

ERKEN BAŞLANGIÇLI VE YETİŞKİN TİP ŞİZOFRENİDE KLİNİK BELİRTİLER

Dr. Hatice GÜZ*, Dr. Nesrin DİLBAZ**

ÖZET

Amaç: Son yıllarda şizofrenide başlangıç yaşına göre hastalığın alt gruplara ayrılabilirliğini ileri süren çalışmalar bulunmaktadır. Bu nedenle biz bu çalışmada, kliniğimize başvuran şizofren hastalarda başlangıç yaşının temel alınması ile klinik belirtilerde farklılıklar olup olmadığını araştırmayı amaçladık.

Yöntem: 18 yaş öncesi ilk akut atak şizofreni belirtileri gösteren 30 şizofren erken başlangıçlı şizofren olarak, 18 yaş sonrası şizofreni belirtileri başlayan 30 kişi ise yetişkin tip şizofren hasta olarak, rızaları alınmak koşuluyla, çalışmaya dahil edilmiştir. Tüm hastalara ilk görüşme sırasında Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği, Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği, Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği ve bilgi formu uygulanmıştır. Veriler SPSS istatistik programı ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Erken başlangıçlı şizofreni grubunda tüm pozitif belirtilerin ve Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği toplam puanının, yetişkin başlangıçlı şizofrenlere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır. Negatif belirtileri değerlendirme ölçeğinde ise erken başlangıçlı ve yetişkin tip şizofrenler arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür.

Tartışma ve Sonuç: Şizofrenide hastalık başlangıç yaşı erken olan hastalarda, hastalığın daha şiddetli seyretmesi nedeniyle, şizofren hastaların değerlendirilmesinde ve takibinde başlangıç yaşı da, göz önünde tutulması gereken bir faktördür.

Anahtar Kelimeler: Erken başlangıçlı şizofreni, şizofreni, klinik belirtiler

THE CLINICAL SYMPTOMS IN EARLY ONSET AND ADULT TYPE SCHIZOPHRENIA

ABSTRACT

Objective: The Clinical symptoms in early onset and adult type schizophrenia In recently years studies were discovered that schizophrenia separated according to beginning age of subgroup. This therefore, this study was performed to investigate if there were differences in clinical symptoms based on beginning age of schizophrenia which applied to our clinic.

Material and Method: 30 schizophrenic patients whose first acute attack symptoms were before 18 years old, defined as early onset schizophrenia and 30 schizophrenic patients whose symptoms began after 18 years old, were included to this study with their acceptance. To all patients Scale of assessment positive symptoms, Scale of assessment negative symptoms, Brief Psychiatric Rating scale and the information texts were applied. Variables has been appraised with SPSS statistically programme.

Findings: All positive symptoms total score of Brief Psychiatric Rating Scale were found to be statistically significant higher in early onset schizophrenic group than adult type schizophrenia. In negative symptoms were experienced not significant differences between early onset schizophrenia and adult type schizophrenia.

Discussion and Conclusion: In schizophrenia, early beginning age of disorder with patients more severity progressed for this reason schizophrenic patients is an important factor in evaluating and following this disorder.

Keywords: Early onset schizophrenia, schizophrenia, clinical symptoms

(*) Yardımcı Doçent, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı

(**) Doçent, Ankara Numune Hastanesi, Psikiyatri Kliniği

GİRİŞ

Şizofreni hastalığı 15-45 yaşları arasında başlayan bir hastalıktır (McCellan ve Werry 1994). Başlangıç yaşına göre alt gruplara ayrılmıştır. 13 yaşından önce hastalık belirtileri görülenlere “çok erken başlangıçlı şizofreni”, 18 yaşından önce belirtiler başlamış ise “erken başlangıçlı şizofreni” (EBS), 45 yaşından sonra hastalık belirtileri başlayanlara ise “geç başlangıçlı şizofreni” terimi kullanılmaktadır (Werry 1991, Werry 1992).

