

Üç Olgu Nedeniyle Ergenlik Döneminde Bipolar Bozukluk

Kemal Sayar, Mücahit Öztürk, Ö. Akil Özer

Özet: Bipolar Bozukluk ergenlik döneminde erişkin döneme göre farklı klinik özelliklerle seyredilen ve çoğu zaman da yanlış teşhisler alan bir psikiyatrik rahatsızlıktır. Ergenlik döneminde başlayan depresyonlar ileride bipolar bozukluğa dönüşebilmektedir. Karışık ve hızlı döngülü mani bu yaş döneminde erişkin yaşlara oranla daha fazla görülmektedir. Bu yazıda üç olgu örneğinde ergenlik dönemi bipolar bozukluğunun klinik özellikleri ve ayırıcı tanısı tartışılmaktadır. Ayrıca tedavi konusundaki güncel yaklaşımlar gözden geçirilmektedir.

Anahtar kelimeler: Bipolar bozukluk, Mani, Depresyon, Adolesan

Bipolar bozukluğu olan erişkin bireylerde yapılan çalışmalar, erişkinlerin %20-40'ının hastalığın başlangıç yaşı olarak çocukluk yıllarını bildirdiğini göstermektedir. Çocuk ve ergen yaş dönemlerinde mani tanısı koymanın güçlüğü bilinmektedir. Bu çağlarda ortaya çıkan bipolar bozukluk sıklıkla yanlış tanıları almakta ve bu da yanlış tedavi seçimlerine yol açmaktadır (1). Bipolar Bozukluk (BB) ile ilgili çocukluk yaşlarına ilişkin bir epidemiyolojik çalışma olmamakla birlikte, ergen yaşlarında BB yaygınlığının en az erişkin nüfus kadar olduğu bildirilmiştir. Çocukluk ve ergenlikte bipolar bozukluğun az görülme nedenlerinden birisi de pek çok anne babanın kendileri BB olmalarına rağmen, teşhis edilmemeleri ve BB olmaları muhtemel çocuklarına da bu teşhisin konulamamasıdır (2). Çocuk ve ergenlerde bu teşhisin daha az konulmasının nedenleri arasında farklı klinik görünüm, yaygın bazı bozukluklarla semptomların örtüşmesi, semptom ifadesinin yeterli düzeyde olmaması gibi nedenler sayılabilir. Dokuz yaşından küçük manik çocuklarda huzursuzluk (iritabilite) ve emosyonel labilitenin ön planda olduğu, bu yaştan büyük çocuklarda ise öfori, yükselme, paranoya ve büyüklük hezeyanlarının yaygın olduğu bildirilmiştir. Hiperaktivite, basınçlı konuşma ve dikkat dağınıklığı her iki grupta da eşit ölçüde yaygın bulunmuştur (3). Ergenlik döneminde ortaya çıkan BB'un klinik özellikleri şu şekilde özetlenebilir: 1. Negativizm, aşırı kendine güven ve iyi olduğuna dair ısrarla kendisini gösteren ciddi başkaldırı hali 2. Bedensel, zihinsel ve manevi kuvvetleriyle ilgili büyülenme düşünceleri ve abartılı özsaygı 3. Artmış motor

