

Adolesan Psikozlarının Özellikleri

Salih Y. ÖZDEN*, İlhan YARGIÇ*, Fatime ERÇAĞ*, Nihat KAYA*, Orhan ÇELİK*

ÖZET

Adolesan çağı psikozları gerek başlangıç gerek semptomatoloji gerekse sınıflandırma gibi pekçok yönden tartışmalıdır. ICD-10 ve DSM-IV gibi temel sınıflandırma sistemleri adolesan psikozları için özel bir kategoriye sahip değildir. Yetişkinlere uygulanan sınıflandırma yönteminin uygulanmasını tavsiye etmektedirler. Kliniğimize bir yıl içinde yatarak tedavi gören hastaların % 6'sının 14-17 yaş grubunda olduğu gözlenmiştir. Teşhis ve tedavilerinde yetişkinlere göre bazı farklılıklar olduğu izlenimi edinilmiştir. Ülkemizde ise adolesan psikozları ile ilgili yayınların sayısı oldukça azdır. Araştırmaya 14-20 yaşlarında 23'ü kadın, 9'u erkek olmak üzere 32 hasta alınmıştır. 24'ünün (% 75) ilk defa bir psikiyatri kliniğine yatırıldığı, 13'ünün (% 41) ilk defa psikiyatrik tedavi gördükleri, 10 (% 71) hastanın belirtilerinin akut başladığı, 14 (% 44) hastanın belirgin agresif davranışlarının olduğu gözlenmiştir. 26 (% 81) hastada hezeyan, 16 (% 50) hastada işitme ya da görme halüsinasyonları tesbit edilmiştir. Sıklık sırasına göre % 50 şizofreni, % 19 atipik psikoz, % 16 psikotik süreç, % 13 mood bozuklukları, % 3 kısa reaktif psikoz tanuları konulmuştur. Hastaların 20'sine (% 63) EKT uygulanmış, günde ortalama 35 mg haloperidol ya da eşdeğer dozda antipsikotik ilaç kullanılmıştır. Adolesan psikozu vakalarının semptom profili, yatış süreleri ve uygulanan tedaviler aynı dönemde servisimizde yatarak tedavi gören hastalar arasında cinsiyet oranı uyumlu, rastgele seçilmiş 32 yetişkin hasta ile karşılaştırıldığında adolesan hastaların geçmiş hikayelerinde kafa travmasının daha sık olduğu, psikiyatri servisinde daha uzun süre yatırdıkları saptanmıştır.

Anahtar kelimeler:

Düşünen Adam; 1996, 9 (3): 23-26

SUMMARY

Many aspects of adolescent onset psychosis such as symptomatology, onset and classification are controversial. Major classificatory systems, ICD-10 and DSM-IV have no special categories for diagnosis of psychosis in adolescents and recommend use of adult criteria. 6 % of the patients treated in our inpatient unit during a one year period as between 14-17 years old. They showed some differences in diagnosis and treatment compared to adult patients. Literature on adolescent onset psychosis is sparse in our country. 32 patients, 23 female and 9 male, between 14-20 years old were included in this study. 24 (75 %) of them were psychiatric inpatients for the first time, 13 (41 %) of them had psychiatric treatment for the first time, 10 (71 %) patients had acute onset psychiatric symptoms, 14 (44 %) patients had prominent aggressive behavior. 26 (81 %) of these patients had delusion, 16 (50 %) had auditory and visual hallucinations. Their psychiatric diagnoses were schizophrenia (50 %), atypical psychosis (19 %), psychotic process (16 %), mood disorders (13 %) and brief reactive psychosis (3 %). 20 (63 %) adolescent psychotic patients were treated with ECT and average dose of antipsychotic medication was 35 mg of haloperidol or equalant dose of any other antipsychotic drugs. Symptom profile, duration of hospitalization and treatment response of adolescent psychotic patients were compared with those of 32 randomly selected, sex matched adult psychotic patients who were inpatients in our psychiatric unit during the same period. Adolescent patients had more frequent head trauma in their histories and they were hospitalized for a longer period of time.

* Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi

GİRİŞ

Şizofreni genellikle erken yetişkinlik döneminde başlar. Daha seyrek olarak çocukluk ve yaşlılık dönemlerinde de başlayabilir. Ruhsal hastalığın ilk belirtilerinin görüldüğü yaş dağılımı erkeklerde 25 yaşına kadar erken ve hızlı bir artış gösterirken kadınlarda geç ve küçük bir artış olur, kadınlarda 45-79 yaşlarında ikinci bir peak görülür ⁽¹⁾. Yani genç şizofrenik erkeklerde hastalık kadınlardan ortalama olarak 3-4 yıl önce başlar. Yaşın şizofreninin başlangıcı üzerindeki etkisi genellikle çocuklar ve yaşlılarda çalışılmıştır. Çocukluk psikozu ne kadar erken başlarsa, tanı koymak o kadar zordur. Yaşın ilerlemesiyle çocukluk şizofrenileri yetişkinlerinkine daha benzer hale gelir ⁽¹⁾.

40 yaşından sonra başlayan geç başlangıçlı şizofreni daha geniş bir şekilde araştırılmıştır. Harris ve Jeste ⁽²⁾ geç başlangıçlı şizofreninin paranoid belirtiler, duyma kaybı ve göz patolojilerinin sıklığında artış, şizoid ya da paranoid kişilik eğilimleri ve kronikleşmeye yatkınlık ile karakterize olduğunu bildirmişlerdir. Geç başlangıçlı şizofreni kadınlar arasında daha sıktır ⁽³⁾.

Çocuklar ve adolesanlarda psikozun sınıflandırılması tartışılan bir konu olmuştur. Ancak ICD-10 ne de DSM-IV'de çocukluk psikozlarının tanısı için özel kategoriler yoktur ve yetişkin ölçütlerinin kullanılması önerilir. Bu durum hem şizofreni hem de mood bozuklukları için aynıdır. Ne var ki, çocuklar ve adolesanlarda psikozun klinik görünümü her zaman keskin sınırlı ya da klasik olmaz, bu da tanısal karışıklığa yolaçar ⁽⁴⁾.

Çalışmalar ⁽⁵⁾ çocukluk çağı şizofrenisinin belirtilerinin yetişkinlerinkine çok benzediğini ortaya koysa da çocukluk şizofrenisindeki klinik tablo yetişkin yaşamda başlayan şizofreniden birkaç yönden farklıdır; çocukluk şizofrenisinde yüksek anksiyete düzeyi, enkoheran konuşma, konsantrasyon kaybı, iç düşüncelerle aşırı uğraş, bizar davranışlar ve duygusal kontrolün zayıflaması görülebilir. Hezeyan ve hallusasyon gibi belirtilerin çocuklarda değerlendirilmesi yetişkinlerdekinden daha zor olabilir ⁽¹⁾.

Çocuklarda mood bozukluklarının sınıflandırılması ve tanı ölçütleri de tartışılmaktadır. Adolesanlarda

maninin klasik formları görülse de ⁽⁶⁾ bütün adolesan mani vakaları klasik formda değildir ve psikotik belirtiler sık olduğu için tanısı zordur ^(7,8).

Yakın zamana kadar çocukluk depresyonunun varlığı da tartışılmıyordu. Çocuğun olgunlaşmamış olmasının depresyonun gelişmesini engelleyeceği öne sürülüyordu ⁽⁴⁾. Ancak Kovaks ⁽⁹⁾ belirti ortaya çıkışının gelişimsel süreçle bağlantılı olmadığını gösterdi. Çocuk ve adolesanlarda bu konuda yapılmış sistematik çalışma azdır ⁽⁴⁾.

Görüldüğü gibi çocukluk ve adolesans çağlarında görülen psikozların yetişkin hastaların tanı ölçütleriyle sınıflandırılması ile ilgili sistematik veriler azdır ve bu konu tam olarak netleşmemiştir. Bu çalışmada psikotik belirtilerle hastaneye yatırılan adolesan hastaların belirti dağılımı, aile ve öz geçmişi, tedavi öyküleri yetişkin psikoz hastalarınınkilerle karşılaştırılmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Çalışmaya Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi 6. Psikiyatri Birimi servisinde 1994-1995 yılları arasında hulasinasyon, hezeyan, deroganize konuşma ya da davranış bozukluğu gibi psikotik belirtilerle yatırılarak izlenen 18 yaşın altında 32 ardışık olgu denek grubu olarak alınmıştır. Aynı dönemde bu serviste yine bu tür belirtilerle yatarak izlenen 20 yaşın üstünde 32 ardışık olgu kontrol grubunu oluşturmuştur. Kontrol grubu seçilirken kontrol ve denek grupları arasında cinsiyet uyumu olmasına dikkat edildi. Tanılar DSM-III-R tanı kriterlerine göre konulmuştur. Olguların dosyaları incelenerek demografik veriler ve klinik özellikler bilgi işlem çizelgesiyle belirlendi. İstatistiksel incelemeler SPSS-X paket programı aracılığıyla kare, t testi, Pearson korelasyon katsayısı kullanılarak yapıldı.