EBS, %0.5-1 görülme sıklığı olan yetişkin tip şizofreniden 50 kat daha az görüldüğü ileri sürülmektedir (Beitchman 1985). Genel toplumda on bin çocuktan birinin şizofreniye yakalanma riski olduğu bildirilmiştir (Bleuler 1972). Yetişkin tip şizofrenide (YTŞ) görülme sıklığı açısından cinsiyetler arasında farklılık olmadığını söyleyen yayınlar olmakla birlikte, erkeklerde 2/1 oranında daha fazla görüldüğünü belirten yayınlar da bulunmaktadır (Bettes ve Walker 1987, Werry 1991). Hafner kadınlarda daha az görülmesinin nedenini östrojenin antidopaminerjik etkisi ile ilintili olduğunu belirtmiştir (Hafner 1993).

Sosyoekonomik düzey ile EBS ilişkisi incelendiğinde ise çoğu hastanın düşük sosyoekonomik düzeyde olduğu görülmüştür (Werry 1992, McCellan ve Werry 1994). EBS çocukluk döneminden başlayan ve şiddeti giderek artan motor, duyuşsal, bilişsel ve sosyal gelişmeyi etkileyen bir hastalık olduğu saptanmıştır. Bu çocuklar şizotipal veya şizoid kişilik bozukluklarında görülen tuhaf belirtileri göstermekte çekingen, anksiyeteli ve yalnız çocuklar olarak bilinmektedir (Werry 1992). YTŞ’ler ise hastalık öncesi durumlarına göre daha ağır bir dönem geçirmekte ve sosyal işlevlerde daha fazla bozulma olmaktadır (McCellan ve Werry 1994, Werry 1992). EBS üzerinde yapılan bir çalışmada, hastalık öncesinde %40 oranında dikkat dağınıklığı, hiperaktivite, %26 oranında yaygın gelişimsel bozukluk, %17 oranında ise davranış bozukluğu görüldüğü belirtilmiştir (Russell 1994, Russell 1989).

Prodromal dönem ve klinik belirtiler açısından bakıldığında ise, EBS’nin daha sinsi başlangıçlı olduğu ya da ailelerin oluşan belirtileri ergenlik problemi olarak algılayıp üzerinde fazla durmadıkları gözlenmiştir. Çoğunlukla içe çekilme, dezorganize davranışlar ve okul başarısında düşme prodromal belirtiler olarak görülmüştür. Bazen de aşırı dinsel uğraşlar, metafizik veya obsesif kompulsif düşünce ve davranışlar, yo-

ğun anksiyete nöbetleri altta yatan psikozun belirtileri olabilmektedir (Russell 1994).

Klinik belirtiler açısından EBS’leri inceleyen çalışmalar kısıtlı sayıdadır. Bu çalışmalarda EBS’lerde hem negatif, hem de pozitif belirtiler görülmekle birlikte, negatif belirtilerin daha sık görüldüğü bildirilmiştir (Öy ve Rezaki 1998). Buna karşın şizofrenik çocuklarda pozitif belirtilerin yaşla arttığı ve zeka bölümü ile aralarında doğrusal bir ilişkili olduğu, negatif belirtilerin ise beyin zedelenmesi ile ilintili olduğu ileri sürülmüştür (Bettes ve Walker 1987). Belirtiler açısından incelendiğinde ise, YTŞ’lerde olduğu gibi EBS’lerde de, işitsel varsanılar sık görülmektedir. %80 oranında görülen işitsel varsanıların çoğunu da, emir veren sesler oluşturmaktadır. Görsel varsanılara ise %63 oranında rastlanmıştır (Spencer ve Campbell 1994).