etkinlik, yerinde duramama, hiperaktivite 4. Libidinal dürtülerin abartılması. Ketlenmiş bir çocuk birdenbire cinsel dürtülerini denetleyemeyen, saldırgan bir ergen halini alabilir 5. Erişkinlerdeki uzun yükselme ve çökme dönemlerinin aksine sıklıkla birbirine dönüşen ve örtüşen kısa süreli depresyon ve mani (4). Werry, bipolar ergenlerin yarısından fazlasının ilk görüldüklerinde şizofreni teşhisi aldığını bildirmektedir (5). Bu çalışmada şizofreni hastaları daha anormal kişilik ve hastalık öncesi daha düşük adaptasyon göstermişse de indeks episod sırasında bipolar bozukluk ile şizofreni bulgularının birbirine çok benzediği bulunmuştur (5). Maninin ayırıcı tanısında tıbbi ve psikiyatrik durumları göz önünde bulundurmak gerekir. Steroid kullanımı, hipertiroidi gibi endokrin bozukluklar, kafa travması ve multipl skleroz gibi nörolojik durumlar ayırıcı tanıda unutulmamalıdır (6). Psikiyatrik ayırıcı tanı için üç ana kategori dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, davranım bozukluğu ve şizofrenidir (1). ADHD'li (Attention Deficit Hyperaktivite Disorder) çocukların dikkati de dağınıktır ve onlar da artmış motor etkinlik gösterirler ancak ADHD'nin başlangıcı okul öncesine dayanır ve daha kronik bir seyir gösterir. ADHD'li çocukların benlik saygıları demoralizasyona bağlı olarak düşüktür ancak psikotik bulgu göstermezler. ADHD'li çocukların uykuları yaşlarına oranla bozuktur ve uykuya dalmakta sıkıntıları vardır ancak bu uyku örüntüsü onlar için tipiktir ve manide olduğu gibi genel durumdan bir farklılaşmayı göstermez. Ancak bazı olgularda ergenlik öncesi ortaya çıkan maninin kendisini hiperaktivite olarak gösterebileceği unutulmamalıdır. Bu iki durum birlikte de bulunabilir. Bir çalışmada ergenlik öncesi bipolar bozukluk hastalarında %90, ergenlik dönemi BB hastalarında da %30 oranında hiperaktivite bildirilmiştir (1,6,7).

Vakıf Gureba Eğitim Hastanesi Psikiyatri Kliniği Aksaray, İstanbul

Yazışma adresi: Dr. Kemal SAYAR

Vakıf Gureba Eğitim Hastanesi Psikiyatri Kliniği Aksaray, İSTANBUL

Davranım bozukluğu olan çocuk ve ergenler acı verici sonuçları olan tehlikeli eylemlerde bulunabilirler. Psikotik bulgu, basınçlı konuşma ve fikir uçuşması göstermezler. Daha çok başkalarına zarar verir ve akabinde bir suçluluk ya da pişmanlık hissetmezler. Davranım Bozukluğu olan çocuklardaki şüphecilik paranoya ile karıştırılabilirse de bu daha çok yakalanma ve cezalandırılma korkusuyla ilişkilidir (1,6,7). Davranım Bozukluğu da tıpkı ADHD gibi ergenlik öncesi başlayan BB'un bir görünümü olabilir. Bir çalışmada ergen BB hastalarının %18'inde DSM-IV ölçütlerine göre Davranım Bozukluğu tanısı konulmuştur (8). Şizofreni ise bipolar bozukluğa oranla daha sinsi başlangıç gösterir ve ailede genellikle şizofreni öyküsü bulunur. Fikir uçuşması ve basınçlı konuşma şizofren çocuk ve ergenlerde daha az görülür. Bunlara ek olarak madde kötüye kullanımı da ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır. Çok hızlı döngülü mani çocuk ve ergen iki uçlu durumlarının bir özelliği olmakla birlikte, amfetamin kullanımına bağlı yükselme ve 'düşme'lerin bir tezahürü de olabilir (1,6,7).

Çocukluk çağında başlayan manik-depresif hastalığın daha ciddi olabileceği, kronik ve episodik olmayan bir seyir izleyebileceği ve tedaviye dirençli ve ağır hasta erişkinlerde olduğuna benzer bir biçimde karışık, hızlı döngülü özellikler gösterebileceği bildirilmiştir. Daha ciddi BB olgularının ebeveynlerin dikkatini çektiği, daha kısa süreli manik episodların eğer okul performansını bozmuyorlarsa görmezden geldiği yolunda bir olasılık da söz konusu olabilir. Akiskal çocukluk ve ergenlik döneminde ortaya çıkan depresyonların ileride bipolar bozukluğa dönüşebileceğini yazmaktadır (9).

