

## סכיזופרניה והפרעות פסיכוטיות אחרות המופיעות בשלב מוקדם

Jean Starling & Isabelle Feijo

מהדורה בעברית

תרגום: רוזי משה בר

עריכה: פרופ' פז תורן



Jean Starling FRANZCP,  
MPH

Child and adolescent psychiatrist, Director, Walker Unit, Concord Centre for Mental Health, Sydney, and senior clinical lecturer, Discipline of Psychiatry, Sydney Medical School, University of Sydney, Sydney, Australia

Conflict of interest: none declared

Isabelle Feijo FRANZCP  
Psychiatrist, Walker Unit, Concord Centre for Mental Health, Sydney, Australia and specialist in child and adolescent psychiatry and psychotherapy, Swiss Medical Association

Conflict of interest: none declared

Acknowledgement: thanks to Polly Kwan who vetted the Cantonese websites

This publication is intended for professionals training or practicing in mental health and not for the general public. The opinions expressed are those of the authors and do not necessarily represent the views of the Editor or IACAPAP. This publication seeks to describe the best treatments and practices based on the scientific evidence available at the time of writing as evaluated by the authors and may change as a result of new research. Readers need to apply this knowledge to patients in accordance with the guidelines and laws of their country of practice. Some medications may not be available in some countries and readers should consult the specific drug information since not all dosages and unwanted effects are mentioned. Organizations, publications and websites are cited or linked to illustrate issues or as a source of further information. This does not mean that authors, the Editor or [IACAPAP](#) endorse their content or recommendations, which should be critically assessed by the reader. Websites may also change or cease to exist.

©[IACAPAP](#) 2012. This is an open-access publication under the [Creative Commons Attribution Non-commercial License](#). Use, distribution and reproduction in any medium are allowed without prior permission provided the original work is properly cited and the use is non-commercial.

Suggested citation: Starling J, Feijo I. Schizophrenia and other psychotic disorders of early onset. In: Rey JM (ed), IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2012. Edition in Hebrew: Paz Toren (ed), Translation: Rozi Moshe Ber., 2019.

הפרעות פסיכוטיות קשורות בפגיעה בתפקוד הרגשי, הקוגניטיבי, והחברתי, מה שעלול להוביל לנכות בטווח הארוך. קיים גם סיכון מוגבר לאובדנות ולפגיעה בזולת, בייחוד בעת מחלה אקוטית. טיפול מוקדם ומקצועי הינו הכרחי, כאשר תוצאות אופטימליות מושגות בהפניה מהירה לשירותים פסיכיאטריים ולטיפול אינטנסיבי בידי צוות בריאות הנפש, הכולל פסיכיאטר, בשלב האקוטי של המחלה. ייתר על כן, הפרעות אלו סובלות מסטיגמה חמורה במרבית התרבויות, מה שמקשה על הטיפול ועל השילוב חזרה בחברה.

### תסמינים פסיכוטיים בילדים

סכיזופרניה היא הפרעה נדירה ביותר בילדים לפני גיל ההתבגרות; במקרה של הופעת תסמינים פסיכוטיים בקבוצת גיל זו, יש לבדוק היטב שאינם נובעים מהפרעות רבות אחרות. פרק זה עוסק בהופעתם של תסמינים אלו בילדים.

סכיזופרניה בילדות, שבה תסמיני הסכיזופרניה מתחילים לפני גיל 13, הינה הפרעה נדירה ביותר, עם שכיחות של פחות מ-1/10,000. המידע העדכני על סכיזופרניה המופיעה בילדות מגיע מקוהורטים מחקר גדולות כגון מחקר הסכיזופרניה בילדות של ה-NIMG. מחקרים אלו שואבים מידע מאזור גיאוגרפי נרחב ויש להם קריטריוני החרגה מחמירים. מידע שהושג מהקוהורטים הללו מצביע על כך שסכיזופרניה של הילדות היא צורה חמורה של הפרעה המופיעה בהתבגרות או בבגרות המוקדמת. ממצאים מקוהורטים אלו כוללים יותר פגיעה בתפקוד שלפני התחלואה עצמה ממה שמופיע בתחלואה מאוחרת יותר, עם שכיחות גבוהה יותר של מקור ציטוגנטי והפרעות התפתחות כגון הפרעה התפתחותית נרחבת ופיגור שכלי. קשיים חברתיים לפני התחלואה, אבנורמליות מוטורית, והיסטוריה משפחתית של סכיזופרניה היו שכיחים יותר מאשר בקבוצת הביקורת. התפרצות המחלה הייתה, על פי רוב, חריפה וכללה הידרדרות קוגניטיבית ושינויים נוירו-אנטומיים בשלב מוקדם של המחלה. עם זאת, מעט ילדים עם תסמינים פסיכוטיים ממלאים את הקריטריונים הדיאגנוסטיים לסכיזופרניה של הילדות, ועד שהם עומדים בכל הקריטריונים הדיאגנוסטיים, הם כבר חולים כרוניים, עם מוגבלות משמעותית.

#### מונחים המשמשים בפרק זה

**פסיכוטיים** (תסמינים) זוהי מילה המשמשת לתיאור מצבים בהם התפיסה, המחשבות, או הרגשות אינן סדירות עד כדי כך שנפסק הקשר עם המציאות החיצונית. שתי מחלות הנפש הנפוצות ביותר עם מאפיינים פסיכוטיים בולטים הן סכיזופרניה ותסמונת דו-קוטבית. תסמינים פסיכוטיים כוללים:

- **הלוצינציות** (תפיסות חושיות שגויות בהיעדר גירוי חיצוני). הלוצינציות קוליות ("שמיעת קולות") הינן הנפוצות ביותר, אך קיימות גם הלוצינציות חזותיות בילדים ונוער עם פסיכוזה.
- **דלוזיות** (אמונות חזקות, ששאר הקהילה אינה מחזיקה בהן, העולות מפירוש שגוי של המציאות, שאינו תואם את הרקע החברתי או הדתי של האינדיבידואל).
- **תסמינים חיוביים** מתארים עודף או עיוות של פונקציות נורמליות (כגון הלוצינציות או דלוזיות).
- **תסמינים שליליים** מתארים הפחתה או אבדן של תפקוד נורמלי (כמו למשל אבדן תגובתיות רגשית נורמלית או תפקוד קוגניטיבי לקוי).
- **פרודרומה** היא התקופה שלפני הופעת התסמינים הפסיכוטיים שבהם נפגע התפקוד.
- **פסיכוזה אקוטית** היא תקופת זמן שבה ההלוצינציות ו/או הדלוזיות בולטות, וההתנהגות מופרעת לעתים קרובות.

הפרעות פסיכוטיות אחרות המופיעות בילדות כוללות הפרעה דו-קוטבית (המתוארת בפרק E.2). עם זאת, מרבית הילדים המציגים תסמינים פסיכויים אינם סובלים מסכיזופרניה או מהפרעה דו-קוטבית. יותר סביר שהם יראו הלוצינציות קוליות חולפות, כמו גם תסמיני הפרעת מצב רוח או חרדה הנוגעים למצוקה. באבחון ראשון, ילדים אלו עומדים לעתים קרובות בקריטריונים האבחוניים לדיכאון, הפרעת דחק פוסט-טראומטית (PTSD), חרדה, או הפרעות



לחץ על התמונה לסרטון וידיאו שבו אישה צעירה מתארת את התסמינים הפסיכויים שלה, שהחלו בילדותה (7: 31)

התנהגות, אך לא באלו של ההפרעות הפסיכוטיות. לרבים מהם קיימת היסטוריה ארוכה של בעיות התפתחותיות, התנהגותיות, ורגשיות והם עשויים להציג תערובת מבלבלת של תסמינים. יש מעט מאוד מחקרים העוקבים אחרי ילדים שכאלו בכדי לראות האם הם מפתחים סכיזופרניה בהמשך, אך הראיות הקיימות מתוארות להלן.

הלוצינציות קוליות אינן נדירות בילדים שאינם פסיכויים הפונים לשירותים פסיכיאטריים לילדים. בעוד שהרוב מחלימים, קיימת תת-קבוצה של ילדים עם הלוצינציות המפתחים מחלה פסיכוטית. במדגם קליני של 90 ילדים, נמצא שמחצית מה-15% שדיווחו בתחילה על הלוצינציות היו ללא הלוצינציות לאחר 12 חודשים, בעוד שלשליש היו תסמינים מתמשכים שהתקרבו לקריטריונים של סכיזופרניה או הפרעה דו-קוטבית. שישים אחוז ממדגם של 80 ילדים עם הלוצינציות



לחץ על התמונה בכדי לשמוע סטודנט באוניברסיטה מדבר על פסיכוזה ועל חוויית הטיפול בשירות לאבחון מוקדם (9: 59)

קוליות דיווחו על כך שלא היו להם הלוצינציות לאחר שלוש שנים, אך 16% פיתחו דלוזיות. היה יותר סיכוי להלוצינציות אצל ילדים שאובחנו אצלם חרדה, דיכאון, או הפרעה דיסוציאטיבית. גורמי יסכון אחרים כללו בעיות התנהגות, תסמינים שליליים, והלוצינציות קוליות שכיחות יותר או הלוצינציות עם תוכן שלילי. ילדים ומתבגרים עם PTSD היו בסיכון מוגבר לפתח הלוצינציות קוליות. ילדים במדגמים מהקהילה דיווחו בתדירות גבוהה יותר על הלוצינציות קוליות, כאשר שני מחקרים דיווחו על שכיחות של 8%. הלוצינציות היו נפוצות יותר בילדים עם חרדה, דיכאון, משפחה בלתי-מתפקדת, והפרעת קשב או היפראקטיביות. כאשר נערך מעקב לאחר 15 שנה על הקהורט שנחקרה אצל מקגי וחוב' (McGee et al., 2000), בגיל 26, רבע מאלו עם תסמינים פסיכויים בגיל 11 עמדו בקריטריונים לסכיזופרניה בגיל 26.

לסיכום, אבחנה מبدלת של תסמינים פסיכויים בילדות עשויה להיות קשה ונדרשת פרספקטיבה ארוכת-טווח. יותר מועיל לתאר "השערה דיאגנוסטית" מאשר דיאגנוזה ספציפית, בייחוד באבחנה הראשונית. בעוד שמרבית הילדים עם תסמינים פסיכויים מבודדים לא יפתחו בהמשך סכיזופרניה, סכיזופרניה או הפרעה דו-קוטבית יתפתחו במיעוט משמעותי בתוך שנה או שנתיים מההופעה הראשונית של ההלוצינציות, או שהם יהיו במצב טוב יחסית בהתבגרות ויפתחו סכיזופרניה בבגרות.

## תסמינים פסיכויים בהתבגרות

הפרעות פסיכוטיות מכל הסוגים עולות בשכיחותן בהתבגרות, לשכיחות של אחד מתוך 500 בגיל 18. בדיעבד, כשליש מהמבוגרים עם הפרעות פסיכוטיות מדווחים שמחלתם התחילה לפני גיל 20, והשכיחות לאורך כל החיים של כל ההפרעות הפסיכוטיות באוכלוסייה הבוגרת היא 2%-3%. בעוד שכמה מתבגרים עם פסיכוזה מגיעים מקבוצות סיכון מוגבר כמו אלו שבסכיזופרניה בילדות, הרוב תפקדו לפני כן



לחץ על התמונה בכדי לשמוע גבר צעיר מתאר את מאבקו בסכיזופרניה ואת הטיפול בה (8:13)

באופן נורמלי. בקבוצה זו, מהלך המחלה הטיפוסי מתחיל בפרודרומה, עם תסמינים בלתי ספציפיים כגון מצב רוח ירוד, חרדה והידרדרות קוגניטיבית ותפקודית.