EBS’de sanrılar %63 oranında görülmekte ve en çok kötülük görme ve somatik sanrılar şeklinde olduğu belirtilmektedir (Russell 1994). Ayrıca olguların %40’ında çağrışımlarda gevşeme, enkoherans, konuşma içeriğinde fakirleşme, %74’ünde künt ya da uygunsuz duygulanım, %40’ında dezorganize davranışlara rastlanmıştır. Hiç bir olguda katatoni belirtilerine rastlanmamıştır (Russell 1994). EBS hastalarında %19 oranında davranım bozukluğu, %26 oranında atipik depresyon, %14 oranında distimi, %11 oranında da enürezis/enkoprezis görüldüğü saptanmıştır (Russell 1989). Ayrıca EBS’de beyin zedelenmesi öyküsüne daha sık rastlandığı, bu hastaların sağaltıma daha dirençli oldukları ve daha kötü yanıt verdikleri bildirilmiştir (McCellan ve Werry 1994).

YÖNTEM

Araştırma, Ankara Numune Hastanesi Psikiyatri Kliniğine ayaktan başvuran veya yatarak tedavi gören, şizofrenik bozukluk tanısı alan hastalar ile gerçekleştirildi. Denekler kliniğe art arda başvuran hastalar ile serviste yatan hastalardan seçildi. Hastalardan hastalık başlama yaşı 18 yaşından küçük olan 30 kişi (15 kadın, 15 erkek olmak üzere) erken başlangıçlı şizofreni grubu olarak (EBS), hastalık başlangıç yaşı 18 yaşından büyük olan 30 kişi ise (15 kadın, 15 erkek olmak üzere) yetişkin tip şizofreni (YTŞ) grubu olarak çalışmaya alındı. Çalışmadan dışlanma kriterleri:

- 1- Önemli bir tıbbi hastalığının olması
- 2- Organik beyin sendromu olması
- 3- Nörolojik bozukluğun olması

4- Alkol veya madde kullanım bozukluğunun olması

Çalışmaya alınma kriterlerini karşılayan tüm hastalara çalışmanın amacı ve protokolü anlatılarak izinleri alındı. Tüm hastalara yaş, cinsiyet, doğum ayı, eğitim durumu, medeni durum, sosyoekonomik durum, yaşanılan yer, doğum komplikasyonları, hastalık başlangıç yaşı, hastalık tipi, yatış sayısı, kullanmakta olduğu ilaç ve süresi, fiziksel hastalık öyküsü, aile öyküsü bilgilerini içeren araştırmacı tarafından geliştirilmiş yarı yapılandırılmış bir bilgi formu uygulandı. Ayrıca Geliştirilmiş Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği (Post 1983; Soykan 1989), Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (Scale for the assessment of positive symptoms-SAPS (Andreasen 1983a, Erkoç 1990a), Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (Scale for the assessment of negative symptoms-SANS) uygulandı (Andreasen 1983b, Erkoç 1990b).

Çalışmada gruplar arası doğum mevsimi, medeni durum, eğitim, yaşanılan yer, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, fiziksel hastalık öyküsü, doğum komplikasyonları, yatış sayısı ki-kare testi ile, SANS, SAPS, BPRS, ölçekler değerleri t testi ile SPSS paket istatistiksel programı uygulanarak araştırıldı.

BULGULAR

Bu çalışma Ankara Numune Hastanesi Psikiyatri Kliniğine art arda ayaktan başvuran veya yatarak tedavi gören DSM-IV tanı sistemine göre şizofreni tanısı almış, cinsiyet açısından eşleştirilmiş, 30 erken başlangıçlı, 30 yetişkin tip şizofreni tanısı alan hastalar ile gerçekleştirildi. Hastalardan 17'si dezorganize şizofreni, 4'ü şizofreniform bozukluk, 39'u paranoid tip tanıları almışlar idi. Erken başlangıçlı şizofreni grubunun yaşları 16-41 yaşları arasında (ortalama 23.8 ± 7.27), yetişkin tip şizofreni grubunun yaşları 20-46 yaşları arasında (ortalama 31.3 ± 6.09) idi. YTŞ grubunun yaşı EBŞ grubuna göre daha yüksek olarak bulundu ($t=-4.34$, $p=0.001$). Doğum mevsimi ($p=0.37$) ve doğum komplikasyonları ($p=0.44$) açısından erken başlangıçlı şizofreni ve yetişkin tip şizofreni grupları arasında anlamlı bir farklılık bulunmadı. Erken başlangıçlı şizofren hastaların, 12'si ilkokul mezunu, 18'i ortaokul-lise mezunu olarak saptandı. Yetişkin tip şizofren hastaların ise 1'i okuryazar değil iken, 11'i ilkokul mezunu, 13'ü ortaokul-lise mezunu, 5 kişide yüksekokul mezunu olarak bulundu. Her iki grup arasında eğitim düzeyi açısından istatistiksel farklılık

