

Çok erken başlangıçlı çocukluk çağı şizofrenisi: Bir olgu sunumu

Işık KARAKAYA,¹ Özlem YILDIZ ÖÇ,¹ Şahika G. ŞİŞMANLAR,¹
Nursu ÇAKIN MEMİK,² Ayşen COŞKUN,³ Belma AĞAOĞLU³

ÖZET

Çok erken başlangıçlı şizofreni oldukça nadir görülen bir psikiyatrik bozukluktur. Çocukluk döneminde görülen diğer ruhsal bozukluklarla ayırıcı tanısının yapılması zor ve uzun zaman alan bir süreçtir. Bu yazıda otuz yedi aylıkken ilk psikotik belirtileri ortaya çıkan ve ilerleyen dönemlerde açık sanrı, varsanı, dezorganize davranışları, konuşmaları gelişen ve çok erken başlangıçlı şizofreni tanısı ile izlenen bir erkek hasta sunulmuştur. Hastanın klinik özellikleri, tanı süreci ve ayırıcı tanısı literatür bilgileri ışığında tartışılmaya çalışılmıştır. Ayırıcı tanı çok erken başlangıçlı şizofreni ile duygudurum bozuklukları, gelişimsel dil bozuklukları, otizm spektrum bozuklukları ve organik etmenler arasında yapılmaya çalışılmıştır. Hastada gözlenen psikotik belirtilerin normal gelişimsel özelliklerle örtüşen yanları gözden geçirilmiştir. Antipsikotik tedavi ile belirtilerde kısmi düzelme olan hasta ilkökula başlatılamamış, ancak özel eğitim desteği alması sağlanabilmiştir. Otuz yedi aylıkken ani bir başlangıçla psikotik belirtilerin geliştiği bu olgu, literatürdeki en genç çok erken başlangıçlı şizofreni olgularından biri olarak bildirilmiştir. (*Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2007; 8:154-157)

Anahtar sözcükler: Çok erken başlangıçlı şizofreni, ayırıcı tanı, klinik özellikler

Very early onset schizophrenia: a case report

ABSTRACT

'Very early onset schizophrenia' is a rare psychiatric disorder. Differential diagnosis of the disorder with other childhood psychiatric disorders is very difficult and time consuming. In this paper we reported the case of 37 months of age boy who suddenly developed delusions, hallucinations, dezorganized behaviors and diagnosed as very early onset schizophrenia. The clinical presentation, diagnostic evaluation and differential diagnosis were tried to discuss by literature knowledge. The differential diagnosis of very early onset schizophrenia was included affective disorders, developmental language disorders, autism spectrum disorders and organic diseases. Psychotic symptoms that interfere with normal developmental characteristics were reviewed. From the outset of this antipsychotic treatment partial remission was noted but the patient couldn't start an elementary school and he is now on a special education program. The case that developed psychotic symptoms suddenly at 37 months of age is reported as one of the youngest child with the diagnosis of very early onset schizophrenia. (*Anatolian Journal of Psychiatry* 2007; 8:154-157)

Key words: very early onset schizophrenia, differential diagnosis, clinical presentation

¹ Yrd. Doç. Dr. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD

² Uzm Dr. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD

³ Prof. Dr. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD

Yazışma Adresi: Dr. Işık KARAKAYA, Cumhuriyet Mh. Mısır Sk. EK-AS Sitesi A Blok, D.7 Plaj Yolu/KOCAELİ
E-posta: karakaya73@yahoo.com

GİRİŞ

On sekiz yaşından önce başlayan şizofreni tablosu 'erken başlangıçlı şizofreni' (EBŞ), 13 yaşından önce başlayan ise, 'çok erken başlangıçlı şizofreni' (ÇEBŞ) olarak adlandırılmaktadır.¹ EBŞ tüm şizofreni olgularının %10'unu oluşturmaktadır.² ÇEBŞ ise, daha da nadir görülür ve literatürde olgu bildirimleri ile sınırlıdır.^{3,4} Literatürde en erken başlangıçlı olgunun 3 yaşında olduğu görülmüştür.⁵