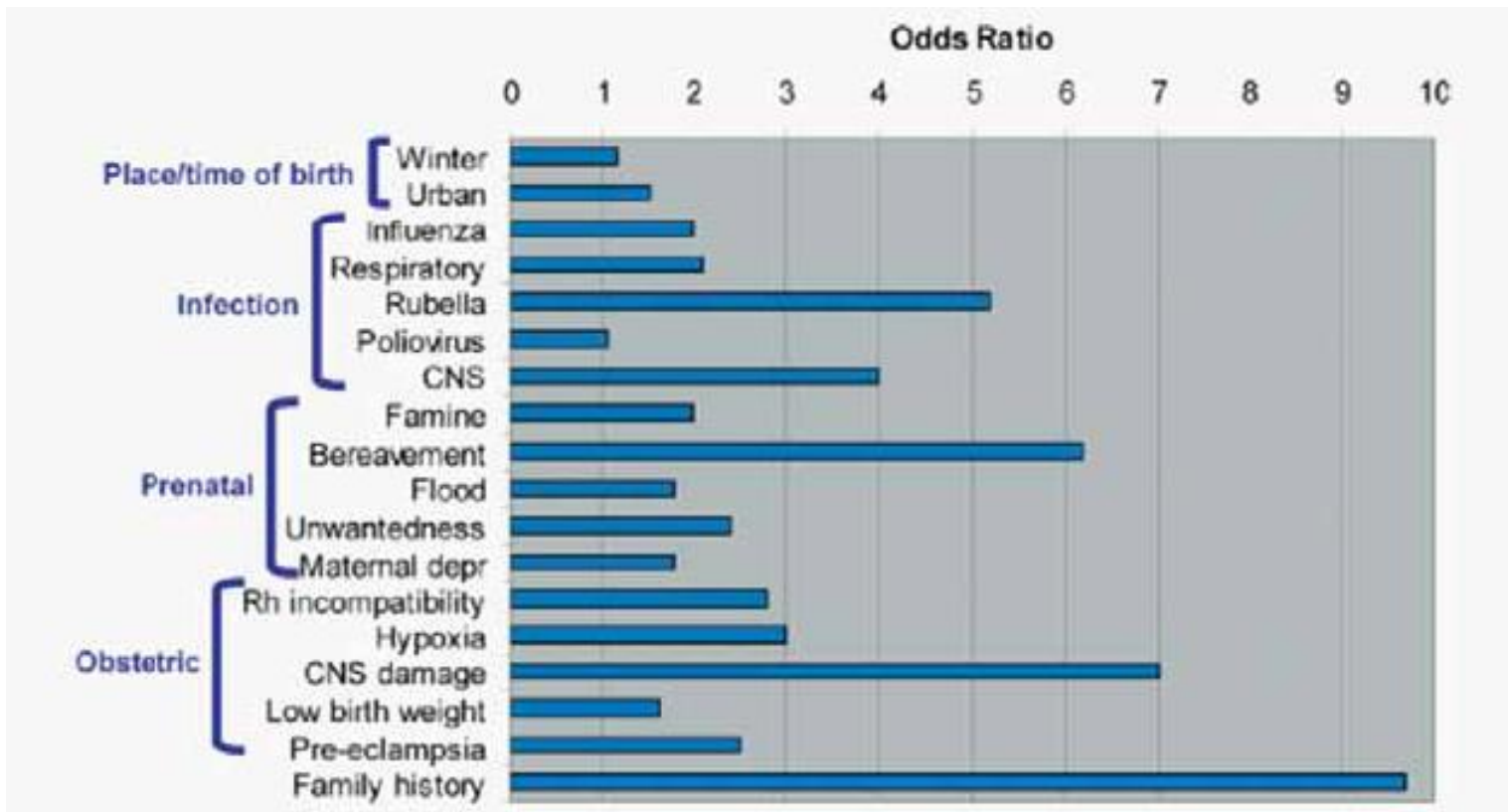
גורמי הסיכון לסכיזופרניה במתבגרים ומבוגרים צעירים מתוארים היטב בספרות. הם כוללים אישיות פסיכופיזיקלית, תסמינים מתחת לרף הפסיכויטי (כמו למשל הלוצינציות קוליות קצרות ובלתי-מובחנות), הדרדרות תפקודית, והיסטוריה משפחתית של סכיזופרניה. שילוב התסמינים הללו מהווה מצב נפשי של "סיכון גבוה ביותר" לסכיזופרניה. הסיכון המדויק למעבר לסכיזופרניה מתסמינים אלו אינו ברור, אך מחקרים שנערכו לאחרונה מצביעים על כך שאנשים צעירים שחיפשו עזרה, הסיכון ירד מ-40% ל-16%. תפקוד גרוע בהווה, תסמינים פסיכויטיים ברמה נמוכה, דיכאון, ותסמינים פרודורמיים מתמשכים מגדילים את הסיכון לפסיכוזה.

כיום קיימת מחלוקת לגבי השלב שבו יש לטפל בתסמינים פסיכויטיים המופיעים בגיל ההתבגרות. ניסויים בתרופות אנטיפסיכוטיות הראו הפחתה בסיכון למעבר ממצב "בסיכון גבוה ביותר" להפרעה פסיכוטית, אך המעבר לפסיכוזה פוחת בקוהורטים קליניות, ועל כן הסיכון שבשימוש בתרופות אלו במתבגרים שאין סיכון גבוה שיפתחו פסיכוזה בעתיד נעשה סביר פחות.

## אטיולוגיה

הפסיכופיזיולוגיה של סכיזופרניה ושל תסמונות פסיכוטיות אחרות אינה ברורה עדיין. לכל התסמונות הפסיכוטיות יש פגיעות גנטיות, אך אין גן יחיד ברור שנמצא כגורם להן. מחקרים שנערכו לאחרונה מדווחים על מגוון גנים הקשורים להתפתחות סכיזופרניה, אך לרובם השפעה קטנה. מרבית הגנים הללו אינם ספציפיים וכמה מהגנים הקשורים לסכיזופרניה קשורים גם לאוטיזם ולהפרעה דו-קוטבית. קיימים גם גורמי סיכון אורגניים ופסיכו-סוציאליים מרובים אחרים. תרשים H.5.1 מציג סיכום של גורמי הסיכון ויחסי הסיכון הקשורים בהם. גורמי סיכון נוספים כוללים את היות האדם זכר ומהגר. לילדים, ובמידה פחותה מכך מתבגרים, עם פסיכוזה, יש יותר סיכוי שיהיו להם יותר גורמי סיכון מאשר אלו שהמחלה מתפתחת אצלם בגיל מאוחר יותר.

**תרשים H.5.1 השוואה בין מספר גורמי סיכון מבוססים יחסית לסכיזופרניה, בהתמקד בעיקר בגורמים בהיריון ואחרי הלידה**



CNS : מערכת העצבים המרכזית; Rh : רזוס. מקור: [Sullivan PF. The genetics of schizophrenia](#).

כאשר מדברים עם אנשים צעירים ועם משפחותיהם, המודל המובן ביותר לאטיולוגיה של סכיזופרניה הוא מודל הפגיעות ללחץ. גורמי סיכון (או פגיעות) להתפתחות סכיזופרניה כוללים:

- היסטוריה משפחתית של פסיכוזה, ובפרט בקרב בני משפחה מקרבה ראשונה
- אישיות בספקטרום הסכיזוטיפיקלי, סכיזואידי, או פרנואידי
- גיל ההתבגרות המאוחר או בוגר צעיר

גורמים העלולים לגרום לאפיזודה פסיכוטית כוללים גורמים אורגניים כגון שימוש בסמים או בתרופות, מחלה גופנית חמורה, טראומה, או גורם לחץ פסיכולוגי אחר כמו למשל מעבר ללימודים קשים יותר.

## תסמיני הפסיכוזה

### תסמינים חיוביים

- הלוצינציות, בעיקר הלוצינציות קוליות או שמיעת קולות. הלוצינציות חזותיות נפוצות יותר בילדים מאשר במבוגרים (עד ל-50% בכמה מהקוהורטים)
- דלוזיות, בייחוד דלוזיות של רדיפה או של גדלות

## תסמינים שליליים

- ירידה במוטיבציה
- אפקט שטוח או מוקהה
- נסיגה חברתית
- ירידה בתפקוד הקוגניטיבי בתחומים כגון קשב, ריכוז, זיכרון, ותכנון.

תסמינים שליליים וקוגניטיביים אלה מנבאים באופן הטוב ביותר את התוצאה בטווח הארוך ועשויים להופיע חודשים רבים לפני תחילת ההלוצינציות או הדלוזיות. בנוסף לכך, שינויים במצב הרוח, חרדה, ורמות גבהות של עוררות נפוצות.

שתי ההפרעות הפסיכוטיות הנפוצות ביותר הן סכיזופרניה והפרעה דו-קוטבית. טבלה H.5.1 מסכמת את הקריטריונים לאבחון סכיזופרניה. התסמינים הבולטים הינם הלוצינציות ו/או דלוזיות. לאנשים שאובחנו כסובלים מהפרעה סכיזופרניפורמית יש אותם התסמינים כמו לסכיזופרנים אך לפחות משישה חודשים. בשני המקרים יד גם הפרעה בהתנהגות והידרדרות תפקודית, כולל בתפקוד בבית הספר. בהפרעה דו-



לחץ על התמונה בכדי לשמוע תיאור של תסמיני תופעות פסיכוטיות שהיו לאישה עם הפרעה דו-קוטבית בגיל ההתבגרות (3:06)

קוטבית, תקופות תסמיני מצב הרוח הן התכונה הבולטת, כאשר מאניה (לפחות אפיזודה אחת של מצב רוח מרומם באופן קיצוני המשפיע על כל תחומי התפקוד כולל שינה וקוגניציה לתקופה של לפחות שבעה ימים) היא הבולטת ביותר. דלוזיות והלוצינציות בהפרעה דו-קוטבית נוטות להיות גרנדיוזיות אם המטופל במאניה ודיכאוניות (של אשמה, הרס, וחוסר-ערך) בדיכאון פסיכוטי. האפיזודות הראשוניות של ההפרעה הדו-קוטבית הן לעתים קרובות דיכאונית, כך שהאבחנה אינה ברורה עד שלאדם הצעיר יש אפיזודה מאנית (ראה פרק E.2). הדיאגנוזה הן של סכיזופרניה והן של הפרעות מצב רוח פסיכוטיות היא בעלת מהימנות נמוכה באבחון הראשוני, עם הסכמה נמוכה בין קלינאים ואי-יציבות דיאגנוסטית לאורך זמן.

## מהלך המחלה ותוצאתה

תוצאה טובה בפסיכוזיה המופיעה מוקדם אינה כוללת רק סיום התסמינים הפסיכוטיים האקוטיים כגון הלוצינציות ודלוזיות, אלא גם הפחתה בתסמינים השליליים וחזרה לחינוך ולקשרים החברתיים. יש יותר סיכוי להחלמה מהירה בטיפול מוקדם, בהופעה אקוטית יותר, ובמחלה עם פחות תסמינים שליליים. הופעה מוקדמת נקשרה בפרוגנוזה גרועה יותר, בייחוד במקרה של הופעה בילדות, בעוד שלאנשים שההפרעה הופיעה בהם לפני גיל 18 יש בממוצע תוצאה שלילית יותר מאשר לאלו שהמחלה הופיעה אצלם בגרות. מין זכרי, שימוש מתמשך בסמים, הפרעה התפתחותית נרחבת, תפקוד גרוע לפני התחלואה, והופעה חריפה קשורים גם בתוצאה שלילית יותר.