saptanmamış olup, YTŞ grubunda eğitim düzeyinin daha iyi olduğu görülmüştür ($p=0.07$).

Erken başlangıçlı şizofreni grubunda, yalnızca bir hastada fiziksel hastalık öyküsü mevcut iken, YTŞ grubunda fiziksel hastalık öyküsü olan hastaya rastlanmamıştır. Her iki grupta fiziksel hastalıklar açısından farklılık bulunmamıştır ($p=0.3$). Erken başlangıçlı şizofren hastaların 19'unda aile öyküsünün olmadığı, 7'sinde birinci derece akrabasında ruhsal hastalık öyküsü olduğu, 3'ünde ikinci derece akrabasında ruhsal hastalık öyküsü olduğu, 1'inde de üçüncü derece akrabasında ruhsal hastalık öyküsü olduğu saptanmıştır. Yetişkin tip şizofrenlerde ise 19 kişide aile öyküsü yokken, 5 kişide birinci derece akrabada ruhsal hastalık öyküsü, 5 kişide ikinci derece akrabada ruhsal hastalık öyküsü olduğu görülmüştür. Her iki grupta aile öyküsü açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p=0.71$).

Erken başlangıçlı şizofren hastaların 3'ü evli, 26'sı bekar, 1'i dul olarak bulunmuştur. Yetişkin tip şizofrenlerde ise 10 kişi evli, 14 kişi bekar, 6 kişi dul olarak saptanmıştır. Her iki grup arasında medeni durum açısından istatistiksel farklılık saptanmamış olup, EBŞ grupta evli olan hastaların YTŞ gruba göre daha az olduğu görülmüştür ($p=0.004$).

Erken başlangıçlı şizofren hastaların 2'si işçi, 6'sı ev hanımı, 19'u işsiz, 1'i memur, 1'i çiftçi, 1'i serbest meslek sahibi olarak saptanmıştır. Yetişkin tip şizofrenlerde ise 7'si ev hanımı, 4'ü çiftçi, 10'u işsiz, 4'ü memur, 1'i işçi, 4'ü serbest meslek sahibi olarak bulunmuştur. Her iki grup arasında meslek açısından istatistiksel farklılık saptanmamıştır. ($p=0.12$)

EBŞ hastalarda 5 kişi hastanede yatarak tedavi görmemiş iken, 12 kişi bir kez, 4 kişi iki kez, 9 kişinin de 3'ten fazla yatışı olduğu belirlenmiştir. YTŞ hastalarda ise 5'inin hiç yatışı yokken, 10 kişinin bir kez ve 10 kişinin 3'ten fazla yatışı, 3 kişinin iki kez, 2 kişinin üç kez yatışı olduğu saptanmıştır. Her iki grup arasında hastaneye yatış sayısı açısından istatistiksel farklılık saptanmamıştır ($p=0.66$).

Erken başlangıçlı şizofreni grupta hastalık süresi ortalama 8.61 ($ss=6.55$) yıl, yetişkin tip şizofreni grubunda 7.37 ($ss=5.18$) yıl olarak saptanmış olup, her iki grup arasında hastalık süresi açısından istatistiksel farklılık saptanmamıştır ($p=0.14$).

