünce bozuklukları ve gerçeği değerlendirme bozulduğu daha sık
- Affekt düzleşmesi, sanrılar ve düşünce yoksullaşması daha seyrek

Varsanılar (Halüsinasyonlar)

- İşitsel varsanılar **%80-100**
- Görsel varsanılar ise **%30,3-50** (genelde işitsel varsanılarla birlikte)
- Çok küçük bir olguda *taktil (dokunma) halüsinasyonlar* mevcuttur.
- **Halüsinasyonların sağlıklı çocuklarda da görülebilen bir durum olduğu gözönünde bulundurulmalıdır.**

Sanrılar

- On yaşın altında anksiyete ileride yerini sanrıya bırakır. Özellikle de **hipokondriak sanrılar**
 - Çocuklarda görülen sanrı tipleri;
 - **Perseküsyon (Kötülük görme) (%20)**
 - **Somatik sanrılar (%20)**
 - **Dini içerikli sanrılar**
 - **Kontrol edilme düşünceleri**
- } %3

Duygulanım ve Duygu Durumu

- Şizofreni hastalarında **%70,7-87,5** oranında duygulanım bozukluğu bildirilmiştir.
- Duygu durumu labil/oynak olup, duygulanım duygu durumuna uyumlu değildir.
- Duygu sığılığı, soğukluğu çocuğun o güne kadar olan gelişiminden farklıdır.

Çocuklarda formal düşünce bozukluğu

- **Mantıksal olmayan düşünce, çağrışımlarda gevşeme daha sık**
- **Konuşma içeriğinde yoksullaşma daha seyrek**
 - Konuşmada **logore**, yeni kelime uydurma (neolojizm), mutistik tepkiler görülebilir.
 - Konuşmanın kaybına kadar giden konuşma bozukluğu olabilir.

Konuşmanın özellikleri

- Normal kontrollere göre **bağlaçları** daha az kullanırlar.
- Konuşmanın daha öncesinde geçen kişi ya da nesnelere gönderme yapan **zamir ve belirteçler** daha az kullanılır.
- Cümleler arasında bağlantı kuran **eşanlımlı ve karşı anlamlı sözcükleri ve sözcük tekrarlarını** daha az kullanmaktadırlar.

Gidiş ve Sonlanım

- ÇEBŞ'de akut ve dramatik başlangıç **%25** oranında, EBŞ'de ise bu **%90** kadardır.
- EBŞ'de prodromal dönemin görülmesi daha sıktır.
- ÇEBŞ'de akut belirtiler ortalama **1 yıl**, EBŞ'de ise **4 ay** kadar sürer.
- **Başlama yaşı ne kadar küçükse gidiş de o kadar kötü olmaktadır.**
- Kronik gidiş **%50-80** olarak tahmin edilmektedir

Şizofreninin Prodromal Dönemi

- Şizofreni hastalığının farkına varılabilen ilk hastalık belirtilerinin başlangıcından, hastalığa ait ilk psikotik belirtilerin ortaya çıkışına kadar geçen dönemdir.
- Bu dönemdeki belirtiler **şizofreniye özel değildir.**
- İlk ve en sık rastlananlar **depresif ve negatif belirtilerdir.**

Prodromal Dönem Belirtileri

- **Nevrotik belirtiler**
- **Duygu durumu belirtileri**
- **İradi değişiklikler**
- **Bilişsel değişiklikler**
- **Fiziksel belirtiler**
- **Dalgalı alt sınır psikotik belirtiler**
- **Diğer**
 - OKB belirtileri, disosiyatif belirtiler, kişiler arası ilişkilerde artan duyarlılık
- **Davranışsal değişiklikler**

Prodromal Dönemde Tedavi

- Şizofreninin başlangıcında stres yüklü hayat olaylarının hastalığı tetikleyici etkisi vardır.
- Bu dönemleri atlamak için **antidepresan, anksiyolitik ve/veya duygu durumu düzenleyicilerin** kullanılması düşünülebilir.
 - Prodromal dönemdeki ergenlerde **SSRI** tedavisinin faydalı olduğu ve ergenlerde ilerideki antipsikotik tedaviye uyumu olumlu etkilediği öne sürülmüştür.