לא זו בלבד שטיפול מוקדם מפחית את חומרת האפיזודה הראשונה, אלא שהוא גם מסייע במניעת חזרת המחלה. בעוד שההחלמה עשויה להיות טובה לאחר האפיזודה הראשונה – לכ-20%

מהמתבגרים עם סכיזופרניה יש רק אפיזודה אחת – לא זו בלבד שחזרת המחלה מזיקה מאוד להתפתחות החינוכית, התעסוקתית והאישית של האדם, אך היא גם מגיבה פחות לטיפול. מעקב פעיל לאחר ההחלמה מהאפיזודה הראשונה, כוללת תכנית ברורה לזיהוי תסמינים מקדימים (סימנים קטנים להידרדרות במצב הנפשי), כמו גם טיפול תרופתי אנטיפסיכוטי מתמשך ל-12 חודשים לאחר ההחלמה, מפחיתים את הסיכון.

## פסיכוזה בקבוצות ספציפיות

### מוגבלים התפתחותית

אנשים צעירים עם מגבלה התפתחותית, ובפרט הפרעה התפתחותית נרחבת, מצויים בסיכון מוגבר לפסיכוזה, אך גם יש להם סיכון גבוה יותר להיות מאובחנים בטעות כפסיכוטיים גם כשאינם כאלה. הפרעה התפתחותית נרחבת, הידוע גם כהפרעת ספקטרום אוטיסטי, מתוארת בפרק C.2. הפרעות אלו מתבטאות כלקות בתפקוד החברתי, תקשורת מילולית ולא-מילולית פגומה, תחומי עניין צרים, והתנהגויות סטריאוטיפיות. בגלל שהלקויות המרכזיות בהפרעה התפתחותית נרחבת מובילים לקשיים באינטראקציה החברתית, התנהגויות חזרתיות או התנהגויות בלתי-רגילות אחרות, ותחומי עניין "מוזרים", לעתים קשה להבחין בין תסמינים אלו והפרעות פסיכיאטריות אחרות. התנהגויות או קוגניציות הקשורים בהפרעה התפתחותית נרחבת דומים אלו של הפרעות כגון חרדה, הפרעה טורדנית כפייתית, או אפילו סכיזופרניה. הפנוטיפים הרחבים המתקיימים באופן נפוץ יותר אצל קרובי משפחה לילדים אוטיסטים כגון עיכוב בהתפתחות שפתית, תפקוד חברתי גרוע, ולקויות בשליטה הניהולית, הינם גם גורמי סיכון לסכיזופרניה, מה שמצביע על גורמים סיבתיים משותפים.

יש חפיפה כה רבה בין תסמיני ההפרעה ההתפתחותית הנרחבת לאלו של פסיכוזה, שלפני שנות ה-70 של המאה שעברה, המונח "פסיכוזה של הילדות" שימש באופן נרחב הן לסכיזופרניה של הילדות והן לאוטיזם. חלק משמעותי מהמחקר המאוחר יותר בתחום זה, כגון המחקר פורץ-הדרך של קולווין (Kolvin, 1971), התמקד בזיהוי ההבדלים בין אוטיזם וסכיזופרניה, כולל גיל הופעת ההפרעה והתוצאות השונות. במהלך שני העשורים האחרונים, התסמונות השונות של ההפרעה ההתפתחותית הנרחבת וסכיזופרניה של הילדות תוארו במדויק והמחקר התמקד בזיהוי פסיכוזה קו-מורבידית והפרעות נפשיות אחרות באוכלוסיית האנשים עם ההפרעה ההתפתחותית הנרחבת.

בפרקטיקה הקלינית, הקושי העיקרי הוא בהגעה לאבחון מבדיל באדם צעיר עם הפרעה התפתחותית נרחבת והתנהגויות מוזרות או ירידה הדרגתית בתפקוד. חשוב להתחשב באמונות ובהתנהגויות בהקשר התפתחותי, בייחוד באנשים צעירים עם מגבלה אינטלקטואלית. באוכלוסייה זו, חרדה או דיכאון עשויים להתבטא בהתנהגויות מוזרות. אין לאבחן פסיכוזה באנשים עם הפרעה התפתחותית נרחבת ללא נוכחות הלוצינציות או דלוזיות, מאחר והתנהגות מופרעת בפני עצמה אינה מספקת.

**אנשים צעירים עם היסטוריה של טראומה:** שיעורי ההפרעות הפסיכוטיות עולים משמעותית האנשים עם היסטוריה של התעללות מינית. היסטוריה של טראומה פסיכולוגית או של הזנחה מגדילה אף היא את הסיכון למעבר מתסמינים פרודורמליים להפרעה פסיכוטית במבוגרים צעירים. יש פחות ראיות לקשר בין טראומה ופסיכוזה בילדים ומתבגרים, אך לאנשים צעירים עם טראומה יש סיכון מוגבר לדווח על הלוצינציות, לעתים כתסמין של הפרעת דחק פוסט-טראומטית. קיימת מחלוקת מסוימת לגבי ההבדלים בין הלוצינציות קוליות אצל ילדים עם היסטוריה של טראומה בהשוואה לאלו שגדלו ללא היסטוריה של התעללות. כמה מחקרים מצאו שיש סיכוי גדול שהלוצינציות קשורות ישירות לחוויות טראומטיות, בעוד שמחקרים אחרים לא מצאו הבדל בתסמינים.

היסטוריה של טראומה בילדות מגדילה גם את הסיכון לתוקפנות, פגיעה עצמית, ניסיונות אובדניים, ושימוש בסמים במטופלים פסיכויים. מהבחינה הקלינית, פירושו של דבר הוא שאנשים צעירים עם פסיכוזה ורקע טראומטי עשויים להיות יותר קשים לטיפול ועלולים אף להיות מסוכנם יותר לעצמם ולזולת. יש להם גם יותר סיכון שלא להתגורר עם משפחתם, ועל כן לזכות לפחות תמיכה משפחתית. חשוב להיות מודעים לסיבות להתנהגות המופרעת ולספק טיפול לתסמיני הטרומה, כמו גם להפרעה הפסיכוטית.

### **שימוש בסמים**

הקשר בין שימוש בסמים לפסיכוזה מוקדמת הינו מורכב. יש ראיות טובות לכך ששימוש מוקדם בקנביס מגדיל את הסיכון לפסיכוזה בהמשך החיים, כאשר אנשים צעירים מסוימים מצויים בסיכון גבוה יותר מאשר אחרים. מחקר בקוהורט בניו זילנד הצביע על עלייה פי עשר בסיכון לפסיכוזה אצל משתמשי קנאביס שיש להם פולימורפיזם של גן הקטכול-O-מתילטרנספראז (COMT) – הקשור לייצור דופמין במוח – מה שמצביע על אינטראקציה בין גנים לסביבה. שימוש בסמים, ובפרט קנאביס, ממריצים, וסמי הזיה, עשוי לעורר אפיזודה פסיכוטית, להפחית את התגובה לטיפול, ולהגדיל את הסיכון להידרדרות חוזרת לאחר ההחלמה. השימוש בקנאביס עלול להחמיר את ההידרדרות הקוגניטיבית. סימום אקוטי עשוי להיראות כמו אפיזודה פסיכוטית, אם כי התסמינים נמשכים על פי רוב רק כמה שעות או ימים. תסמינים הנמשכים ימים או שבועות מצביעים על שימוש מתמשך בסמים או על מחלה פסיכוטית.

סמים בלתי-חוקיים עשויים לשמש גם לטיפול עצמי במצוקה שבשלב הפרודרומלי של סכיזופרניה, כך שבמקרה זה המחלה הפסיכוטית קודמת לשימוש בסמים, אך השימוש המתמשך מפחית את הסיכוי לתגובה של הלוצינציות והדלוזיות לטיפול תרופתי. ניתן למצוא אסטרטגיות לעזרה למתבגרים עם פסיכוזה ושימוש בסמים [באתר EPPIC](#).

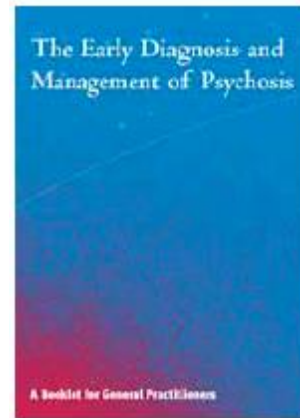
### **הערכה**

מטרת ההערכה הראשונית באדם צעיר המציג הפרעה פסיכוטית אינה רק האבחנה עצמה אלא גם לפתח קשר ולהכין את השטח לטיפול מתמשך של מחלה שלעתים קרובות היא מחלה כרונית. בעוד שעבודה איטית וזהירה בשלב זה עלולה להיראות כבזבז זמן, טיפול כוחני ללא שיחה, חינוך, והבנה מתאימים של המטופל ומשפחתו עשויים להוביל להימנעות מטיפול ולחזרה של המחלה.



## הערכה אישית

השגת היסטוריה של תסמינים פסיכויים עשויה להיות קשה. אנשים צעירים לעתים קרובות מנעים מלדבר על תסמינים אלו מאחר והם חוששים להיראות כ"משוגעים". יש לתת להם את האפשרות להגיע למטפל לבד או בלוויית מבוגר שהם סומכים עליו, לרוב הורה – אם כי תמיד יש צורך לראות אנשים צעירים לבדם לפחות לזמן קצר – למשל בכדי להעריך את הסיכון לאובדנות. התחלת הריאיון בשיחה על נושאים ניטרליים יותר כגון משפחה, בית ספר, תחביבים, וחברים מסייעת בבניית קשר ובניית תמונה לגבי תפקודם הכללי יותר. לאחר מכן, המראיין יכול לעבור לשאול שאלות על דאגות ספציפיות ולחקור אותן ביתר פירוט.



לחץ על התמונה בכדי לגשת לסקירה של זיהוי מוקדם, הערכה, וטיפול בפסיכוזה מאת Orygen Youth Health

חיוני לשאול שאלות לגבי תסמיני חרדה ודיכאון או מצב רוח מרומם, כמו גם לדבר על מחשבות על פגיעה עצמית או התאבדות. לבסוף, צריך לשאול שאלות ספציפיות על תסמינים פסיכויים, ויש לשאול אותן באופן ניטרלי אך ישיר, למשל לומר: "אני הולכת לשאול אותך שאלות שנשמעות מוזרות מאוד אבל חשובות לי כדי להבין מה קורה למחשבות שלך". לוקח כמה ראיונות בכדי להבחין לגמרי בכל התסמינים; לאנשים צעירים ומבולבלים עשוי להיות קשה לבטא במילים את הכאוס שבמחשבותיהם. דוגמאות לשאלות המשמשות להערכה מלאה של תסמינים פסיכויים מופיעות בטבלה H.5.2.