Bipolar Bozukluk ergenlerde 'atipik' özellikler göstermekte ve sıklıkla karışık manik özelliklerle seyretmektedir. Karışık mani, ya da başka türlü adlandırmalarla depresif veya disforik mani geniş anlamda belirgin depresif bulgularla seyreden maniyi ifade etmektedir. Ergen manileri erişkin manilerine oranla daha fazla karışık özellik göstermekte ve depresif özellikler yüksek oranlarda klinik tabloya eşlik etmektedirler (10). Karışık manide intihar düşüncesi ve davranışının saf manilere oranla daha yaygın olduğu gösterilmiştir (11). Gerek teşhis gerekse tedavi açısından ergenlik döneminde maninin tanınması önemlidir. Bu amaçla üç ergen BB olgusunu sunmak ve bozukluğun bu yaşam dönemindeki özelliklerini ve tedavisini tartışmak istiyoruz.

Olgu Sunumu

Olgu 1: N. 15 yaşında lise 1. sınıfa giden kız çocuğu. Psikiyatri polikliniğine baş ağrısı, okula

gitmek istememe, durgunluk, sinirlilik ve kendine zarar verme isteği gibi şikayetlerle annesi tarafından getirildi. N.nın babası N. 7 yaşında iken ölmüş. Annesi, kardeşi ve anneannesiyle birlikte yaşıyor. N. küçüklüğünde aşırı hareketli yerinde duramayan, yaramaz olarak nitelendirilen bir çocukmuş. İlkokulda ders başarısı orta derecedeymiş. Derslere karşı ilgisizmiş. Anne 49 yaşında orta okul mezunu ev hanımı. Kendini duygusal, çevresindeki olaylardan çabuk etkilenen, çocuklarına aşırı düşkün biri olarak tanımlıyor. Baba aşırı sinirli, 'ne zaman ne yapacağı belli olmayan', huzursuz biriymiş. Ölümünden önce psikiyatrik tedavi görmüş ve çeşitli ilaçlar kullanmış. Kardeşi 7 yaşında, mental retardasyon tanısıyla izleniyor. Halası yaklaşık 15 yıldır depresyon ve anksiyete bozukluğu tanılarıyla psikiyatrik tedavi görüyor. N.nın çocukluk döneminde aşırı hareketliliği ve kurallara uyma zorluğu nedeniyle çocuk psikiyatrisi kliniğine götürülmüş ve uyum bozukluğu tanısı ile ismini bilmedikleri bir ilaç kullanmış. Ortaokula başladığında sınıfı içinde kurallara uymama nedeniyle öğretmenleri tarafından uyarılıyor ve sık sık anne okula çağırılıyormuş. Ders başarısı ise sürekli düşükmüş. Okuldan kaçma ve disiplinsiz davranışları nedeniyle okulda çeşitli zamanlar ceza da almış. Lise 1. Sınıfa başladığı ilk günlerde durgunlaşmış, içe kapanmış çevreyle olan ilgisi azalmış, sürekli uyumak istiyor, odasına kapanıp ağlıyormuş. Anne önce çocuğunun madde kullanıyor olmasından şüphelenmiş, ancak bunu destekleyen kanıtlar bulamamış. Anne N.yı baş ağrısı şikayetiyle nöroloji polikliniğine götürmüştü. Yapılan muayene, kraniyal MR ve EEG incelemelerinde patoloji tespit edilmeyerek psikiyatri polikliniğine gönderilmiş. Psikiyatrik muayene sonrasında depresif bozukluk tanısı alan N.ya 20 mg/gün fluoksetin tedavisi başlanmış. 3 ay düzenli ilaç kullandıktan sonra belirtilerin düzelmesiyle birlikte hasta tedavisini yarım bırakmış. İzleyen 6 aylık sürede N.nın uyumu ve genel durumu oldukça iyi iken okulların açılmasıyla birlikte sinirlilik, karşı gelme ve okulda uyumsuzluk şikayetleri yeniden başlamış. Gün içerisinde çok neşeli, mutlu, neşeli ve gülüp oynayan halleri yanında aşırı öfkeli, tedirgin, durgun, içe kapalı halleri de olabiliyormuş. Örneğin sabah çok neşeli kalkıp güle oynaya okula gidiyor ancak okula geldikten bir süre sonra ağlamaya başlıyor ve annesi okula çağrılarak eve götürülmesi isteniyormuş. Uyku düzeni tamamen bozulmuş, bazen 48 saat uykusuz kalabiliyor bazen de 24 saat aralıksız uyuyabiliyormuş. Günde 3 paket sigara içiyor ve okula kola kutularında bira götürüyormuş.