Prognozu Olumsuz Etkileyen Faktörler

- Hastalığın **11 yaşından önce** başlaması
- Premorbid kişilik gelişiminde bozukluklar ve premorbid **işlevselliğin** kötü olması
- **Erken başlangıç ve kronik seyir** olması
- Hastalığın **sinsi başlaması**
- **Düşük zihinsel işlevselliğin** olması
- Akut epizot sırasında pozitif ve negatif **belirtilerin şiddetli olması**

Tanı Kriterleri DSM-IV

- A. Karakteristik semptomlar: **Bir ay boyunca** (tedavi edilmişse daha az bir süre), bu sürenin önemli bir kesimi içinde aşağıdakilerden 2'sinin ya da daha fazlasının bulunması:
- **Sanrı**
 - **Varsanı**
 - **Dezorganize konuşma**
 - **Dezorganize ya da katatonik davranış**
 - **Negatif semptomlar**; afekt sığlığı, konuşma fakirliği ya da apati
- Sanrılar bizar ise ya da varsanılar kendisi hakkında konuşan bir ses ya da birbiriyle konuşan iki ya da daha çok sestene oluşuyorsa, A grubundan bir semptom yeterlidir.

Tanı Kriterleri DSM-IV (Devam)

- B. Toplumsal ve mesleki **işlev bozukluğu**, hastalığın başlangıcından beri geçen sürenin önemli bir kesiminde, hastalık başlamadan önceki düzeyin altında kalmıştır, ya da başlangıç çocukluk ve ergenlik dönemine uzanıyorsa, beklenen düzeye erişmemiştir.
- C. Belirtiler **en az 6 ay** süreyle var olmalıdır.
- D. Şizoalektif bozukluk ve duygu durumu bozukluğunun dışlanması gerekir
- E. Madde kullanımı ve genei tıbbi duruma bağlı durumlar dışlanmalıdır.
- F. Yavın gelişimsel bozukluk öyküsü olanlarda en az bir ay süreyle (tedavi edilirse daha az) belirgin sanrı ya da varsanılar varsa şizofreni tanısı konabilir.

Tanı Kriterleri ICD-10

1. Aşağıdaki kriterlerden en az biri:
- Düşüncenin sese dönüşmesi, düşünce sokulması, çekilmesi, yayınlanması
 - Kontrol ediliyor olma, etkilenme; beden, davranış, hissetmeyle ilgili **sanrı algılaması**
 - Davranışlarını yorumlayan ya da dialog içinde sesler, belli bir beden bölgesinden gelen **sesler**
 - Süreğen, kültüre uygun olmayan garip **sanrılar**

Tanı Kriterleri ICD-10 (Devam)

2. Aşağıdakilerden en az ikisi:
- Sürekli varsanılar; her gün ya da bir ay boyunca, afektif katılımı olmadan belirsiz **sanrılar ya da aşırı değerlendirilmiş düşünceler**
 - **Neolojizm, çağrışmada kopukluk, düşünce sokulması**
 - **Katatonik semptomlar**; huzursuzluk, durum stereotipleri, balmumu esnekliği, negatizm, mutizm, stupor
 - **Negatif semptomlar**; apati, konuşma fakirliği, sığ ya da uygunsuz afekt

Zaman kriterleri:

- **En az bir ay** boyunca, çoğu zaman 1. maddeliklerden birinin ya da 2. maddeliklerden ikisinin bulunması.

Ayırıcı Tanı

- Affektif, Şizoaffektif ve Atipik Psikozlar
- Otistik Spektrum ve Gelişimsel Lisan Bozuklukları
- Çokboyutlu Bozukluk Sendromu ve Şizotipal Kişilik Bozukluğu
- Epilepsi
- Nörodejeneratif Hastalıklar
- İlaçların yol açtığı psikoz
- Diğer

Affektif, Şizoaffektif ve Atipik Psikozlar - I

- Ergenlerde major depresif bozukluk ve maninin psikotik belirtileri sık beraber görülür.
- Affektif psikozlar, ilk başvuruda Schneiderian belirtiler ön plandaysa şizofreni olarak yanlış tanılabilirler.
- Şizofreninin ilk epizotunda hastaların **1/3'**ünde affektif belirtiler de beraberinde görülür

Affektif, Şizoaffektif ve Atipik Psikozlar - II

- **Bipolar bozukluk, ataklar halinde** seyretmesi ve manik ve depresif dönemin tipik belirtileriyle ayırt edilir.
 - İlk psikotik ataktan sonra **6 ay içinde tamamen remisyon** görülmesi affektif psikoz lehine yorumlanmalıdır.
- Şizofrenide affektif belirtile olmasına rağmen, hastalık sinsi başlar ve negatif belirtilerle diğerlerinden ayrılır.