## טבלה H.5.2 הערכת מצב נפשי לאיתור תסמינים פסיכויים

רציונל לשאלה	שאלות ראיון	הזפעה והתנהגות
יש לתאר התנהגות או לבוש בלתי-רגילים, ואם אפשר – להבינם במהלך הריאיון	תצפית או ראיון	הזפעה והתנהגות
אם הם מבינים שהם חולים ואם הם רואים צורך בטיפול, יש יותר סיכוי לשיתוף פעולה	<ul style="list-style-type: none"> <li>האם תוכל לומר לי למה באת לפגוש אותי?</li> <li>האם אתה חושב שיש משהו שאתה זקוק לעזרה בו?</li> </ul>	הבנה
בדיקה לדיכאון נכחי ולהיסטוריה של דיכאון ובדיקת הסיכון לפגיעה עצמית או להתאבדות	<ul style="list-style-type: none"> <li>האם הרגשת מדוכא או מדוכדך לאחרונה?</li> <li>האם איבדת עניין בדברים שאתה בדרך כלל נהנה מהם?</li> <li>האם יש לך בעיה לישון?</li> <li>האם יש לך מחשבות על לפגוע בעצמך?</li> <li>אם התקבלה תשובה של "כן" לאיזושהי מהשאלות שלמעלה, יש לשאול גם על אכילה, חוסר שקט, ריכוז, מחשבות על אשמה או חוסר תקווה, ורעיונות או תכניות אובדניים</li> </ul>	<b>רוח:</b> <b>דיכאוני</b>
תקופה של מצב רוח מרומם עשויה להוות ביטוי להפרעה דו-קוטבית	<ul style="list-style-type: none"> <li>האם היו לך אי פעם תקופות שבהן הרגשת טוב, נרגש, או ב"היפר" שהרגשת שאתה מאבד שליטה, או שעשית דברים מדאיגים?</li> <li>אם כן, שאל לגבי פרטים נוספים</li> </ul>	<b>מצב רוח: מרומם</b>

<p>אי-סדר במחשבות מופיע לעתים קרובות בפסיכזוה וסוג אי-הסדר יסייע באבחון. אי-סדר במחשבות הוא מצב בו המחשבות אינן מחוברות היטב זו לזו. הדיבור עשוי גם להיות מהיר בהפרעה דו-קוטבית או מואט בדיכאון</p>	<p>תצפית על שטף הדיבור והחשיבה בראיון</p>	<p><b>צורת מחשבה</b></p>
<p>שאלות אלו מחפשות תסמיני-ליבה פסיכויטיים. ככל שהלוצינציות נעשות מורכבות יותר (יותר תדירות, אומרות יותר דברים, יותר מקול אחד), יש יותר סיכון שמדובר בהפרעה פסיכויטית.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• האם אי פעם שמעת דברים שאנשים אחרים לא שמעו, כמו למשל רעשים או קולות של אנשים?</li> <li>• אם כן, מה שמעת ובאיזו תדירות?</li> <li>• אם מדובר בקולות, האם הם העירו הערות על מה שחשבת או עשית?</li> <li>• כמה קולות שמעת? האם הם דיברו זה עם זה?</li> <li>• האם היו לך חזיונות או שראית דברים שאנשים אחרים לא ראו (שאל לפרטים)</li> <li>• שאל גם לגבי אבנורמליות במגע, בריח, ובטעם</li> </ul>	<p><b>אבנורמליות תפיסתית: הלוצינציות</b></p>
<p>ככל שדלוזיות נעשות מורכבות יותר (לדוגמה, לא רק שאנשים מסתכלים עליי אלא גם שיש להם תכנית מפורטת לפגוע בי), יש יותר סיכון שמדובר בהפרעה פסיכויטית. דלוזיות פרנאידיות נפוצות יותר בהפרעות הספקטרום הפרנאידיות, ודלוזיות גרנדיוזיות בהפרעה דו-קוטבית.</p>	<p>התחל ב"הייתי רוצה לשאול אותך על חוויות בלתי-רגילות שיש לפעמים לאנשים"</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• האם נראה לך פעם שאנשים דיברו עליך או שמו לב אליך במיוחד?</li> <li>• האם אי פעם קיבלת הודעות מיוחדות מהטלוויזיה, הרדיו, או דברים אחרים שמסביבך?</li> <li>• האם מישו מנסה להציק לך או לפגוע בך?</li> <li>• האם אי פעם הרגשת שאתה חשוב במיוחד או שאתה יכול לעשות דברים שאחרים לא יכולים לעשות?</li> <li>• אם כן, שאל לגבי פרטים נוספים</li> </ul>	<p><b>תכולת מחשבות: דלוזיות</b></p>
<p>תפקוד קוגניטיבי לפני התחלואה משפיע על הפרוגנוזה, אם כי הידרדרות לא מופיעה רק בהפרעות פסיכויטיות אלא גם בדיכאון.</p>	<p>שאל לגבי תפקוד נוכחי ותפקוד בעבר בבית הספר, כולל ריכוז, מוטיבציה, יכולת ללמוד, וציונים במבחנים</p>	<p><b>תפקוד קוגניטיבי</b></p>

חשוב לדבר גם על כללי חיסיון. בעוד שיש לשמור על חיסיון על מחשבותיו ורגשותיו של המתבגר, אם הוא מדבר על פגיעה בעצמו או בזולת, יש על פי רוב חובה לדווח על כך מטעמי בטיחות. בדומה לכך, ייתכן והיסטוריה של התעללות מינית בעבר או בהווה תצריך אף היא דיווח לרשויות הרלוונטיות, בתלוי בחוק המקומי.

חשוב לזכור שנדיר שהפרעות פסיכויטיות מתקיימות לבדן. הפרעות קו-מורבידיות נפוצות כוללות שימוש בסמים (שאל לגבי טבק, קנביס, וממריצים), חרדה, דיכאון, הפרעות התנהגות, היסטוריה של טראומה, או הפרעות התפתחותיות.

### הערות אחרות

הורים יכולים לספק היסטוריה התפתחותית כולל היריון (מחלות ויראליות, שימוש באלכוהול או בסמים אצל האימא, סיבוכים אחרים), טראומה בלידה (כגון ניתוח קיסרי בחירום, דימום, או היפוקסיה) או הפרעות התפתחותיות, והם יכולים גם לתאר תסמינים שהאדם הצעיר מתקשה לדבר עליהם או אף מודע להם. אחאים יכולים לעתים קרובות להוסיף מידע חשוב, בייחוד לגבי אינטראקציות ותפקוד חברתי. היסטוריה פסיכיאטרית של המשפחה עשויה אף היא להיות חשובה לאבחנה.

יהיה צורך גם לאסוף מידע מבתי ספר לגבי תפקוד לימודי וחברתי, משירותי בריאות, ומגופים נוספים בכדי להאריך בדיוק לא רק את המצב הנפשי אלא גם את רמות התפקוד בעבר ובהווה.

## אבחנה מבדלת

השיקול הראשון הוא להחליט האם התסמינים המדווחים מבטאים באמת הפרעה פסיכוטית או הפרעה אחרת. לדוגמה, מתבגר דיכאוני עשוי לתאר קול שאומר שהוא חסר-תועלת, אך הוא למעשה מדבר על מחשבותיו, או שמתבגר עם חרדה עשוי לראות צללים מעל מיטתו ולהיות משוכנע שפרצו גנבים לבית.

תסמינים עשויים להיראות קשורים לפסיכוזה אך לא לעמוד בקריטריונים האבחוניים המלאים. סכיזופרניים רבים עוברים פרודרומה, עם הפרעות במצב הרוח, במחשבות, ובהתנהגות והידרדרות מסוימת בתפקוד. עם זאת, התסמינים אינם ספציפיים ועשויים לנבוע מסיסות אחרות, כמו למשל הפרעת הסתגלות או דיכאון. מחקרים זיהו גם חוויות *דומות לפסיכוזה* – אמונות מוזרות, רעיונות רדיפה, וחשיבה מאגית. כל התסמינים הללו, מלבד לחשיבה המאגית, מגדילים את הסיכון לפסיכוזה בהמשך הדרך.

אפילו אם ברור שהאדם הצעיר עומד בקריטריונים להפרעה פסיכוטית, עלול להיות קשה להגיע לאבחנה מדויקת (למשל, האם מדובר בסכיזופרניה או בהפרעה דו-קוטבית) בשלב מוקדם. אבחנות רבות שנעשו בשלב מוקדם התבררו מאוחר יותר כשגויות. על כן, כמה מומחים מעדיפים להשתמש במונח *פסיכוזה בהופעה מוקדמת* מאחר ומונח זה משקף את אי-הוודאות האבחונית ומספק יותר גמישות בטיפול. אם יש מחלה פסיכוטית ברורה, טיפול מקדים הוא חיוני, ללא קשר לטבעו (למשל, סכיזופרניה או הפרעת מצב רוח). ככל שהפסיכוזה נמשכת ללא טיפול, כך קשה יותר לטפל בתסמינים ויש יותר סיכון לנכות לטווח הארוך. בנוסף לכך, חשוב שלא להחמיץ דיכאון או מצב רוח מרומם ובכך לאבחן באופן שגוי הפרעת מצב רוח כסכיזופרניה.

אבחנות מבדילות אחרות כוללות הפרעות התפתחותיות נרחבות, הפרעה פוסט-טראומטית עם פלשבקים, דליריום ושכרון מסמים או פסיכוזה הנגרמת בידי סמים, כפי שצוין קודם. לבסוף, חשוב לוודא שלא מדובר בהפרעות אורגניות אפשריות שעלולים לבלבל ביניהן לבין פסיכוזה, כמו למשל דליריום, הפרעות נוירולוגיות, ומצבים רפואיים אחרים כגון תירוטוקסיטוזיס או חוסר בוויטמין B12, באמצעות בדיקה פיזית וחקירה פיזית, כמתואר להלן.

### בדיקות

הבדיקות מתוארות בטבלה H.5.3. הן לא רק מבוצעות בכדי לוודא שלא קיימות סיבות אורגניות לפסיכוזה, אלא גם כקו-בסיס לניטור, למניעת, ולטיפול בתופעות לוואי של הטיפול. יש צורך גם בבדיקה גופנית מלאה, עם דגש מיוחד על אבנורמליות התפתחותיות או נוירולוגיות. יש לרשום משקל, גובה, היקף מותניים, לחץ דם, ודופק בתחילה ולעקוב אחריהם באופן סדיר. קיימות מחלות אוטואימוניות אקוטיות שעשויות להיראות כמו פסיכוזה, בייחוד אם הן מופיעות באופן אקוטי (התסמינים במקרה זה עלולים להיות דליריום). ייתכן שיהיה צורך בהיוועצות פדיאטרית או רפואית אחרת.