Arkadaşlarından ismini bilmediği sakinleştirici nitelikte ilaçlar alıp kullanmış. Neşeli olduğu dönemlerde giysi ve makyajında bir aşırılık ve abartı göze çarparken, durgun dönemlerinde kendi bakımına hiç özen göstermiyormuş. Özürlü kardeşine tutumu da sürekli değişiklik gösteriyormuş. Onu acımasızca dövdükten bir süre sonra aşırı koruyucu bir tutum gösterebiliyormuş. Bazı günler alışverişe çıkıyor ve annesinin tanımlamasıyla 'adeta ne bulursa' alıyormuş. Daha sonra annesine gelip bunları kullanmayacağını, niçin aldığını bilmediğini söylüyor ve para harcadığı için özür diliyormuş. Evde sürekli konuşan, her şeye müdahale eden ve hiç kimseyi beğenmeyen hali bir süre sonra suskun, ilgisiz ve kendini suçlayan bir hal ile yer değiştirebiliyormuş. Annesinin olmadığı bir gün evde kolasının içine fare zehri katarak içmiş. Bilinci kapalı olarak yoğun bakıma kaldırılmış. 4 gün yoğun bakımda kaldıktan sonra psikiyatrik konsültasyon amacıyla kliniğimize sevk edilmişti. N. görüşme sırasında alçak sesle konuşuyor, sorulara kısa yanıtlar veriyordu. Bitkin bir görünümü vardı. İntihar girişimi hakkında konuşmak istemedi. Düşünce içeriğinde suçluluk ve değersizlik düşünceleri hakimdi. Duygu durumu depresifti. Detaylı görüşme amacıyla N. 2 gün sonra tekrar çağrıldığında görüşme odasına sinirli bir şekilde girdi, üzerinde oldukça dikkat çeken bir giysi vardı. Hemen konuya girdi ve kendisini çok kötü hissettiğini, bir şeyler parçalamak, kırmak istediğini söyledi. Sürekli konuşuyor, annesini suçluyor ve evden ayrılmak istediğinden söz ediyordu. Yüksek sesle konuşuyor, konudan konuya atlıyor ve sürekli sakinleştirici ilaç istediğini söylüyordu. Görüşmenin ortasında sorulara cevap vermeyeceğini söyledi ve öfkeli bir şekilde odayı terk etti. Anneyle yapılan görüşme sonrasında tedaviye yataklı kurumda devam edilmesi önerildi. Ancak anne yatarak tedaviyi kabul etmedi.

Öykü ve psikiyatrik muayene göz önüne alınarak hastamıza majör depresif epizodu takiben ortaya çıkan karışık epizodun varlığı ile duygulanım bozukluğu, bipolar I tanısı kondu. Hastaya Valproat 1000 mg/ gün başlandı. Bulguları hızla düzeldi ve bir yıllık izlem içinde herhangi bir depresif, manik ya da karışık hecmesi olmadı.

Olgu 2: G. 14 yaşında orta 3. Sınıf öğrencisi kız çocuğu. Anne ve teyzesiyle birlikte yaşıyor. G. acil psikiyatri polikliniğine sıkıntı hissi, sürekli ağlama ve konuşamama şikayetleri ile getirilmiş. Konversiyon bozukluğu tanısı ile çocuk psikiyatrisi polikliniğine gönderilmiş. Anne 42 yaşında ev hanımı, baba 51 yaşında