Otistik Spektrum ve gelişimsel Lisan Bozuklukları

- Şizofreni ve otistik spektrum bozuklukları ancak **ayrıntılı gelişimsel hikaye** ile ayrılırlar.
- **DSM-IV'e göre otizm tanısı alan bir çocuk varsanı ve sanırlar 1 aydan daha fazla devam etmediği sürece şizofreni tanısı alamaz.**
- **ICD-10 ise otizm/gelişimsel bozukluk tanısı almış olmak şizofreni tanısı almayı engellemez.**

Çokboyutlu Bozukluk Sendromu ve Şizotipal Kişilik Bozukluğu

- Çokboyutlu bozukluk sendromu;
 - *Kısa geçici psikotik belirtiler gösteren,*
 - *Duygusal olarak labil,*
 - *Düşük sosyal becerilere sahip,*
 - *Bilgi işleme eksikliği olan*
- Tam bir şizofreni tablosu gelişmese de birinci dereceden akrabalarında şizofreni spektrumu bozukluklarının görülmesi riski artmakta
- Bu hastalarda nörobiyolojik bulgular çocukluk çağı başlangıçlı şizofrenilerle benzerdir.

Şizotipal Kişilik Bozukluğu

- Şizofreniyle fenotipik devamlılık arzeder ve benzer bilişsel ve sosyal bozukluğa sahiptirler.
- Bu hastalarda büyüsel düşünce, duygu durumu bozuklukları ve psikotik olmayan algı bozuklukları da görülür.
- Ani başlangıçlı olmayan, ve sosyal –akademik başarıda yavaş yavaş düşüş görülen olguların şizofreninin prodromal döneminden ayrılmasında güçlük çekilebilir.
- Görülen negatif belirtiler ve dikkat sorunlarının düşük dozda **risperidonla** (0,25-2 mg/gün) iyileştiği rapor edilmiştir.

Borderline Kişilik Bozukluğu

- **"Borderline" bozukluk,** hastalığın belirgin bir başlangıcının olmayışı ve kişilik bozukluğunun varlığı, şizofreninin temel semptomlarının bulunmayışıyla ayırt edilir.
- **"Borderline" bozukluklarda da geçici psikotik bozukluklar görülebilir.**

Epilepsi

- **Temporal ve frontal lob parsiel epilepsilerinde** psikotik belirtiler görülebilir.
- Aurayı takip eden bilinç bulanıklığı; anksiyete, korku, derealizasyon veya depersonalizasyonun eşlik ettiği kısa iktal psikotik fenomene dikkat edilmelidir.
- **Halüsinasyonlar, dezorganize davranışlar ve perseküsyon sanrıları** daha belirgindir.
- Bunun yanında **negatif belirtiler** daha az görülür.

Nörodejeneratif Hastalıklar

- Nadir görülen nörodejeneratif hastalıklar şizofreni tablosunu taklit edebilirler.
- En önemli örnekler **Wilson Hastalığı** ve **metakromatik lökodistrofi**.
 - Bu hastalıklarda **şiddetli EPS belirtileri ve diğer motor belirtiler** ön plandadır.
 - Ayrıca **ilerleyici beceri kaybı** ve **demans** tablosu da eşlik edebilir.
- Şüphelenildiğinde **MR** çekilmelidir.

İlaçların Yolaçtığı Psikozlar

- **Ergenlerde psikozun en sık sebebi madde kullanımındır.**
- Psikotik belirtiler;
 - İlacın doğrudan farmakolojik etkisi
 - *Stimülanlar*
 - *Halojenler*
 - *Kanabis*
 - İntoksikasyon
 - Çekilme
- İlacın indüklediği psikozlar da görülebilir.

Ayrııcı Tanıyla İlgili Ek Notlar

- **Ergenlikte;**
 - *Olgunlaşma krizleri,*
 - *Reaktif geçici psikotik bozukluklar,*
 - *Anormal kişilik gelişmeleri,*
 - *Şizofren ana babanın başlattığı gerçeğin saptırılması bozuklukları*
- **Disosiyatif bozukluklar** bedensel bir semptomun varlığı (örneğin, psikojen felç ve nöbet) ya da duyuşsal kayıp (psikojen körlük ya da sağırılık) ile ayırt edilir.
 - Semptomların ağırlığıyla uyuşmayan genel durum da karakteristiktir.
- Beynin iltihabı, tümöral, endokrin, travmatik, toksik, epileptik, nörodejeneratif ve diğer organik süreçlerinin yanı sıra, bazı özel bozukluklar da dikkate alınmalıdır.

Bunların bazıları...