## טבלה H.5.3 בדיקות מומלצות בהערכה הראשונית של פסיכוזה בהופעה מוקדמת

בדיקה	רציונל
ספירת דם מלאה	<ul style="list-style-type: none"> <li>• זיהוי הפרעות המטולוגיות קיימות כגון אנמיה</li> <li>• ניטור תופעות לוואי של מייצבי מצב רוח</li> </ul>
אוראה, אלקטרוליטים, ותפקודי כבד	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ויודוא שאין אבנורמליות קיימות (נדיר, אבל פולדיפיסיה עלולה להופיע בפסיכוזה)</li> <li>• ניטור תופעות לוואי של תרופות (כמה תרופות אנטיפסיכוטיות ונוגדות דיכאון עלולות לגרום להיפרתרמיה, מייצבי מצב רוח עשויים לפגוע בתפקוד הכבד)</li> </ul>
גלוקוז, כולסטרול, וטריגליצרידים בצום	<ul style="list-style-type: none"> <li>• גילוי עמידות לאינסולין או אבנורמליות בליפידים. יש צורך בבדיקה ראשונית ובבדיקה כל שישה חודשים מאחר ותרופות אנטיפסיכוטיות עלולות להוביל לעלייה במשקל ולעמידות לאינסולין</li> </ul>
תפקודי בלוטת התריס	<ul style="list-style-type: none"> <li>• אבנורמליות בבלוטת התריס עלולות להוביל למצב רוח מרומם או לדיכאון והן תופעות לוואי של הטיפול בליתיום</li> </ul>
רמות סידן	<ul style="list-style-type: none"> <li>• אבנורמליות הן גורם נדיר לפסיכוזה</li> </ul>
פרולקטין	<ul style="list-style-type: none"> <li>• לוודא שאין היפרפרולקטינמיה לפני הטיפול (למשל, גידול ביותרת המוח)</li> </ul>
דימות מוח (MRI, CAT)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ויודוא שאין פגיעות נוירואנטומיות קיימות (פגיעות, גידולים ממאירים)</li> <li>• עדיף להשתמש ב-MRI בגלל רזולוציה גבוהה יותר של התמונה ופחות חשיפה לקרינה, אך הרעש והקלסטרופוביה עשויים להיות בלתי נסבלים בעבור מטופלים מסוימים</li> </ul>
אא"ג	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ויודוא שאין הפרעת עוויתות</li> </ul>
בדיקת סמים בשתן	<ul style="list-style-type: none"> <li>• לוודא שלא נעשה שימוש בסמים לאחרינה או לזהות סמים שנעשה בהם שימוש לאחרונה</li> </ul>

## טיפול

### הטיפול הכי פחות מגביל

ההערכה צריכה להתחשב תמיד בסיכון, הן לאדם הצעיר והן לזולת. אידאלית, ההערכה והטיפול ייערכו כאשר המטופל חי בביתו ועם משפחתו, אך ייתכן שיהיה צורך באשפוז בבית חולים במקרים הבאים:

- חשש לסיכון להתאבדות
- סיכון לתוקפנות כלפי הזולת (למשל, בגלל אמונות דלזיונאליות)
- המטופל מצוי בסיכון גבוה לניצול בידי אחרים בעוד הוא חולה
- האדם הצעיר מחוסר בית
- המטופלים מותשים. למשל, מתבגרים הזקוקים להשגחה מסביב לשעון במשך ימים ארוכים, והמשפחה לא יכולה להתמודד עוד עם זה.
- קיימים תסמינים פיזיים כגון רמות תודעה משתנות, הדורשים בדיקה רפואית דחופה.

בהתחשב בסיכון, יש להשתמש במידת האפשר באפשרות שהכי פחות מגבילה את חירות המטופל. אם הסיכון גבוה, ייתכן צורך באשפוז כפוי אם לא ניתן להשיג את הסכמת האדם הצעיר או

משפחתו, או אם יש חשש שהאדם הצעיר אינו בריא מספיק בכדי לקבל החלטות לגבי הטיפול. חוקי האשפוז הכפוי משתנים ממדינה למדינה, אך ברוב המדינות קיימת אפשרות לטפל באדם כנגד רצונו באם הוא מהווה סכנה חמורה לעצמו או לזולת. [לחץ כאן](#) בכדי לראות דוגמה לחקיקה לאשפוז כפוי.

בעוד שאפשרי לאשפוז ילד מתחת לגיל שש-עשרה בהסכמת הוריו (במדינות רבות לאנשים יש זכות להסכים לטיפול מגיל 12 ומעלה, ראה פרק A.1), חשוב גם להתחשב בזכויות הילד, כולל זכותו להחזיק בדעות משלו לגבי הטיפול ולהיות מוגן בפני אלימות (הגנה בפני פגיעה פיזית ונפשית בידי המטפלים בו). פירושו של דבר הוא, שאפילו כאשר אנשים צעירים מאושפזים בניגוד לרצונם, יש לעשות כל מאמץ בכדי לדון איתם בטיפול, להתחשב בהעדפותיהם בכל מקום זה אפשרי, ולהימנע ככל האפשר מפרקטיקות כוחניות ומגבילות כמו קשירה.

## סיכום הטיפול

### ביולוגי

תרופות אנטיפסיכוטיות חיוניות לטיפול בפסיכוזה. מרבית הטיפולים פותחו על בסיס מחקרים במבוגרים. מחקרים בילדים כוללים מחקר אחד בבקרה אקראית (RCT) שהראה שהתרופה haloperidol עדיפה על פלצבו, ו-RCT קטן (21 מקרים) שהראה ש-clozapine היה עדיף על haloperidol. מחקרים במתבגרים בראו יעילות דומה לזו של מבוגרים בטיפול ב-olanzapine, risperidone, ו-haloperidol, אך עם פרופילים שונים של תופעות לוואי ומגמה בלתי-מובהקת של olanzapine ו-risperidone להיות יעילים יותר. ממצאים אלו דומים לאלו שבמחקרים במבוגרים.

## H.5.4 טבלה טופעות לוואי נפוצות של תרופות אנטיפסיכוטיות נבחרות המשמשות לטיפול

### בפסיכוזה בהופעה מוקדמת

תרופה	מיינון (מ"ג)	תופעות לוואי פירמדיאליות נוספות	הרגעה	עלייה במשקל	פרולקטין	נפילת לחץ דם בתנחות מסוימות	חסרונות אפשריים	הערות
Risperidone	1-6 מ"ג	++	++	++	+++	++	• גלקטוריה • עייפות	מרבית המידע בא משמוש במתבגרים (כולל באיטלים)
Quetiapine	200-800 מ"ג	+	++	++	+	+	• עייפות התחלתית, חולפת על פי רוב	שימושית לטיפול בפסיכוזה עם הפרשת מצב רוח או חרדה
Aripiprazole	10-30 מ"ג	++	+	+	+	+	• אי-שקט התחלתי	נדרש שיש עייפות, עלייה במשקל, ועלייה בפרולקטין
Olanzapine	5-20 מ"ג	+	+++	+++	+	+	• עלייה משמעותית במשקל • עייפות. • לא מומלצת לטווח הארוך	מרגישה (ומעייפת) במצב של חולי חריף
Chlorpromazine	50-300 מ"ג	+	+++	+++	++	++	• עלייה במשקל, עייפות	מרגישה (ומעייפת) במצב של חולי חריף
Haloperidol	1-10 מ"ג	+++	++	+	+	+	• תופעות פרמדיאליות חמורות כולל טקשות ואי-שקט	פחות מרגישה, השפעת אנטי-פסיכוטיות חזקות

## **פסיכולוגי**

התערבויות כוללות הדרכה פסיכולוגית (psychoeducation) וטיפול קוגניטיבי-התנהגותי. שוב, הראיות הן ממבוגרים ומקוהורטים של מתבגרים בגיל ההתבגרות המאוחר, כאשר ניסויים רבים מראים תועלת בטיפולים אלו.

## **סוציאלי**

טיפולים אלו כוללים התערבות במשפחה והדרכה במיומנויות חברתיות ושוב – הראו תועלת במחקרים מרובים במבוגרים.

## **טיפול תרופתי**

### **הרגעה אקוטית**

אם יש התנהגות מופרעת אקוטית או סכנה ברורה ומידית, ייתכן שיהיה צורך בתרופת הרגעה לחירום. תרופות מהירות-פעולה הניתנות דרך הפה, כמו למשל lorazepam (1-2 מ"ג), risperidone (0.5-1 מ"ג), או olanzapine (2.5 עד 5 מ"ג) עדיפות. טבליות מהסוג oral wafers עדיפות מאחר והן נספגות מהר יותר ומתמוססות בפה, מה שמקשה על יריקתן החוצה. במקרה שהמטופל מסרב לקחת תרופה דרך הפה, מומלץ להזריק לשריר lorazepam (1-2 מ"ג) או haloperidol (2.5 עד 5 מ"ג). הזרקת תרופת הרגעה דורשת על פי רוב ריסון פיזי והיא יוצרת לחץ רב אצל הילד והמשפחה. חשוב להשתמש בטיפול הכי פחות מגביל, לא רק מתוך כיבוד זכויות המטופל הצעיר, אלא גם מאחר והחוויה הראשונית של טיפול בריאות הנפש עשויה להפחיד מאוד ועלולה להבדיל בין התמדה בטיפול לבין הימנעות מטיפול נוסף.

### **ניהול מתמשך של טיפול תרופתי**

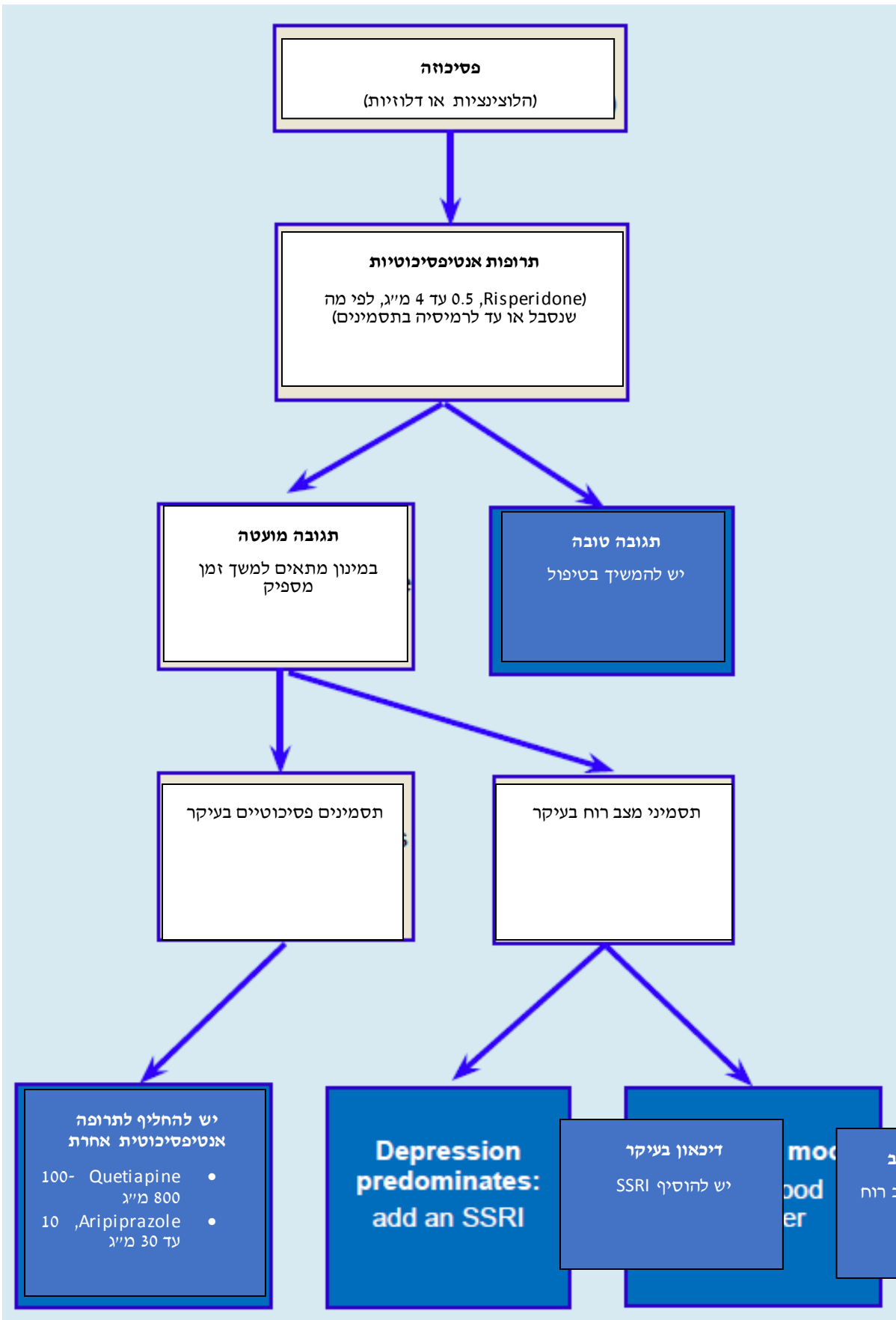
אם אין צורך בטיפול חירום, ההחלטות לגבי תרופות בפסיכוזזה מוקדמת נועדו לשלוט בתסמינים הפסיכוטיים ולהתמודד עם הלקויות הקשורות בהם שתוארו בטבלה H.5.1 (לטיפול בדיכאון פסיכוטי ובאפיזודות מאניות ראה, בהתאמה, פרקים E.1 ו-E.2). תרופה אנטי-פסיכוטית משמשת לטיפול בהלוצינציות ודלוזיות. בדיכאון פסיכוטי מוסיפים נוגד דיכאון. כאשר יש מאניה, ייתכן שיהיה צורך להוסיף מייצב מצב רוח. טבלה H.5.4 מסכמת את תופעות הלוואי של התרופות האנטי-פסיכוטיות הנפוצות ביותר. מומלץ להתחיל במינון נמוך ולפעול באיטיות ובוזהירות עם מינוני תרופות אנטיפסיכוטיות. זה נועד בכדי להימנע מתופעות לוואי ולהגיע להתמדה מרבית בטיפול (לסיכום מפורט, מבוסס-ראיות של אלגוריתמי טיפול, לשימוש בתרופות ספציפיות ולתופעות לוואי, פנה ל-Taylor, 2012).