EBŞ'de en sık görülen belirti işitsel varsanıdır. Görsel varsanılar, düşünce bozuklukları, kötülük görme ve bedensel sanrılar, konuşma içeriğinde yoksullaşma, duygulanımda küntlük ve sığılık, dezorganize davranışlar diğer sık rastlanan belirtilerdir. Geç başlangıçlı olgulara göre EBŞ olgularının daha sık sinsi başlangıç gösterdiği, hastalık öncesi uyumlarının ve sonlanmasının daha kötü olduğu bildirilmektedir.^{1,6,7} EBŞ olgularının bir kısmında utangaçlık, içe dönüklük, akran ilişkilerinde sorunlar, ilgi kaybı, intihar düşünceleri, tuhaf davranışlar, çabuk sinirlenme ve ağlama, şüphecilik, kompulsif davranışlar, ölüm korkusu, korkulu rüyalar, hipokondriyak belirtiler, çökkün duygudurum gibi hastalık öncesi davranışsal örüntüler gözlenmiştir.⁴ Ayrıca dil, motor ve sosyal gelişim alanlarında bozuklukların görülebileceği bildirilmiştir.^{6,8}

Bu yazıda psikotik belirtileri 37 aylıkken başlayan ve çok erken başlangıçlı şizofreni tanısı konan bir olgu sunulmuştur. Olgunun klinik özellikleri, tanı ve ayırıcı tanı süreci yazın bilgileri ile tartışılmaya çalışılmıştır.

OLGU SUNUMU

C.H., 9 yaşında erkek hasta, okula gitmiyor. Hasta ilk olarak 5 yaş 4 aylıkken konuşmasında gerileme, kendine ve çevresine zarar verici davranışlar, korkular, sosyal ilişki kuramama ve hayal görme yakınmaları ile çocuk psikiyatrisi polikliniğine getirilmiştir. Anneden alınan öyküye göre, sağlıklı bir gelişime gösterirken, 37 aylıkken babası ve ağabeyi arasında yaşanan şiddetli bir kavganın ardından 6 ay süren bir mutizm tablosunun geliştiği öğrenilmiştir. Bu 6 aylık dönemde anlamsız sesler çıkarma, çılgılık atma dışında hiçbir konuşma becerisi göstermemiş. Açık gördüğü televizyonlar karşısında çılgınlık atıyor, kendisine ya da çevresindekilere zarar verici davranışlarda bulunuyormuş. Taşılara binememe şeklinde yeni korkuları gelişmiş. Tuvaletini balkondan aşağıya ya da kapının önüne yapıp kahkahalarla gülme şeklinde uygunsuz davranışlar göstermeye başlamış. Daha önce kendi başına yemek yerken artık

annesinin beslemesine gereksinme duyar hale gelmiş. Zaman zaman yiyecekleri çiğnemiyor ve hepsini tükürüyormuş. Günün hemen her saatinde cinsel organıyla oynuyor, masturbasyon yapıyormuş. Geceleri uyumayıp gündüz uyama şeklinde bir uyku düzensizliği gelişmiş.

Altı ayın sonunda tek tek sözcüklerle konuşmaya, televizyon izlemeye başlamış. Karnı acıkınca dolaptan birşeyler alıp yiyor, ama ailesiyle masaya oturmuyormuş. Uyku düzensizliği hala sürüyormuş. Ne yaşlılarıyla, ne de büyüklerle iletişim kuruyor, çocukları uzaktan izliyor, nadiren annesiyle kovalamaca tarzında hareketli oyunlar oynuyormuş. Birisi ona dokunursa çok korkuyor, 'ölüyorum' diye bağıryormuş. Ayak sesleri duyduğunda ya da bir gürültü olduğunda ise, 'geliyorlar' diye bağırp kaçıp saklanıyormuş. Ayrıca annesi, sık sık duvarlara bakıp kendi kendine konuştuğunu, zaman zaman da 'duvarlardan kan akıyor' diyerek çılgınlık attığını fark etmiş. Sorulara uygunsuz yanıtlar veriyormuş. Konuşması için ısrar edilirse, sinirlenip küfrediyormuş. Nadiren bir konu hakkında yorum yapabilecek düzeyde düzgün cümleler kurabiliyormuş. Bölümümüze başvurusundan 5-6 ay öncesinde isteklerini söylemeye başlamış.

Özgeçmiş: Annenin ikinci evliliğinden normal bir gebelikten sonra fizyolojik yolla dünyaya gelmiş. Doğum ve sonrasında bir sorun yaşanmamış. Gelişim basamaklarını zamanında tamamlamış. Üç yaşına kadar düzgün cümleler kurar, amacına uygun hayali oyunlar oynar, tuvaletini kendisi yapar, kağıt-kalem kullanır ve resim yaparmış.

Aile öyküsü: Baba 48 yaşında, lise mezunu, sağ, sağlıklı. Anne 41 yaşında, ilkokul mezunu, ev hanımı, sağ, sağlıklı. Annenin ilk evliliğinden olan oğlu lise döneminde şizofreni tanısı ile takip ve tedavi altına alınmış. Ailede başka ruhsal ya da fiziksel hastalık yokmuş.