ticaretle uğraşiyor. Anne baba G. 1 yaşında iken boşanmışlar. G. bebekliğinden beri anne ve teyzesiyle aynı evde kalıyor. Babayı 7 yaşına kadar hiç görmemiş, son yıllarda ise 2-3 ayda bir görüyor. G. bir özel okulun orta 3. sınıfına gidiyor. Derslerinde oldukça başarılı, sürekli sınıf birincisi olan ve tüm öğretmenlerinin gözdesi bir öğrenciymiş. Yaşlıtlarından çok büyük insanlarla arkadaşlık eder ve yaşlıtlarının grup etkinliklerine katılmak istemezmiş. Teyze ve anne daha önce depresyon tanısı ile tedavi edilmişler. Anne aşırı hassas, duygusal, çocuğuna aşırı düşkün ve koruyucu biriymiş. Baba çabuk sinirlenen, ilgisiz, daha çok kendini düşünen ve duygularını belli etmeyen biriymiş. G. acil polikliniğine başvurmada bir ay öncesinde okuldan sıkıldığından söz etmeye başlamış. Derslerine ilgisi azalmış ve ders başarısı düşmüş. Evde daha çok televizyon seyrediyor ve uyuyormuş. Son bir haftadır evden hiç dışarı çıkmamış, okula gitmemiş. Ev içinde kendi odasında yatıyor, perdeleri kapalı tutuyor ve ışığı da açtırmıyormuş. İştahı azalmış ve kilo kaybetmiş. Arkadaşları ve öğretmenlerinin telefonlarına çıkmıyor, kimseyle konuşmak istemiyormuş. Acil polikliniğine geldiği gün konuşmama ve sorulara cevap vermemeye başlamış. Hastaya majör depresyon tanısı konarak 75 mg/gün imipramin tedavisi başlanmış. Hastamız ilaçlarını düzenli kullanmamasına rağmen rahatlamış ve normal yaşamına dönmüş. Ancak devamsızlık nedeniyle sınıfta kalmış ve okulu bırakma kararı almış. Yaz dönemi rahat ve sıkıntısız geçmiş. Okulların açılmasıyla birlikte ailenin ısrarlarına rağmen okuluna devam etmemiş. Bu dönemde gece sabaha kadar oturuyor, gündüz ise uyuyormuş. Yataktan çok zor kalkıyor, odasından dışarı çıkmak istemiyor, yemeyi reddediyor ve öfkeli davranışlar sergiliyormuş. Öğleden sonraları ise açılıyor, neşeli bir hali oluyor, çok konuşuyor, sürekli dışarı çıkmak istiyormuş. Eskiden tanıdığı arkadaşlara telefon ederek randevulaşılıyor ve gece geç saatlere kadar geziyor ve eğleniyormuş. Birkaç erkek arkadaşıyla aynı zamanda flört etmeye başlamış. Bazen ise bu arkadaşlarının telefonlarına çıkmıyor, onları terk ettiğini söylüyormuş. Aynı gün içinde kendisi telefon edip arkadaşlarını yanına çağırıyor ve onlarla eğlenmeye gidiyormuş. Sabah ağlayan, ölmek istediğini söyleyen G. birkaç saat sonra neşeleniyor, dünyanın en mutlu insanı olduğunu söylüyormuş. Annesine bazen çok acımasız davranıyor ve adeta saldırıyor bazen de yaptıklarından dolayı pişmanlık duyuyor ve sürekli özür diliyormuş. Aşırı alışveriş yaptığı ve para harcadığı dönemler oluyormuş. Sürekli kıyafetler alıyor ancak bunların çoğunu bir kez