תרופה אנטיפסיכוטית מהדור השני (א-טיפיקלית) מומלצת לקו הראשון של הטיפול בגלל שלתרופות אלו יש תוצאות טיפול טובות במעט ופחות סיכון להפרעות בתנועה, בייחוד דיסקינזיה מאוחרת, כפי שהודגם במחקרי RCT אינדיבידואליים ובמטא-ניתוחים (סקירות). עם זאת, תרופות אנטיפסיכוטיות מהדור השני הינן יקרות, כך שלעתים יש צורך להשתמש בתרופות

אנטיפסיכוטיות מהדור הראשון, כגון haloperidol, שהיא עדיין אפקטיבית מאוד, אם כי עם יותר תופעות לוואי מאשר risperidone, למשל.

כאשר המחלה אינה מגיבה לטיפול אנטיפסיכוטי לאחר שבועיים, יש צורך לבחון את התרופה – על פי רוב מופיעה תגובה לטיפול בשלב זה. אם מגיעים למינון הנסבל הגבוה ביותר של תרופה מסוימת ללא תוצאה, יש לבחור האם להחליף את התרופה או לשלב את הטיפול עם תרופה נוספת מסוג אחר (תרשים H.5.1). אי תגובה לתרופה אנטיפסיכוטית אחת או יותר למשך זמן רב במינונים מתאימים צריך להוביל להפניה דחופה לטיפול מומחה לשקילת שימוש ב-clozapine.

תרשים H.5.1 תרשים זרימה פשוט לטיפול האפיזודה פסיכוטית אקוטית







לחץ על התמונה בכדי לגשת לאלגוריתם  
ניטור מטבולי לאנשים צעירים המטופלים  
בתרופות אנטיפסיכוטיות

שימוש מתמשך בתרופות אנטיפסיכוטיות מהווה גורם סיכון להשמנת יתר, סוכרת סוג 2, ומחלות לב. על כן, חיוני לנטר את הגובה, המשקל, והיקף המותניים בתחילת הטיפול, ואז במרווחים של חודש אחד, שלושה חודשים, ואז כל שישה חודשים, ולהתערב לפי הצורך (ראה את האלגוריתם לניטור מטבולי למעלה).

### Clozapine לטיפול בסכיזופרניה עמידה

Clozapine היא תרופה אנטיפסיכוטית א-טיפיקלית שהיא יעילה ביותר לטיפול בסכיזופרניה: יש להשתמש בה באם יש תגובה מועטה לשתי תרופות אנטיפסיכוטיות אחרות, שניתנו כל אחת מהן במינון מתאים למשך לפחות ארבעה שבועות. לא מומלץ להשתמש בתרופה זו לכל מטרה מלבד לטיפול במקרים עמידים לטיפול עקב תופעות לוואי מסכנות חיים ועל כן צורך בניטור צמוד. תדירות הניטור המינימלית היא בדיקות שבועיות של ספירת תאי דם לבנים למשך 18 השבועות הראשונים, כאשר יש להיזהר כאשר הנויטרופילים פוחתים מתחת ל-2 ל-10<sup>9</sup> לליטר. שירותי בריאות רבים דורשים רישום של מטופלים המקבלים Clozapine כך שדרישות הניטור הללו מושגות לפני שניתנת תרופה זו. ניתן למצוא דוגמה של דרישות ניטור כאן.

### טבלה H.5.5 תופעות לוואי חמורות ונפוצות של clozapine והטיפול בהן

תופעת לוואי	סימנים ותסמינים	ניטור וטיפול
מסכנות חיים	Agranulocytosis או נייטרופניה	<ul style="list-style-type: none"> <li>ספירת תאי דם לבנים מידי שבוע לפי פרוטוקול clozapine, בדיקות חום ובריאות סדירות.</li> <li>הפסקת התרופה אם יש רמה נמוכה של נויטקופילים</li> </ul>
	קרדיומיופטיה	<ul style="list-style-type: none"> <li>אא"ג לפני תחילת הטיפול, ניטור טמפרטורה וקצב לב; רמות טרופונין אם הדבר אפשרי</li> <li>הפסק את הטיפול אם הדבר מתרחש</li> </ul>
תופעות נפוצות אחרות לוואי	טשטוש	<ul style="list-style-type: none"> <li>מתן רוב המינון בלילה</li> </ul>
	עודף רוק	<ul style="list-style-type: none"> <li>מינונים נמוכים של hyoscine</li> </ul>
	עצירות	<ul style="list-style-type: none"> <li>דיאטה עתירת סיבים</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>ירידה בספירת תאי דם לבנים</li> <li>זיהומים</li> <li>טכיקרדיה</li> <li>חום</li> <li>עייפות</li> <li>כאב בחזה</li> <li>ריור, במיוחד בלילה</li> <li>זכור לשאול את</li> </ul>	

<ul style="list-style-type: none"> <li>ניטור אם התופעה מינורית, אם היא משמעותית – יש להפנות לקרדיולוג</li> <li>ניטור משקל ומדידת מותניים</li> <li>ניהול דיאטה</li> <li>הפסק את הטיפול ליום</li> <li>הפחת את המינון</li> <li>השתמש בתרופה נגד עוויתות</li> <li>הפחת מתן נוזלים לפני השינה</li> <li>שנה את משטר המינון</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>המטופל על זה</li> <li>לחץ דם נמוך</li> <li>טכיקרדיה</li> <li>יכולה להיות חמורה (10 ק"ג ומעלה)</li> <li>מופיע ב-1 מתוך 5 מקרים, ייתכן שגרוע יותר עבור מתבגרים</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>השפעות קרדיווסקולריות אחרות</li> <li>עלייה במשקל</li> <li>עוויתות</li> <li>הרטבה במיטה</li> </ul>
---	--	--

תופעות לוואי נפוצות אחרות מפורטות בטבלה H.5.5, אך היא אינה ממצה. מומלץ שרק מומחים המודעים לתופעות הלוואי ומסוגלים לטפל בסיכונים בהתאם ירשמו clozapine.

### התערבויות אחרות

יש ראיות טובות ליעילות של מספר טיפולים אחרים לטיפול בפסיכוזה מוקדמת. כולם נמצאו כמפחיתים את הסיכון לחזרת המחלה, ויותר מכך, סיעים לאנשים צעירים ולמשפחותיהם לחוש יותר שליטה על התסמינים ועל הטיפול שלהם.

### הדרכה פסיכולוגית (psychoeducation)

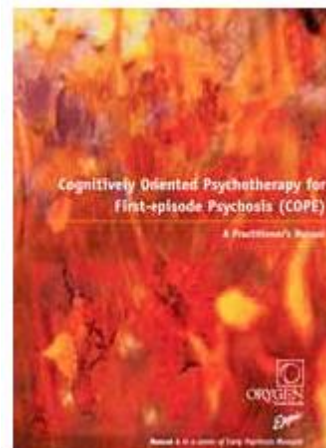
הדרכה פסיכולוגית היא דרך מובנית לספק מידע על הפרעות פסיכוטיות ועל הטיפול בהן הן לאנשים צעירים והן למשפחותיהם. ישנן תכניות מובנות ומתועדות ויש ראיות לכך שהדרכה פסיכולוגית מפחיתה את הסיכון לחזרתה של פסיכוזה מוקדמת.

מרכיבי הדרכה פסיכולוגית יעילה כוללים:

- מתן מידע על המחלה ואפשרויות הטיפול
- מתן פורום לאנשים צעירים לדבר על מחלתם וחששותיהם
- עירוב בני משפחה בתהליך ההדרכה, בין אם עם ילדיהם ובין אם בקבוצת הורים

אם ההדרכה מוצלחת, חזרת המחלה מופחתת באמצעות שיפור בהתמדה בנטילת תרופות, הפחתה בהתנהגויות בעייתיות כגון שימוש בסמים, וזיהוי מקדים של תסמינים לחזרת המחלה או להידרדרות. לימוד מיומנויות התמודדות ופתרון בעיות יכולים להיות אף הם חלק מתכנית ההדרכה.

בעוד שתכניות הדרכה פסיכולוגית פנים אל פנים מועילות, הן עשויות שלא להיות זמינות באזורים מרוחקים או כפריים ועשויות שלא להיות זמינות בשעות נוחות. משאבים מקוונים מספקים אף הם דרך מצוינת לקבל מידע ולהצטרף לרשת תמיכה.



לחץ על התמונה בכדי לגשת למדריך פסיכותרפיה קוגניטיבית לאפיזודה ראשונה של פסיכוזה (COPE)

## טיפול קוגניטיבי התנהגותי (CBT)

כמה אנשים צעירים זוכים לתועלת מ-CBT בהבנת תסמיניהם והתמודדות איתם. מטרת ה-CBT משתנות לפי התסמינים והצרכים, אך הן יכולות לכלול אסטרטגיות התמודדות עם חוויות פסיכוטיות והתמודדות עם מצב רוח ירוד. טיפול ישיר בתסמינים הפסיכויטיים יעיל יותר בשלב ההחלמה מאשר במהלך השלב האקוטי של המחלה. עם זאת CBT שימושי גם להתמודדות עם תסמינים שייריים כגון הלוצינציות המתמשכות למרות טיפול בתרופות אנטיפסיכוטיות. אסטרטגיות כוללות:

- בחינת אמונות דלזיונאליות והתמודדות איתן
- מציאת אסטרטגיות התמודדות להפחתת השפעת ההלוצינציות
- טיפול ברגשות חוסר תקווה ומצב רוח ירוד תוך שימוש בטכניקות דומות לאלו המשמשות ב-CBT לטיפול בדיכאון.

### עבודה עם משפחות

בנוסף למתן תמיכה, עבודה ראשונית עם משפחות כוללת גישה של הדרכה פסיכולוגית, תוך מתן מידע על המחלה והשפעתה על מחשבות והתנהגויות. מיומנויות פתרון בעיות ואסטרטגיות תקשורת מסייעות למשפחות להתמודד עם מצבים קשים ומפחיתות את המצוקה בבית. הדבר מפחית את הסיכון לחזרת המחלה, וכן מונע ניכור מצד המשפחה.