Kullanılan nöroleptik dozu klorpromazin eşdeğeri olarak değerlendirmeye alınmıştır. Buna göre EBŞ hastalarda ilaç dozu, ortalama 430.66mg ($ss=293.44$) iken, YTŞ hastalarda ortalama ilaç dozu 565 mg ($ss=$

Tablo 1. EBŞ ve YTŞ hastalarda pozitif ve negatif belirtiler

	EBŞ		YBŞ		T
	Ort	Ss	Ort	Ss	
Pozitif belirtiler					
Varsanı	2.26	2.1	1.03	1.27	2.75*
Hezeyan	2.93	1.74	2.0	1.23	2.4*
Garip davranış	1.93	1.55	.73	.94	3.62*
Düşünce bozuk.	1.93	1.55	.6	.96	3.98*
Toplam	38.13	33.04	15.83	15.92	3.33*
Negatif belirtiler					
Affektif düzleş.	2	1.05	1.4	1.2	1.66
Aloji	1.9	1.7	1.2	1.6	1.43
İsteksiz-apati	2	1.6	1.3	1.3	1.64
Anhedoni	1.73	1.74	1.23	1.65	1.14
Dikkat	.46	.77	.7	2.8	-.44
Toplam	38.4	32.42	25.73	26.4	1.66
KPDÖ	60.26	16.54	45.96	10.87	3.96*

288.62) olarak bulunmuştur. Erken başlangıçlı şizofreni ve yetişkin tip şizofren hastalar arasında, kullanılan nöroleptik dozu açısından farklılık saptanmamıştır ($p=0.71$). Klinik belirtiler açısından incelendiğinde ise; Pozitif belirtilerden varsanı ($p=0.008$), sanrı ($p=0.02$), garip davranış ($p=0.001$), düşünce bozukluğu ($p=0.0001$), alt grupları ile pozitif belirtiler toplam puanlarının ($p=0.002$) EBŞ grubunda, YTŞ grubunun puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 1). Negatif Belirtilerde ise; Affektif düzleşme-küntleşme puanı ($p=0.1$), aloji puanı ($p=0.15$), anhedoni puanı ($p=0.25$), dikkat puanı ($p=0.6$), isteksizlik-apati puanı ($p=0.1$), negatif belirtiler toplam puanı ($p=0.16$) açısından, her iki grup arasında farklılık bulunmamıştır. Kısa psikiyatrik değerlendirme ölçeği toplam puanı açısından EBŞ ortalama puanı 60.26 ($sd=16.54$), YTŞ ortalama puanı 45.96 ($sd=10.87$) olup EBŞ grubunun KPDÖ puanı YTŞ hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. ($p=0.01$)

TARTIŞMA

Şizofreninin etyolojisini açıklamak için bir çok hipotezler ileri sürülmesine karşın, kesin kanıtlar henüz elde edilememiştir. Son yıllarda yapılan çalışmalar nedenli karışık bir hastalık olduğunu göstermektedir. Hastalığın başlangıç yaşı, cinsiyet, aile öyküsü, doğumsal komplikasyonlardan, beyinsel değişikliklerine

kadar her faktör hastalığın seyrini ve tedaviye yanıtı etkilemektedir.

EBŞ'lerde doğum komplikasyonlarına ve kiş mevsimi doğumlara YTŞ'lere oranla daha çok rastlanmıştır (Pulver 1990, Bradbury 1985). Bu çalışmada ise doğum mevsimi açısından gruplar arası farklılık görülmemiştir. Şizofreni etyolojisinde doğum komplikasyonlarının önemli rolü olduğu bilinmektedir. EBŞ'de 2 kişide doğumda hipoksi, 2 kişide de kafa travması öyküsüne rastlanmıştır. YTŞ'de 2 kişide düşük doğum ağırlığı, 1 kişide hipoksi, 1 kişide kafa travması öyküsüne rastlanmıştır. Gruplar arası doğum komplikasyonu açısından istatistiksel farklılık bulunmamıştır. Owen (1988) ve McNeil (1978) EBŞ'lerde bu komplikasyonların daha çok görüldüğünü bildirmişlerdir. Buna karşın bizim çalışmamızda doğum komplikasyonu ve mevsimi açısından gruplar arası farklılık bulunmamıştır. Bu sonuç doğum komplikasyonları ile ilgili bilgilerin doğrudan hasta ve hasta yakınlarından elde ediliyor olması, yabancı yayınlarda belirtilen hastane kayıtlarının bulunmaması ile açıklanabilir.