dahi giymiyormuş. Neşeli olduğu zamanlarda evde dahi aşırı makyaj ve abartılı denebilecek ve yaşına uygun olmayan takılarla dolaşıyormuş. Kendini iyi hissettiği dönemlerde sürekli eve arkadaşlarını çağırıyor ve onlarla vakit geçirmek istiyormuş. Bir gün sabah yine huzursuz kalktığı bir gün annesine hakaret ederek kendini banyoya kilitlemiş. Jiletle bileklerini keserek ölmek istemiş. G. her iki bileği sarılı bir şekilde acil poliklinik odasında görüldü. Bitkin ve üzüntülü bir yüz ifadesi vardı. Kendine bakımı iyi değildi. Alçak sesle ve tek kelimelerle konuşuyor, sorulara kısa cevaplar veriyordu. Ölmek istediğinden söz ediyordu. Son yaşadıkları olaylarla ilgili yoğun pişmanlık ve suçluluk düşünceleri vardı. Kendisini değersiz hissediyor ve sevdiğilerine zarar verdiğini söylüyordu. Hastada teşhis olarak çok hızlı döngülü bipolar bozukluk, depresif hecme düşünülüyor ve intihar riski nedeniyle yatırılarak tedavi edilmesine karar verildi. Valproat 1000 mg/gün ve Sertralin 50 mg/gün başlandı. Hasta bir ay içinde tedaviye cevap verdi. Hastanın kullandığı antidepresanın duygudurumda 'kayma'ya yol açabileceği hatırd tutularak taburcu edildikten sonra sık kontrollere çağırıldı. Hasta üç yıldır tarafımızdan izlenmekte ve koruyucu tedavisi sürmektedir.

Olgu 3: 17 yaşında lise son sınıf öğrencisi erkek hasta K. sinirlilik, öfke, yoğun intihar düşünceleri, hayattan zevk almama, derslerine karşı ilgisizlik, sürekli ağlama, uyku ve iştahında azalma şikayetleriyle ailesi tarafından psikiyatri polikliniğine getirildi. Ailesinin ifadesine göre K. okulunda sevilen, başarılı, müzikle ilgilenen ve ailesiyle uyumu iyi bir gençti. Anne evhanımı, baba ticaretle uğraşıyordu ve aile çocuklarına karşı çok ilgiliydi. Alınan öyküden K.nın yaklaşık üç yıldır psikiyatrik tedavi gördüğü, bir kez kapalı bir koğuşta yatırılarak antipsikotik ilaçlarla tedavi edildiği ve bu üç yıl boyunca çeşitli antipsikotik ve antidepresan ilaçları kullandığı öğrenildi. K.nın yakınmaları üç yıl önce içine kapanma, odasından dışarı çıkmama, ailesinden uzaklaşma, derslerine ilgisini yitirme ve uykusuzlukla başlamıştı. Aile o dönemde bunun geçici bir sorun olduğunu düşünerek üzerinde durmamıştı. Yaklaşık iki ay sonra K. bir akşam evdeki eşyaları ve camları kırdığı bir saldırganlık göstermiş, çevresindeki insanlarla kavga etmeye başlamış ve bunun üzerine bir yataklı kurumda tedavi altına alınmıştı. Antipsikotik tedaviyle yoğun ekstrapiramidal yan etkiler gösteren ve kendi deyimiyle 'robotlaşan' K.bir süre sonra yeniden çevresine ilgisini kaybettiği, bedeninin çirkin olmasından dolayı utandığını ve boyunu kısaltacak bir ameliyat istediğini söylediği, sürekli ağladığı ve ölümü