### טיפול תרופתי מתמשך והתמודדות עם תופעות לוואי

השימוש בתרופות אנטיפסיכוטיות מומלץ למשך לפחות 12 חודשים לאחר הרמיסיה בתסמינים בכדי להקטין את הסיכון לחזרת המחלה. יש הכרח לניהול וניטור זהירים של תופעות הלוואי. עלייה במשקל ואבנורמליות מטבוליות הקשורות לכך הינן הנפוצות ביותר, אך טשטוש והאטה קוגניטיבית עשויות לגרום אף הן למצוקה. יש ראיות מסוימות ממטא-ניתוחים – של ניסויים במבוגרים – שהדור השני של תרופות אנטיפסיכוטיות יעילות יותר במניעת חזרת המחלה מאשר אלו שמהדור הראשון. נדרש ניטור כל שישה חודשים בנושאים הבאים:

- תנועות בלתי-רצוניות (הסקאלה המומלצת היא [AIMS – Abnormal Involuntary Movement Scale](#))
- משקל, מדידת מותניים, דופק, ולחץ דם
- גלוקוז ושומנים בצום

הפרעות תנועה, כולל פרקינסוניזם אקאטיזיה, נפוצות פחות בתרופות אנטיפסיכוטיות מהדור השני. אם הן מופיעות, ניתן להשתמש במיננים נמוכים של תרופה אנטיכולינרגית, למשל 0.5 benzotropine מ"ג ליום. הפחתת מינון התרופה האנטיפסיכוטית היא לרוב יעילה יותר. דיסקינסיה מעוכבת, הפרעת תנועה כרונית נדירה, מופיעה לרוב בתחילה כתנועות קטנות בפנים, בלשון, או באצבעות. זיהוי מוקדם חשוב מאחר ותופעה זו נמשכת גם לאחר הפסקת התרופה. מייצבי מצב הרוח הנפוצים ביותר (בייחוד sodium valproate, lithium carbonate, ו-)

carbamazepine) הינם טרטוגניים ויש לדון בכך עם מתבגרים פעילים מינית. השימוש בליתיום דורש הוראות ברורות לגבי הצורך להימנע מהתייבשות והצורך בבדיקות סדירות של רמות ליתיום ותפקידי בלוטת התריס בכדי לוודא שאין רעילות (ראה פרק E.2).

### מניעת חזרת המחלה

השלב הראשון במניעת חזרת המחלה הוא לפתח תכנית אינדיבידואלית לזיהוי סימנים לסכנה כגון קושי בשינה, חרדה מוגברת, או הסימנים הראשונים לחזרת הלוצינציות ודלוזיות. אם מפחיתים בהדרגה את התרופות, חזרה של התסמינים מצביעה על כך שיש לחזור למינון גבוה יותר, או להמשיך בטיפול בתרופה שהייתה יעילה בעבר אם הטיפול בה הופסק. ניטור מתמשך בידי אנשי מקצועות בריאות הנפש נדרש בזמן זה. ישנם מחקרים מעטים הבוחנים שיעורי חזרת מחלה



לחץ על התמונה בכדי לצפות בסרטון תיעודי של 25 דקות על סכיזופרניה. אתר זה, המכיל מידע בעבור המטופלים ומשפחותיהם, הוא בחסות חברת Janssen Pharmaceuticals

אצל ילדים ומתבגרים, אך מחקר אחד לגבי אפיזודה ראשונה מצא שיעור חזרה של 17% כאשר הטיפול התרופתי הופסק לאחר 12 חודשים. כמו באפיזודה הראשונה, ככל שמטופלים מוקדם יותר בחזרת המחלה, כך ההחלמה טובה יותר. חזרת המחלה עשויה להוביל גם להידרדרות קוגניטיבית וחברתית נוספת.

### שירותים לטיפול בפסיכוזה מוקדמת

בעוד שבתי ספר, רופאי משפחה, רופאי ילדים, ושירותי בריאות אחרים מזהים לעתים קרובות אנשים צעירים עם סיכון לפסיכוזה, עם זיהוי הפסיכוזה המוקדמת, יש צורך לערב שירותי בריאות נפש באם הם זמינים. באוסטרליה, שירותים אלו כוללים שירותי בריאות נפש לילדים ולמתבגרים – צוותים מבוססי-קהילה המטפלים באנשים צעירים עד גיל 18, ושירותי בריאות נפש לצעירים, בגילאי 12-25. כל השירותים הללו משתמשים במודל ניהול מקרה, עם מנהל תיק (איש מקצועות הבריאות) והיוועצות עם פסיכיאטר לפי הצורך. כמה שירותים מספקים גם ניהול תיק אסרטיבי, ניהול מקרה אינטנסיבי יותר המשמש למטופלים קשים לטיפול, עם מעקב פעיל הכולל ביקורים בבית המטופל, שירותים לטיפול באלכוהול וסמים ושירותי בריאות מין, או תמיכה בתחומי ההתנהלות הכספית, המגורים, והתעסוקה.

שירותים מתמחים באזורים מרוחקים או כפריים הינם מועטים או שאינם קיימים כלל. רופאי משפחה מקומיים מספקים את מרבית הטיפול, בתמיכת עובד בריאות הנפש, לרוב אחות. משאבי האינטרנט הרשומים כאן יכולים להיות מועילים הן כקווים מנחים לטיפול והן בכדי לספק הדרכה לאנשים צעירים ולמשפחותיהם.

## החלמה, חזרה למערכת החינוך, ותוצאה

חשוב להיות אופטימי וכנה כאשר מדברים עם אנשים צעירים ומשפחותיהם. עליהם לדעת שבעוד שתסמיני פסיכוזה אקוטית יחלפו כמעט תמיד בתוך ימים עד שבועות, תסמינים שליליים כגון מוטיבציה לקויה, פגיעה בריכוז, והאטה קוגניטיבית עשויים להימשך חודשים ארוכים, בייחוד במקרה של סכיזופרניה. בעוד שמרבית התסמינים משתפרים בששת חודשי הטיפול הראשונים, ההחלמה המלאה עשויה להימשך עד לשנתיים. הפרעות הספקטרום הסכיזופרני נוטות להגיב הכי לאט, עם השיעור הגבוה ביותר של לקות שיירית וסיכון לחזרת המחלה של עד ל-90%. יש סיכוי רב יותר לפרוגנוזה טובה יותר במקרה של פסיכוזה אקוטית, פסיכוזה שמרכיב מצב הרוח בולט בה, תפקוד חברתי ולימודי טוב לפני המחלה, ותגובה מהירה לטיפול.

חזרה לבית הספר עשויה להיות קשה עקב תסמינים שליליים, קשיים קוגניטיביים, או זמן הלימודים שהחולה החמיץ, כולל הסברת ההיעדרות לאחרים. האופציות תלויות בשירותי החינוך והבריאות

המקומיים הזמינים. רצוי להיפגש עם בית הספר של האדם הצעיר ולמצוא דרך לנוכחות חלקית. במקרה שקיימים יועצי בית ספר או בעלי מקצועות ודמים, מעורבותם הכרחית. כמה מדינות מציעות שירותי חינוך בכיתות קטנות יותר ועם צוות חינוכי שהוכשר להתמודד עם אנשים צעירים עם הפרעות פסיכולוגיות. בעבור אלו שהגיעו לגיל סיום בית הספר, מוסדות להכשרה מקצועית עשויים לספק תמיכה בעבור מטופלים אלו. אשפוז חלקי (למשל, אשפוז יום) או תכניות הכנה לעבודה עשויים להידרש לאלו שהתאוששותם איטית יותר. התערבויות מבוססות-ראיות נוספות, כגון הדרכה במיומנויות חברתיות או אסטרטגיות לשיפור קוגניטיבי עשויות להועיל גם כן.

### החלמה חלקית

כמה אנשים צעירים עם סכיזופרניה אינם מגיבים באופן מלא לטיפול וסובלים מתסמינים חיוביים או שליליים מתמשכים. הסיבות להחלמה חלקית כוללות:

- גורמים מצד האדם הצעיר, כולל התמדה בטיפול. ההתמדה עשויה להיות גרועה עקב הבנה מועטה של המחלה, או חשש מתופעות לוואי כגון עלייה במשקל או תסמינים אקסטרה פירמידיאליים. הפרעות קומורבידיות כגון שימוש בסמים ואלכוהול, היסטוריה של טראומה, או הפרעה התפתחותית נרחבת מקשים על הטיפול בפסיכוזה.
- גורמים של המחלה עצמה. אנשים צעירים מסוימים סובלים מגרסה חמורה יותר של המחלה, עם פרודרומה ארוכה ותסמינים שליליים בולטים, שדורשת טיפול מתמשך, ועשויים שלא להחלים באופן מלא לעולם.



לחץ על התמונה בכדי לצפות בסרטון על התערבות וטיפול מוקדמים בארה"ב, תכנית PIER של המרכז הרפואי של מדינת מיין. אתרי אינטרנט שימושיים אחרים כוללים את [האגודה הבין-לאומית לפסיכוזה מוקדמת \(IEPA\)](#), רשת של אנשים המעורבים במחקר ובטיפול בפסיכוזה מוקדמת, ואתר האינטרנט של [Early Psychosis Prevention and Intervention Centre \(EPPIC\)](#). אתר האינטרנט האוסטרלי מציג מגוון רחב של מידע על זיהוי פסיכוזה מוקדמת והטיפול בה. אנשי מקצועות בריאות הנפש יכולים להירשם לאתר ולהתחבר לפורום ולחומרי הדרכה. בנוסף לכך, יש להזכיר את האתרים [האגודה לסכיזופרניה ו-Arafmi](#), שהם נשי אתרים של עמותות אוסטרליות המספקות תמיכה ומידע לבני משפחה של אנשים עם מחלות נפש ואנשים אחרים המטפלים בהם.

- גורמים בתחום הטיפול. יש יותר יסכון לתגובה גרועה אם חווית הטיפול הראשונית הייתה כוחנית אם אין מעקב פעיל אחרי המטופל. לחץ מתמשך בבית הספר ובמשפחה (למשל, אם יש להם ביטוי חזק של רגשות) מגביר את הסיכון לחזרת המחלה. טיפולים פסיכולוגיים כגון CBT או טיפול משפחתי מסייעים במניעת חזרת המחלה באמצעות לימוד טכניקות להתמודדות עם תסמינים מוקדמים ועם לחץ.

### תמיכה במשפחות ובמטפלים אחרים

הטיפול באנשים צעירים עם מחלת נפש כרונית עשוי להיות מתיש בעבור משפחותיהם. בנוסף להדרכה פסיכולוגית של המשפחות, אתרי אינטרנט עם מידע וקבוצות תמיכה מסייעים למשפחות ולמטפלים לחוש פחות לבד.

## סיכום ומסקנות

תסמינים פסיכויטיים בילדים ובמתבגרים עשויים להיות מבלבלים וקשים להערכה בשלבים המוקדמים. עם זאת, יש לקחת ברצינות תסמינים מוקדמים, כגון הידרדרות קוגניטיבית או הלוצינציות. בעוד שתסמינים רבים פוחתים עם הזמן, תסמינים מוקדמים קשורים בסיכון מוגבר להפרעות הספקטרום הסכיזופרני בהמשך החיים. יש ראיות טובות לכך שטיפול מוקדם מפחית את התחלואה והתמותה הקשורות בקבוצה זו של מחלות נפש חמורות.

### משאבים בשפות נוספות

ישנו מגוון עשיר של משאבים זמינים באינטרנט, להלן כמה דוגמאות.