Eğitim düzeyi hastalığa bağlı olarak bozulabilecek bir sosyodemografik özelliktir. YTŞ'li hastalarda eğitim süresinde kopukluklar olabilmekte, EBŞ'de ise hastalık belirtilerinin eğitim çağlarında başlaması, bu grup hastaların eğitim düzeyinin daha düşük olmasına yol açabilmektedir. Bundan dolayı EBŞ'de eğitim düzeyinin daha bozuk olması beklenen bir sonuçtur. Bizim araştırmamızda da EBŞ'de YTŞ'ye göre eğitim düzeyi düşük bulunmuştur (Werry 1991, Asarnow 1994).

Medeni durum açısından yapılan değerlendirmede EBŞ'lerin 26'sı, YTŞ'lerin 14'ü bekar olarak saptanmıştır. EBŞ'de bekar olma oranının fazla olmasının nedeni hastalığın evlenme çağından daha erken başlamasına bağlı olabilir. YTŞ'lerde ise hastalık sosyal işlevsellik düzeyine eriştikten sonra başladığı için bekar olma oranı daha azdır. Bu çalışmada da EBŞ hastalarda bekarların anlamlı derecede fazla olması nedeniyle diğer çalışmalar ile uyumlu bulunmuştur (Werry 1991, Asarnow 1994).

EBŞ ve YBŞ gruplarındaki hastaların tedavi açısından farklılık yaratmadığını bildiren çalışmalar kısıtlı da olsa bulunmaktadır. Bu araştırmada da kullanılan nöroleptik dozu açısından, her iki grup arasında farklılık olmaması diğer çalışmalar ile uyumludur (Öy ve Rezaki 1998).

Şizofrenide bilinen gerçeklerden biri de genetik geçişin rolüdür. Anne ve baba şizofreni ise çocuğu-

nun hastalığa yakalanma oranı %46 olarak saptanmıştır (Işık 1997). Werry (1992) ve arkadaşları EBS'si olan kişilerin ailesinde hastalık öyküsüne daha çok rastlandığını bildirmişlerdir. Bu araştırmada ise aile öyküsü açısından her iki grup arasında farklılık olmadığı görülmüştür.

Belirtiler açısından grupların değerlendirilmesinde ise; yapılan araştırmalarda EBS hastalarda negatif belirtilerin baskın olduğu bildirilmiş, fakat yaşın artması ile pozitif belirtilerin ön plana geçtiği ileri sürülmüştür (Öy ve Rezaki 1998). Bu çalışmada ise EBS grubundaki hastalarda pozitif belirtilerin tümü YTS hastalara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Bunun olası nedeni hastaları çalışmaya aldığımız zamanki yaşlarının 18-19 yaş gibi bir yaş sınırında değil, o an hangi yaşta bulunursa bulunsun çalışmaya almamızdan kaynaklanabilir. Fakat bu sonuçta bize, EBS hastalarda ileri dönemlerde pozitif belirtilerin daha ön plana geçtiğini göstermektedir. Yaşın artması ile pozitif belirtilerin artacağı hipotezini desteklemektedir.

Negatif belirtilerden ise hem toplam, hem de alt skorlarda her iki grupta farklılık olmaması diğer çalışmalar ile uyumlu değildir (McClellan ve Werry 1994). Bununla birlikte EBS'de YTS'ye göre pozitif belirtilerin daha baskın olduğu belirtilmektedir. (Sungur 2000) Bu nedenle EBS'nin şizofrenin bir alt grubu olarak alınıp incelenmesi gerektiğini ileri süren çalışmalar bulunmaktadır (Werry 1992).