düşündüğü yeni bir döneme girmiş. Bu dönem sırasında antidepresan ilaçlar kullanmış ve iyileşmiş. İyilik hali uzun süre devam etmiş. Bir gece yüzünü boyayarak, 'I'm the best' yazılı bir tişörtle arkadaş toplantısına gitmiş. Ailesi o dönemde K.nın davranışlarını 'tuhaf' bulduklarını, ancak kendine aşırı güven gösterdiği, neşeli ve enerjik olduğu için tedaviyi düşünmediklerini söylüyor. Yine o dönemde K. zaman zaman huzursuz ve sıkıntılı davranışlar gösteriyor, neşeliyken birden ağlamaya başlayabiliyormuş. Bu döneminde K. alkollü olarak okula gitmiş ve daha önce hiç yapmadığı halde bir öğretmeniyle derste bağırarak tartışmış. Bu dönemi ilaçsız geçiren K.nın daha sonra çok yakınlaştığı bir kız arkadaşı olmuş ve onunla beraber olduğu birkaç ay boyunca kendisini iyi hissetmiş. Bu kız arkadaşı kendisinden ayrıldığında ise büyük bir sıkıntı içine girmiş. Hasta bu dönemde tarafımızdan görüldü. Yakınmalarını çok sevdiği kız arkadaşının kendisini terk etmesine bağlıyor ve hayatın artık kendisi için bir anlamı kalmadığını, ölmekle herkesi dertten kurtaracağını söylüyordu. Aile öyküsü sorgulandığında büyükbabasının bir ruhsal rahatsızlık geçirdiği ve hastanede yattığı öğrenildi. Ancak K.nın babası bu konuda fazla konuşmak istemedi. K.nın durumu major depresyon olarak değerlendirildi ve Venlafaksin 150 mg/gün başlandı. Bir hafta sonra yakınmalarının yoğunlaşması ve intihar düşüncelerinin yoğunlaşması üzerine Alprazolam 3 mg/gün eklendi ve Venlafaksin 300 mg/gün'e çıkıldı. Bir hafta sonraki muayenede K. çok neşeliydi, doktoruna kendisiyle ilgili olarak yazdığı yüzlerce sayfalık bir metni yüksek sesle okuyor, yerinde oturamıyor, sürekli dolaşarak hayatla ilgili 'kendisinin geliştirdiği' düşünceleri tekrarlıyor, dikkati sürekli çevresel uyaranların birinden diğerine kayıyordu. Bu neşe içinde birden hüzünleniyor, ağlıyor ve ölümle ilgili düşüncelerini dile getiriyordu. K.nın bu durumu antidepresanların yol açtığı mani olarak düşünülüyor ve geçmiş öyküsü de dikkate alınarak, bipolar bozukluk tanısıyla valproat 1000mg/gün ve olanzapin 5 mg/gün başlandı. Hastanın duygudurumu bir aylık tedavi sonucunda ötimik duruma geldi. Okuluna başladı, müzik çalışmalarına döndü. Üç aylık izlem boyunca duygulanımında herhangi bir dalgalanma olmadı. Hasta halen düzenli olarak kontrol muayenelerine gelip gitmektedir.

Tartışma

Ergenlik dönemi manisinde 'şizofreniform' özellikler yaygın olarak gözlenmekle birlikte, bunun erişkin dönemde başlayan maniden nitelik

olarak farklı olmadığı, aradaki farkın derece farkı olduğu ileri sürülmüştür (12). Klinik tablonun 'atipik'liğine ve sıklıkla şizofreni, ADHD ve davranım bozukluğu tanılarının yanlışlıkla konulmasına rağmen, klinik izlem pek çok olguda hastalığın iki uçlu doğasını açığa çıkarmaktadır. Sunduğumuz üç olgu depresyon olarak başlamış ve zaman içerisinde iki uçlu duygulanım bozukluğu tablosu netlik kazanmıştır. İki ayrı çalışma, ergenlik sonrası depresyonlarından hangilerinin iki uçlu nitelik kazanabileceğiyle ilgili ipucu vermektedir. Bu çalışmalara göre ilk depresyonun ergenliğin erken dönemlerinde başlaması, hipersomnik-retarde görünüm, psikotik özellikler, trisikliklere bağlı hipomani ve iki uçlu bozukluk aile öyküsü depresyonun ileride iki uçlu bozukluğa dönüşebileceğini düşündürmelidir (12,13). Sunduğumuz olgularda intihar düşüncesinin yoğun olduğu görülmektedir. Ergenlik döneminde başlayan bipolar bozukluk, özellikle karışık mani sıklıkla yoğun intihar düşüncelerine yol açabilmektedir. Karışık mani ile saf maniyi intihar düşüncesi açısından karşılaştıran çalışmalar daha yüksek yaygınlık bildirmektedirler (11,12). Bipolar Bozukluğu olan ergenlerde intihar riskinin başka tanıları olan ergenlere göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir (13). Duygudurum bozukluklarıyla madde kötüye kullanımı ileri yaştaki ergenlerde ve genç erişkinlerde sıklıkla karşımıza çıkmaktadır. Karışık mani fenomenolojisi üzerine yapılan çalışmalar karışık episod yaşayan hastaların hastalığın başlangıcında depresif dönem yaşama olasılıklarının daha fazla olduğunu göstermektedir (14). Sunduğumuz olgularda da bipolar bozukluk depresif dönemlerle başlamaktadır. Bir olguda antidepresan kullanımına bağlı hipomani görülmüştür. İki uçlu Bozukluğu olan bireylerde antidepresanların siklotimik kişilik üzerinden hipomaniye yol açabildiği bilinmektedir. Bu hastaları antidepresan ilaçlarla hipomaniye giren klinik depresyon hastalarından ayırmak gerekir zira depresif bozukluğun gerisinde depresif kişilik vardır. Bipolar III olarak adlandırılan grubun özelliği, ailede bipolar hastalık öyküsünün bulunmasıdır (15). İkinci olguda hızlı döngülü özellik dikkat çekmektedir. Bu olgu Bipolar Bozukluğun ergenlik döneminde ne ölçüde farklı görüngüler gösterebileceğine tanıklık etmektedir. Çocukluk (ergenlik öncesi) döneminde başlayan manik depresif bozukluğun ani ve akut başlangıç göstermeyebileceği, ergenler ve erişkinlerin aksine episodlar arasında düzelmeler olmayabileceği bilinmektedir (1,10). Bu çocuklar sürekli, karışık manik, çok sayıda kısa episodla giden hızlı döngülü bir seyir gösterirler. Gülme