Klinik değerlendirme ve gözlem: İlk muayenesinde 5 yaş 4 aylık olan erkek hastanın anne ve görüşmeciyeye karşı ilgisiz olduğu, göz ilişkisinden kaçındığı, çevredeki nesnelere ve oyuncaklarla amaçsız şekilde ilgilendiği, koklayıp yaladığı gözlemlendi. Sorulara yanıt vermediği, ancak geç ekolali tarzında bazı kelimeleri yinelediği gözlemlendi. Görüşmeci ile başbaşa kaldıklarında gıdıklama gibi beden temasına gülümseyerek tepki verdiği, yakın ilgi ile göz ilişkisinin kısıtlı da olsa kurulabildiği görüldü. Görüşme boyunca amaçlı oyun oynamadığı, tüm kıyafetlerini çıkararak çıplak dolaştığı, uyarılara tepki vermediği, oldukça hareketli olduğu izlendi. Duygulanımı uygunsuzdu. Görüşme

sırasında bir varsanı ya da sanrı saptanmadı.

Fizik muayene ve tetkik sonuçları: Pediatrik ve nörolojik muayenesi normal olarak değerlendirildi. EEG, kranial BT ve MRG incelemeleri, hematolojik, biyokimyasal tetkikleri ve metabolik tarama testleri normal sınırlarda bulundu.

Klinik izleme: Ayrıntılı pediatrik ve nörolojik değerlendirmelerden sonra organik etkenler dışlandı. Hastanın dezorganize davranışları, tanımlanan varsanıları ve uyku düzensizliğine yönelik olarak başlanan haloperidolle uykusu, hareketliliği, varsanıları, uygunsuz yerlerde soyunma ve tuvaletini yapma gibi dezorganize davranışları belirgin olarak azaldı. Amaçlı oyunlarında ve göz ilişkisinde artma olduğu saptandı. Ancak konuşma içeriğindeki yoksulluk, duygulanımdaki sığılık ve sosyal ilişki kurma güçlükleri sürüyordu. Bir süre sonra ailenin kendi isteğiyle ilacı kesmesi üzerine tüm belirtilerin alevlendiği görüldü. Aile ile yapılan görüşmede aynı ilacı ağabeyin de bir dönem kullandığı, yan etkilerinden çekindikleri ve C.H.'nin de ağabeyle aynı bozukluğa sahip olduğunu kabullenmekte zorlandıkları anlaşıldı. Bu nedenle aile yeniden bilgilendirilerek risperidona geçildi, benzer olumlu yanıt alındı. Halen risperidon ile izlenen hastanın işlevselliğinde kısmi bir düzelme olmuştur. Okula başlaması sağlanamamıştır, ancak özel eğitim desteği almaktadır.

TARTIŞMA

Sunulan bu olgu ÇEBŞ ön tanısı ile izlemeye alınmış, tedavi ve izleme sürecinde çeşitli tanımlar irdelenmeye çalışılmıştır.

Hastalığın akut başlangıçlı olması öncelikle organik nedenleri akla getirmiştir. Epilepsi, deliryum, merkezi sinir sistemi lezyonları, metabolik ve endokrin hastalıklar, nörodejeneratif hastalıklar, toksik ensefalopatiler, enfeksiyon hastalıkları ve otoimmün hastalıklar çocukluk döneminde psikoz tablosu yaratabilmektedir.⁶ Klinik açıdan, nörolojik hastalıkların erken evrelerinde enkoherans, çağrışımlarda kopukluk, uygunsuz duygulanım ve işlevselliğe bozulma gibi belirtiler şizofreniyi taklit edebilir.⁹ Ancak hastanın pediatrik ve nörolojik muayeneleri, EEG, kranial BT ve MRG incelemeleri, hematolojik ve biyokimyasal tetkikleri ve metabolik tarama testlerinin normal sınırlarda olması nedeniyle organik hastalıklar dışlanmıştır.

Dezorganize konuşma gelişimsel dil bozukluğunu da düşündürmüştür. Enkoherans, konuşma içeriğinde yoksulluk ve raydan çıkma belirtileri ciddi dil bozuklarında da görülebildiği için, geli-

şimsel dil bozuklukları psikoz tanısıyla karışabilmektedir.^{10,11} Hastamızda dil gelişiminin 3 yaşına kadar normal olması, hastalıkla dezorganize davranış ve varsanı gibi psikotik belirtilerin tabloya eklenmesi bu tanıdan uzaklaştırmıştır.