BULGULAR

Demografik özellikler: Adolesan hastaları yaş ortalaması 17.1±1.6, yetişkin hastaların 38.7±10.9 idi. Her iki grupta da 23 kadın ve 9 erkek vardı. Adolesan hastalar arasında eğitimi olmayan hasta yoktu, 13'ü ilkokul, 13'ü ortaokul ve 6'sı lise mezunuydu. Yetişkin hastalardan ise 4'ü eğitimsiz, 19'u ilkokul,

Tablo 1. Adolesan ve yetişkin hastaların aldıkları psikiyatrik tanıları

Tanımlar	Adolesan dönemdeki hastalar	Yetişkin hastalar
Şizofreni ve başka bir yerde sınıflandırılmamış psikotik bozukluklar	26	21
Affektif bozukluklar	4	11
Kişilik bozuklukları ve dissosiyatif bozukluklar	2	0

Çok gözlü ki-kare testi ile gruplar arasındaki fark anlamlı değil ($p<0.05$).

2'si ortaokul, 5'i lise ve 2'si üniversite mezunuydu. Adolesan hastalardan biri evli, diğerleri bekar; yetişkin hastalardan 16'sı evli, 9'u bekar, 7'si ayrılmıştı.

Psikiyatrik tanımlar: Hastaların aldıkları psikiyatrik tanımlar Tablo 1'de gösterilmiştir. DSM-III-R tanımları yönünden iki grup arasında istatistiksel bir fark yoktu ($p=0.055$). Ancak yetişkin hastalarda affektif bozukluk tanısı daha fazla konmuştu. Her iki gruptaki hastaların aile öykülerinde 9'unda şizofreni ya da diğer psikotik bozukluklar, 2'sinde affektif bozukluklar vardı.

Klinik özellikler: Hastaların klinik belirtileri, klinik tablonun başlangıç şekli ve geçmiş hikayesi ile ilgili bazı özellikler Tablo 2'de gösterilmiştir. Bu özellikler bakımından tek fark adolesan hastalarda kafa travması hikayesinin daha fazla olmasıdır ($p<0.05$). Hastalarda saptanan hezeyanlar sınıflandırılarak gruplar arasında karşılaştırıldığında yalnızca referans hezeyanı adolesan hastalarda yetişkinlerden fazla bulunmuştur ($p<0.05$).

Tedavi ile ilgili özellikler: Hastaların tedavi hikayeleri ile ilgili özellikler Tablo 3'de gösterilmiştir. Adolesan hastaların çoğunun ilk psikiyatrik yatışı olduğu halde yetişkin hastaların % 81'inin daha önce psikiyatrik yatışı vardı. Hasta başına düşen yatış sayısı adolesan hastalarda 0.4 iken, yetişkinlerde 3.3 idi. Daha çok yetişkin daha önce antipsikotik ilaçlarla tedavi gördüğü halde antidepresan ilaç kullanımını açısından gruplar arasında fark yoktu. Adolesan hastaların klinikte yatış süreleri yetişkin hastalardan uzundu ($p<0.05$).

Tablo 2. Adolesan ve yetişkin hastaların bazı klinik özellikleri

	Adolesan dönemdeki hastalar	Yetişkin hastalar
Hallusinasyonu olan hasta sayısı	18	20
İşitsel hallusinasyonu olan hasta sayısı	18	19
Görsel hallusinasyonu olan hasta sayısı	9	5
Hezeyanı olan hasta sayısı	26	27
Künlü ya da uygunsuz affektif olan hasta sayısı	19	17
Saldırganlığı olan hasta sayısı	14	14
Alkol ya da madde öyküsü olan hasta sayısı	1	4
Belirtileri akut başlayan hasta sayısı	10	12
İntihar girişimi olan hasta sayısı	6	4
Yoğun somatik şikayetleri ya da somatik hezeyanları olan hasta sayısı	4	3
Kafa travması olan hasta sayısı*	6	0

* $p<0.05$ (4 gözlü ki-kare testi ile).