KPDÖ açısından ise gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. EBS'de KPDÖ toplam puanının YTS'ye göre daha yüksek çıkması klinik tablonun daha ağır olduğunu göstermektedir.

Bu sonuçlar ışığında şizofren hastaların değerlendirilmesinde hastalığın başlangıç yaşı mutlaka sorgulanmalıdır. Daha kapsamlı çalışmalarla, EBS'nin şizofreninin bir alt grubu olup olamayacağı incelenmelidir.

KAYNAKLAR

Andreasen NC. The scale of the assessment of positive symptoms (SAPS) Iowa City, University of Iowa, 1983a
Andreasen NC. The scale of the assessment of negative symptoms (SANS) Iowa City, University of Iowa, 1983b
Asarnow JR. Childhood onset schizophrenia. J Child Psychol Psychiatry 1994; 3:1345-1371.
Beitman JH. Childhood schizophrenia: a review and comparison with adult onset schizophrenia. Psych Clin North Am 1985; 8:793-814.

Bettes B, Walker E. Positive and negative symptoms in psychotic and other psychiatrically disturbed children. J Child Psychol Psych 1987; 28:555-567.
Bleuler E. Dementia praecox or the group of schizophrenia. International University Press, New York, 1972.
Bradbury TN, Miller GA. Season of birth in schizophrenia: a review of evidence, methodology and etiology. Psychological Bull 1985; 98:569-594.
Erkoç Ş. ve ark. Negatif semptomları değerlendirme ölçeğinin geçerlilik güvenilirliği. 26. Ulusal Psikiyatrik ve Nörolojik Bilimler Kongresi Kongre Özet Kitabı. İzmir, 1990.
Erkoç Ş. ve ark. Pozitif semptomları değerlendirme ölçeğinin geçerlilik güvenilirliği. 26. Ulusal Psikiyatrik ve Nörolojik Bilimler Kongresi, Kongre Özet Kitabı. İzmir, 1990.
Hafner H. The influence of age and sex on the onset and early course of schizophrenia. Br J Psychiatry 1993; 162: 80-86.
Işık E. Şizofreni. Kent Matbaacılık, Ankara, 1997.
McClellan J, Werry J. Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with schizophrenia. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1994; 33(5):616-635.
McNeil TF, Kaji L. Obstetric factors in the development of schizophrenia In: Wynne LC, editor. The Nature of Schizophrenia John Wiley, New York, 1978; p. 401-409.
Owen MJ. Obstetric complications and schizophrenia: a computed tomographic study. Psychol Med 1988; 18:331-339.
Öy B, Rezaki B. Erken Başlangıçlı Şizofreni. Psikiyatri Temel Kitabı. Köroğlu E, Güleç C, editörler. Hekimler Yayımları Birliği, Ankara, 1998.
Post RM. Modified brief psychiatric rating scale for behavioral assessment. USA, Bathesa, 1983.
Pulver AE. Schizophrenia age at onset, gender and familial risk Acta Psych Scand 1990; 82:344-351.
Russel AT, Bott I, Sammons C. The phenomenology of schizophrenia occurring in childhood. J Am Acad Child Adolesc Psych 1989; 3:399-407.
Russell AT. The clinical presentation of childhood onset schizophrenia. Schizophrenia Bull 1994; 4:631-646.
Soykan C. Institutional difference and case typicality as related to diagnostic system severity, prognosis and treatment. American Psychiatric Press, Washington, 1989.
Spencer KE, Campbell M. Children with schizophrenia diagnosis, phenomenology and pharmacotherapy. Schizophrenia Bull 1994; 20:713-726.
Sungur MZ. Şizofreni: Mitler ve gerçekler. Klinik Psikiyatri Dergisi. 2000; 3, ek 1:5-12.
Werry JS. Early onset schizophrenia, bipolar and affective disorders a clinical follow up study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1991; 30:457-465.
Werry JS. Child and adolescent (early onset) schizophrenia: a review in light of DSM III-R. J Autism Development Disorders 1992; 22:601-624.