Klinik tabloya göre temel ayırıcı tanı duygudurum bozuklukları, otizm spektrum bozuklukları ve ÇEBŞ arasında yapılmıştır. Çalışmalarda psikotik belirtiler başlamadan önceki gelişim dönemlerinde çoğu çocukta utangaçlık, sosyal izolasyon, geri çekilme, bunaltı, depresif duygudurum, kaçınma ve ketlenme davranışları görülmüştür.⁴ Çocukluk döneminde mani ve psikoz birlikteliği uzun zamandır bilinen bir durumdur.¹² Bu nedenle hem hastalık öncesi, hem de ilk psikotik belirtiler nedeniyle hastalara duygudurum bozukluğu tanısı konabilmektedir. Ayırıcı tanının ancak psikotik belirtilerin başlamasından sonraki dönemlerde hem geriye dönük ayrıntılı değerlendirme, hem de ileriye dönük uzunlamasına izlemlerle yapılabileceği bildirilmektedir.¹³ Bizim olgumuzda da içe kapanma, ilgi kaybı, uyku düzensizlikleri gibi belirtiler depresif bir atağı; dezorganize davranış ve konuşmalar da manik bir tabloyu akla getirmiştir. Ama hastanın uzun süreli izleminde tabloya psikotik belirtiler hakim olmuş ve klinik gözlemlerimiz sonucunda duygudurum bozukluklarından uzaklaşmıştır.

Hastanın yakınmalarının 3 yaş civarında ve aniden ortaya çıkması, başlangıç döneminde huzursuzluk, hareketlilik ve kaygının hakim olması, ilerleyen günlerde sözel iletişimde azalma ve öfke patlamalarının gözlenmesi 'çocukluk çağı dezintegratif bozukluğu'nu (ÇDB) akla getirmiştir. ÇDB'nda ortalama başlangıç yaşı 3.6 yıl olarak bildirilmektedir. Bazı olgularda belirgin olmayan başlangıç görülürken, ani başlangıç da görülebilir. Sözlü iletişimde azalma, anlama yetisinde kötüleşme ve bilişsel yetilerde kayıp kalıcıdır. Beslenme ve sfinkter kontrolü gibi özbakım becerileri kaybolur. Huzursuzluk, öfke patlamaları, yatıştırılmayan ağlamalar, yineleyen motor etkinlikler ve psikomotor taşkınlık görülebilir. Olguların dörtte üçünde değişmeyen bir gidiş, küçük bir kısmında ise çok az iyileşme görülmektedir.¹⁴ Olgumuzda başlangıç döneminde yaygın gelişimsel bozukluk belirtileriyle uyumlu yakınmalar belirtilmekle birlikte, hastanın 6 aylık mutizm tablosunun ardından konuşmasının ilaç tedavisiz kısmen de olsa geri gelmesi, beslenme ve sfinkter kontrolü gibi özbakım becerilerinin antipsikotik tedavi ile düzelmesi, ÇDB'nda beklenen sınırlı iyileşme ile uyumsuzdur. Ayrıca işitsel ve görsel varsanılarının olması, dezorganize davranış ve konuş-

maları, ağabeyin şizofreni tanısı ile izlenmekte olması ve ilerleyici bilişsel yeti kaybının olması ÇDB'den uzaklaştırıp ÇEBŞ tanısını desteklemiştir. Öte yandan olgumuzun üç yaşına kadar normal bir gelişme göstermesi, konuşma gecikmesinin olmaması, mutizm tablosunun psikotik belirtilerle eş zamanlı ortaya çıkması otizm spektrum bozukluklarının bir çeşidi olan otistik bozukluk tanısından da uzaklaştırmıştır. Ayrıca otistik belirtiler şizofrenide de karşımıza sıkça çıkmaktadır. Watkins ve ark.¹⁵ ÇEBŞ tanılı 18 hasta ile yaptıkları çalışmada olguların %56'sında yaygın gelişimsel bozukluk belirtileri bildirmiştir. Otistik gerileme Bleuler'in 4A belirtisinden biri olarak kabul edilmiş ve yıllarca şizofreninin tanı ölçütü olarak kullanılmıştır.¹⁶ Olgumuzdaki içe dönme, mutizm, ekolali, göz ilişkisinde kısıtlılık gibi belirtiler otizmden çok şizofreninin belirtileri olarak değerlendirilmiştir.