Tablo 3. Adolesan ve yetişkin hastaların tedavi hikayeleri

Klinik özellikler	Adolesan dönemdeki hastalar	Yetişkin hastalar
Önceki yatış sayısı ortalaması*	0.4	3.3
Daha önce yatışı olan hasta sayısı*	8.0	27.0
Daha önce antipsikotik ilaçlar verilen hasta sayısı*	17.0	27.0
Daha önce antidepresan ilaçlar verilen hasta sayısı	2.0	2.0
Yatış süresi / gün*	26.7	17.6
Antipsikotik dozu (haloperidol eşdeğeri-mg)	32.7	33.0
Elektrokonv.tedavi /EKT sayısı	4.3	3.3

* $p<0.05$.

TARTIŞMA

Bulgularımız genellikle genç erişkin döneminde başlayan şizofreni ve diğer psikotik bozuklukların değişik yaşlarda benzer klinik tablolar sergilediklerini ve aynı kriterlerin değişik yaşlardaki hastalara uygulanabileceğini desteklemektedir. Literatüre bakıldığında yetişkin yaşlarda başlayan psikotik bozukluk bulgularının çocuk ve adolesanlarda her zaman bulunmasının gerekmediği görülmektedir. Jahardhan Redd ve ark. (4) bu görüşün aksine çocuk ve adolesan hastalarda yetişkin kriterlerinin kullanılabilirliğini göstermişlerdir. Hafner ve ark. (4) da başlangıç yaşının şizofreninin çekirdek belirtileri üzerine büyük bir etkisi olmadığını bulmuşlardır.

Literatürde çocuk ve adolesan şizofreniklerde ayırışmamış, özel olmayan hezeyanların daha sık görüldüğü, sistematize kötülük görme hezeyanlarının geç yetişkinlikte ortaya çıktığı bildirilmektedir (1). Oysa çalışmamızda paranoid ve kötülük görme hezeyanları bakımından gruplar arasında fark görülmezken referans hezeyanları adolesanlarda daha sık bulunmuştur.

Bu çalışmada istatistiksel olarak anlamlı olmasa da adolesan hastalarda affektif bozukluk tanısının daha seyrek konması affektif bozuklukların daha ileri yaşta başlamasına bağlı olabileceği gibi adolesanlarda affektif bozuklukların atipik görünümde

olması ve psikotik belirtilerin fazla olması nedeniyle tanı hatasına da bağlı olabilir.

Adolesan hastaların öz geçmişinde ciddi kafa travmalarının daha sık bulunması, kafa travmasının psikoza yatkın kişilerde psikotik tablonun ortaya çıkışını kolaylaştırıcı ve çabuklaştırıcı bir role sahip olduğunu düşündürmektedir. Adolesan hastaların hastanede yetişkinlere göre daha uzun süre kalmaları ve daha çok EKT'ye ihtiyaç göstermeleri, tedaviye yetişkin psikozlarından daha dirençli olduklarını düşündürmüştür.

KAYNAKLAR

1. Hafner H, Maurer K, Löffler W, Rössler A: The influence of age and sex on the onset and early course of schizophrenia. *Br J Psychiatry* 162:80-86, 1993.
2. Harris MJ, Jeste DV: Late onset schizophrenia: an overview. *Schizophrenia Bulletin* 14:39-55, 1988.
3. Pearlson GD, Kreger L, Rabins PV, Chase GA, Cohen B, Wirth JB, Schlapfer TB, Tune LE: A chart review study of late onset and early onset schizophrenia. *Am J Psychiatry* 146:1568-74, 1989.
4. Jahardhan Reddy YC, Girimaji SR, Srinath S: Comparative study of classification of psychosis of childhood and adolescent onset. *Acta Psychiatr Scand* 87:188-91, 1993.
5. Russel AT, Bott L, Sammoos C: The phenomenology of schizophrenia occurring in childhood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 28:399-407, 1989.
6. White JH, O'Shanick G: Juvenil manic depressive illness. *Am J Psychiatry* 134:1035-36, 1977.
7. Joyce PR: Age of onset in bipolar affective disorders and misdiagnosis as schizophrenia. *Psychol Med* 14:145-49, 1984.
8. Ballenger JC, Reus VI, Post RM: The atypical presentation of adolescent mania. *Am J Psychiatry* 139:602-6, 1982.
9. Kovaks M: The natural history and course of depressive disorders in childhood. *Psychiatr Ann* 15:387-89, 1985.