- רבים מהמשאבים הבין-לאומיים מפורטים באתר [schizophrenia.net](http://schizophrenia.net)
- [לתכנית ההתערבות המוקדמת לפסיכוזה של קוויבק \(קנדה\)](#) יש אתר בצרפתית
- אתר [ההתערבות המוקדמת השוויצרי](#) מכיל מידע אינטראקטיבי בגרמנית, צרפתית, ואנגלית
- אתר [P3 Programa de Prevención de Psicosis](#) הוא אתר ספרדי עם משאבים בספרדית
- אתרים בסינית (קנטונזית) כוללים את [תכנית ההתערבות המוקדמת בפסיכוזה של הונג קונג](#); [EASY](#), אתר אינטרנט מונפש שבו אנשים בגילאי 15-25 יכולים לקבל מידע על פסיכוזה, הערכה עצמית, חדשות ומקומות לקבל מהם מידע; ו-[Radio-I-Care](#), תחנת רדיו מקוונת במגוון נושאים לגבי מחלות נפש, התערבות, וכיצד לחיות עם פסיכוזה.
- חברת התרופות Astra Zeneca מממנת אתר חינוכי לגבי פסיכוזה והפרעות דו-קוטביות במספר שפות ([גרמנית](#), [רוסית](#), [תורכית](#), ואנגלית).



בעידודו של הנרי לבוריט, כירורג וחוקר צרפתי, חברת התרופות הצרפתית Rhône-Poulenc סינתזה את התרופה chlorpromazine בשנת 1950. המחקר הראשון על יעילות התרופה chlorpromazine בטיפול בסכיזופרניה נערך בידי הפסיכיאטרים הצרפתים ז'אן דליי ופייר דניקר בשנת 1952. ז'אן דליי טבע את המונח "פסיכופרמקולוגיה", שהוצע כהגדרה לתרופות נויורולפטיות (מילולית, "חומרים הלוקחים את העצבים") וביחד עם דניקר, יצר את הסיווג הראשון של תרופות פסיכוטרופיות. Chlorpromazine מצוי בשימוש קליני גם כיום.

בתמונה: דליי (שמאל) ודניקר

Addington AM, Rapoport JL (2009). The genetics of childhood-onset schizophrenia: when madness strikes the prepubescent. *Current Psychiatry Reports*, 11:156-161.

Addington J, McCleery A, Addington D (2005). Three-year outcome of family work in an early psychosis program. *Schizophrenia Research*, 79:107-116.

Addington J, Piskulic D, Marshall C (2010). Psychosocial treatments for schizophrenia. *Current Directions in Psychological Science*, 19:260-263.

Alvarez-Jimenez M, Parker AG, Hetrick SE et al (2011). Preventing the second episode: a systematic review and meta-analysis of psychosocial and pharmacological trials in first-episode psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 37:619-630.

Arango C, Moreno C, Martinez S et al (2008). Longitudinal brain changes in early-onset psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 34:341-353.

Asarnow JR, Tompson MC, Mcgrath EP (2004). Childhood-onset schizophrenia: clinical and treatment issues. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 45:180-194.

Askenazy FL, Lestideau K, Meynadier A et al (2007). Auditory hallucinations in pre-pubertal children. A one-year follow-up, preliminary findings. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 16:411-415.

Bechdolf A, Knost B, Nelson B et al (2010a). Randomized comparison of group cognitive behaviour therapy and group psychoeducation in acute patients with schizophrenia: effects on subjective quality of life. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 44:144-50.

Bechdolf A, Thompson A, Nelson B et al (2010b). Experience of trauma and conversion to psychosis in an ultra high risk (prodromal) group. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 121:377-384.

Bedwell JS, Keller B, Smith AK et al (1999). Why does



postpsychotic IQ decline in childhood-onset schizophrenia? *American Journal of Psychiatry*, 156:1996-1997.

Caspi A, Moffitt TE, Cannon M et al (2005). Moderation of the effect of adolescent-onset cannabis use on adult psychosis by a functional polymorphism in the catechol-O-methyltransferase gene: longitudinal evidence of a gene x environment interaction. *Biological Psychiatry*, 57:1117-1127.

Cutajar MC, Mullen PE, Ogloff JRP et al (2010). Schizophrenia and other psychotic disorders in a cohort of sexually abused children. *Archives of general psychiatry*, 67:1114-1119.

Davis JM, Chen N, Glick ID (2003). A meta-analysis of the efficacy of second-generation antipsychotics. *Archives of General Psychiatry*, 60:553-564.

Dhossche D, Ferdinand R, Van Der Ende J et al (2002). Diagnostic outcome of self-reported hallucinations in a community sample of adolescents. *Psychological Medicine*, 32:619-627.

Escher S, Morris M, Buiks A et al (2004). Determinants of outcome in the pathways through care for children hearing voices. *International Journal of Social Welfare*, 13:208-222.

Escher S, Romme M, Buiks A et al (2002). Independent course of childhood auditory hallucinations: A sequential 3-year follow-up study. *British Journal of Psychiatry*, 181(supp43):s10-s18.

Gaebel W, Riesbeck M, Wolwer W et al (2011). Relapse prevention in first-episode schizophrenia—maintenance vs intermittent drug treatment with prodromebased early intervention: results of a randomized controlled trial within the German Research Network on Schizophrenia. *The Journal of clinical psychiatry*, 72;205-218.

Gothelf D, Apter A, Reidman J et al (2003). Olanzapine,

risperidone and haloperidol in the treatment of adolescent patients with schizophrenia. *Journal of Neural Transmission*, 110:545-560.

Hainsworth C, Starling J, Brand F et al (2011). Trauma and psychotic symptoms: Data from a pediatric mental health inpatient unit. *Journal of Traumatic Stress*, 24:491-494.

Hollis C (2000). Adult outcomes of child- and adolescent-onset schizophrenia: diagnostic stability and predictive validity. *American Journal of Psychiatry*, 157:1652-1659.

Kendler KS, Gallagher TJ, Abelson JM et al (1996). Lifetime prevalence, demographic risk factors, and diagnostic validity of nonaffective psychosis as assessed in a US community sample. The National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 53:1022-1031.

Kolvin I (1971). Studies in the childhood psychoses. I. Diagnostic criteria and classification. *British Journal of Psychiatry*, 118: 381-384.

Kumra S, Frazier JA, Jacobsen LK et al (1996). Childhood-onset schizophrenia. A double-blind clozapine-haloperidol comparison. *Archives of General Psychiatry*, 53:1090-1097.

Lee P, Moss S, Friedlander R et al (2003). Early-onset schizophrenia in children with mental retardation: Diagnostic reliability and stability of clinical features. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42:162-169.

Leeson VC, Sharma P, Harrison M et al (2011). IQ trajectory, cognitive reserve, and clinical outcome following a first episode of psychosis: a 3-year longitudinal study. *Schizophrenia Bulletin*, 37:768-777.

Leucht S, Corves C, Arbter D et al (2009). Second-generation versus first-generation antipsychotic drugs for schizophrenia: a meta-analysis. *Lancet*, 373:31-41.

Losh M, Sullivan PF, Trembath D et al (2008). Current developments in the genetics of autism: from phenome to genome. *Journal of Neuropathology & Experimental Neurology*, 67:829-837.

McGee R, Williams S, Poulton R (2000). Hallucinations in nonpsychotic children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39:12-13.

McGorry PD, Mcfarlane C, Patton GC et al (1995). The prevalence of prodromal features of schizophrenia in adolescence: a preliminary survey. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 92:241-249.

Owens DGC, Johnstone EC (2006). Precursors and prodromata of schizophrenia: findings from the Edinburgh High Risk Study and their literature context. *Psychological Medicine*, 36:1501-1514.

Poletti S, Anselmetti S, Bechi M et al (2010). Computeraided neurocognitive remediation in schizophrenia: durability of rehabilitation outcomes in a follow-up study. *Neuropsychological Rehabilitation*, 20:659-674.

Poulton R, Caspi A, Moffitt TE et al (2000). Children's self-reported psychotic symptoms and adult schizophreniform disorder: A 15-year longitudinal study. *Archives of General Psychiatry*, 57:1053-1058.

Rapoport J, Chavez A, Greenstein D et al (2009). Autism spectrum disorders and childhood-onset schizophrenia: Clinical and biological contributions to a relation revisited. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48:10-18.

Rapoport JL, Inoff-Germain G (2000). Update on childhood-onset schizophrenia. *Current Psychiatry Reports*, 2:410-415.

Schimmelmann BG, Conus P, Cotton S et al (2007). Pretreatment, baseline, and outcome differences between early-onset and adult-onset psychosis in an epidemiological cohort of 636 first-episode patients. *Schizophrenia Research*, 95:1-8.

Schooler N, Rabinowitz J, Davidson M (2005). Risperidone and haloperidol in first-episode psychosis: a longterm randomized trial. *American Journal of Psychiatry*, 162:947-953.

Scott J, Chant D, Andrews G et al (2007a). Association between trauma exposure and delusional experiences in a large community-based sample. *British Journal of Psychiatry*, 190:339-334.

Scott J, Chant D, Andrews G et al (2006). Psychotic-like experiences in the general community: the correlates of CIDI psychosis screen items in an Australian sample. *Psychological Medicine*, 36:231-238.

Scott JG, Nurcombe B, Sheridan J et al (2007b). Hallucinations in adolescents with post-traumatic stress disorder and psychotic disorder. *Australasian Psychiatry*, 15:44-48.

Shevlin M, Dorahy MJ, Adamson G (2007). Trauma and Psychosis: An Analysis of the National Comorbidity Survey. *The American Journal of Psychiatry*, 164:166-169.

Sikich L, Frazier JA, McClellan J et al (2008). Doubleblind comparison of first- and second-generation antipsychotics in early-onset schizophrenia and schizoaffective disorder: Findings from the Treatment of Early-Onset Schizophrenia Spectrum disorders (TEOSS) study. *The American Journal of Psychiatry*, 165:1420-1431.

Spencer EK, Campbell M (1994). Children with schizophrenia: diagnosis, phenomenology, and pharmacotherapy. *Schizophrenia Bulletin*, 20:713-725.

Starling J, Dossetor D (2009). Pervasive developmental disorders and psychosis. *Current Psychiatry Reports*, 11:190-196.

Taylor D, Paton C, Kapur S (2012). *Prescribing Guidelines in Psychiatry*. Oxford:Wiley Blackwell. Volkow ND (2009). Substance use disorders in schizophrenia: clinical implications of comorbidity. *Schizophrenia Bulletin*, 35:469-472.

Xia J, Merinder BL, Belgamwar MR (2011). Psychoeducation for schizophrenia. Cochrane Database of Systematic Reviews. DOI: 10.1002/14651858.CD002831.pub2

Yung AR, Buckby JA, Cotton SM et al (2006). Psychotic-like experiences in nonpsychotic help-seekers: associations with distress, depression, and disability. *Schizophrenia Bulletin*, 32:352-359.

Yung AR, Nelson B, Stanford C et al (2008). Validation of "prodromal" criteria to detect individuals at ultra high risk of psychosis: 2 year follow-up. *Schizophrenia Research*, 105, 10-17.

Yung AR, Phillips LJ, Yuen HP et al (2004). Risk factors for psychosis in an ultra high-risk group: Psychopathology and clinical features. *Schizophrenia Research*, 67:131-142.

Yung AR, Yuen HP, Berger G et al (2007). Declining transition rate in ultra high risk (prodromal) services: dilution or reduction of risk? *Schizophrenia Bulletin*, 33:673-681.

---