Çocuklarda gelişim dönemlerinin özelliklerindeki değişkenlik düşünüldüğünde, prepsikotik belirtilerin tanısız belirleyiciliği oldukça düşüktür. Yaşa bağlı olarak değişen zihinsel uğraşlar, psödohalüsinatif imgesel yaşantılar, iç ve dış

dünyanın animistik yorumlanması ile sanrı ve varsanılar gibi açık psikotik belirtiler arasında ayırım yapmak zordur ve sıkça yanlış değerlendirilebilir. Erken çocukluk dönemlerinde rastlanan animistik düşünce ve psödohalüsinatif yaşantılar genellikle çocuğun içinde bulunduğu çevre ve yaşantılarla bağlantılıdır ve çocuğun tamamen dış dünyadan kopmasına yol açacak düzeyde değildir.¹⁷ Olgumuzdaki varsanı ve dezorganize konuşmalara belirgin bir gerileme, içe kapanma ve sosyal izolasyon da eşlik etmektedir. Sorun sadece düşünce düzeyinde olmadığından, tablo bütün olarak değerlendirildiğinde döneme özgü özelliklerden ayırt edilmesi kolaylaşmıştır.

Çocuk psikiyatrisinde yaşanan en önemli güçlüklerden biri tanı koymadaki zorluklardır. Özellikle bu olguda tanımlanan tablo birçok klinik tanıyı akla getirmiştir. Korkular ve mutizm tablosu ile ani bir başlangıç gösteren ve ardından varsanılar, dezorganize davranış ve konuşmaların geliştiği bu olgu, psikotik belirtilerin henüz 37 aylıkken ortaya çıkması açısından en genç 'ÇEBŞ' olgularından biri olarak kabul edilebilir.

KAYNAKLAR

1. Öy B, Rezaki BG. Erken başlangıçlı şizofreni. E Köroğlu, C Güleç (eds.), *Psikiyatri Temel Kitabı*, Ankara, HYB, 1998, s.1195-1200.
2. Werry JS, McClellan JM, Andrews LK. Clinical features and outcome of child and adolescent schizophrenia. *Schizophr Bull* 1994; 20:619-630.
3. Russell AT. The clinical presentation of childhood onset schizophrenia. *Schizophr Bull* 1994; 20:631-646.
4. Eggers C, Bunk D, Krause D. Schizophrenia with onset before the age of eleven: clinical characteristics of onset and course. *J Autism Dev Disord* 2000; 30:29-38.
5. Russell AT, Bott L, Sammons C. Phenomenology of schizophrenia occurring in childhood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989;28:399-407.
6. Tsai LY, Champine DJ. Schizophrenia and other psychotic disorders. MK Dulcan, JM Wiener (eds.), *Essentials of Child and Adolescent Psychiatry*, American Psychiatric Publishing, 2006, p.235-265.
7. Asarnow JR, Thompson MC, Goldstein MJ. Childhood-onset schizophrenia: a follow-up study. *Schizophr Bull* 1994; 20:599-617.
8. Sporn AL, Addington AM, Gogtay N, Ordonez AE, Gornik M, Clasen L et al. Pervasive developmental disorder and childhood-onset schizophrenia: comorbid disorder or a phenotypic variant of a very early onset illness? *Biol Psychiatry* 2004; 55:989-994.
9. Caplan R, Tonguay P, Szekeley A. SSPE presenting as childhood psychosis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1987; 18:450-461.
10. McKenna K, Gordon CT, Rapoport JL. Childhood-onset schizophrenia: timely neurobiological research. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994; 33:771-781.
11. Nicholson R, Lenane M, Singaracharlou S, Malaspina D, Giedd JN, Hamburger SD et al. Premorbid speech and language impairments in childhood-onset schizophrenia: association with risk factors. *Am J Psychiatry* 2000; 157:794-800.
12. Stayer C, Sporn A, Gogtay N, Tossell J, Lenane M, Gochman P, Rapoport JL. Looking for childhood schizophrenia: Case series of false positives. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004; 43:1026-1029.
13. Volkmar FR. Childhood and adolescent psychosis: a review of the past ten years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35:843-851.
14. Tsai LY. Autistic Disorders. *Essentials of Child and Adolescent Psychiatry içinde*. MK Dulcan, JM Wiener (eds.), APP, 2006; p.235-265.
15. Watkins JM, Asarnow RF, Tanguay PE. Symptom development in childhood onset schizophrenia. *J Child Psychol Psychiatry* 1988;29:865-878.
16. Cancro R, Lehmann HE. Schizophrenia: clinical features. BJ Sadock, VA Sadock (eds.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, seventh ed., Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins, 2000; p.1169-1199.
17. Siegel DJ, Nurcombe B. Development of attention, perception and memory. M Lewis (ed.), *Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook*, third ed., Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins, 2002; p.227-238.