- Turner sendromu
- Porfirinüri
- Homosistinüri
- Adrenogenital sendrom
- Wilson hastalığı
- Hemokromatoz
- Laurence-Moon-Biedl sendromu
- Glukoz-6-fosfat-dehidrojenaz eksikliği
- Fenilketonüri
- Nieman-Pick (infantil tip)
- Gauscher hastalığı (juvenil tip)
- Fahr hastalığı (bazal ganglion kireçlenmesi)

Tedavide Genel Prensipler

- Çocuk ve ergenlerde şizofreni tedavisinde psikofarmakolojik tedavi temel tedavi seçeneği olsa da farmakoterapi, ailevi ve bireysel danışmanlık, hastalık ile ilgili eğitim verilmesini de içine alan **çok yönlü yaklaşım** gerektirir.
- Hastalığın akut döneminde;
 - Tanı, ayrııcı tanı yapılması ve
 - Hastanın potansiyel olarak kendine ve çevresine zarar vermesinin engellenmesi için kliniğe yatırılmasını içerir.

Erken Tanı ve Önleme

- Şu aşamada *primer önleme pek mümkün görünmemektedir.*
- Erken tanı girişimleri hastalık için **yüksek risk taşıyan bireylerin tesbit edilmesi** anlamına gelmektedir.
 - Ancak yüksek risk grubu olarak tanımlanan bu grubun **1/5'i** ileride psikoz geliştirmektedir.
- **Tedavisiz geçen süre arttıkça uzun dönemde tedaviden görülecek fayda azaldığı ve daha kötü bir hastalık gidişi görüldüğü yönündedir.**

Farmakolojik Tedavi

- **Temel tedavi** psikofarmakolojik tedavidir.
- Çocuklarda **EPS** görülmeye riskinin daha fazladır.
 - Geleneksel antipsikotiklerle **tedaviye direnç** vardır.
 - Haloperidol gibi yüksek potensli tipik antipsikotiklerin çocuk ve ergenlerde kullanımında en çok çekinilen yön bu ilaçların yan etkileri olan EPS, tardif diskinezidir. (**İlk 72 saat**)

Farmakolojik Tedavinin Yan Etkileri

- Atipik antipsikotikler tipiklere nazaran daha az EPS yan etkisine yolaçsalar da kendilerine has problemlere de sebep olurlar.
 1. **Kilo alımı**
 2. **Sedasyon**
 3. **Hiperventilasyon**
 4. **Nöbet eşliğini düşürme**
 5. **Kan diskrazilerini**

Farmakolojik Tedaviyle İlgili Ek Notlar - I

- Atipik antipsikotiklerin negatif belirtiler ve bilişsel bozukluğun ön planda olduğu, EPS yan etkilerine duyarlılığı ve geleneksel antipsikotik tedavilerine direnci olan çocuk ve ergenlerde ilk seçim olabileceği söylenebilir.
- Çocuklarda ilaçın etkinliği hemen görülmeyebilir. Bu sebeple kısa sürede ilaç değişikliğine gidilmemelidir ve etkinin çıkması beklenmelidir.

Farmakolojik Tedaviyle İlgili Ek Notlar - II

- Depo preparatlar tedavide işbirliği sağlanmadığı durumlarda kullanılmalıdır.
- İlk atak sırasında hastaların ilaç yan etkilerine daha hassas oldukları aklıdan çıkarılmamalı ve düşük dozlarda ilaçlara başlanıp yavaş yavaş ve kademeli olarak ilaç artırılmalıdır.

Nüks Profilaksisi

- İlk atakta ya da uzun süre semptomsuz seyirde **1-2 yıl** süreyle nüks profilaksisi yapılmalıdır.
- Daha önce 2-3 atak var ise veya bir yıl içinde nüks görülmüşse profilaksi süresi **2-5 yıl süreye** çıkarılmalıdır.
- Nüksler sık görülüyorsa ve hasta kendisine, çevreye zarar verebilecekse profilaksi süresi kısıtlama olmadan **devamlı** yapılmalıdır.

Diğer Tedavi Yaklaşımları

- ilaç tedavisi yanında;
 - Aile eğitimi,
 - Aile tedavisi,
 - Davranışçı tedavi ve
 - Psikosyal destek programlarınıntedaviyi olumlu etkilediği gösterilmiştir.
- Grup tedavileri yalnızlık ve yabancılaşmaya karşı etkili olabilir ve benzer sorunları olanlardan destek alınmasını sağlayabilir.

Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT)

- Erişkin şizofreni hastalarında tedaviye dirençli pozitif semptomların etkisinin azaltılması için BDT yapılmaktadır.
- BDT özellikle eşlik eden anksiyete ve depresyonun tedavisinde yardımcı olabilir.