nöbeti içindeki bir çocuk hiçbir çevresel uyaran olmadan kendini kötü hissedebilir, intihar düşüncelerinden, kendini vurmaktan söz etmeye başlayabilir. Karışık manik ve hızlı döngülü özellikleri olan erişkinler ayrı episodları olanlara göre daha kötü bir seyir gösterirler (16). Hastaneye yatırılan iki uçlu ergen hastalarda da kötü bir prognoz bulunmuştur (16).

Çocuk ve ergen BB'nun tedavisi konusundaki bilgiler daha çok anekdotal raporlara dayanmaktadır. Bu konuda yapılmış sadece bir plasebo kontrollü, çift kör çalışma vardır ve bilgiler daha çok, erişkinlerde yapılan çalışmalardan sağlanmaktadır. Ancak erişkin depresyonuyla ilgili ilaç çalışmaları çocuk ve ergenlerde başarılı bir tahmin sağlamamıştır (17). Trisiklik antidepresanlar çocuk ve ergen nüfusta plasebodan daha etkili bulunmamıştır. Bu nedenle bu yaş grubuna özgül ilaç çalışmalarına ihtiyaç vardır. Lityum ergen bipolar hastalarda plasebodan daha etkili bulunmuştur. Erişkinlerde alınan önlemler alınmak suretiyle lityumun çocuk ve ergen nüfusta da verilebileceği düşünülmektedir (17). Valproat ve karbamezapinin de çocuk ve ergenler BB hastalarında ümit verici sonuçlara yol açtığı görülmektedir (17). Çocukluk ve ergenlik dönemi manik depresif hastalığının erişkinlerde kötü prognozun belirleyicisi olan karışık ve hızlı döngülü özellikleri dolayısıyla, antimanik tedavinin süresinin ne kadar olacağı tartışmalıdır. Uzun dönem lityum sürdürüm tedavisinin tedaviye ara vermektan daha yararlı olabileceği söylenmektedir (1,17).

Kontrollü olmayan çalışmalarda erişkinlerde lityuma cevap vermeme nedenlerinden olan karışık ve hızlı döngülü maninin çocuk ve ergenlerde de lityuma direnç oluşturabileceği bildirilmiştir. Bir çalışmada lityuma dirençli 46 hastanın 23'ünün 12-19 yaşları arasında olduğu bulunmuştur. Bir başka çalışmada yedi ilk episod bipolar bozukluk hastasının üçünün 28 günlük tedavinin sonunda lityuma cevap vermediği gösterilmiştir. Bu hastaların ikisinde karbamezapin başarılı olmuştur. 19 tedaviye dirençli bipolar ergen üzerinde yapılan bir çalışma (11 akut mani ve 8 karışık mani) lityum ve karbamezapin kombinasyonunun bu hastalarda etkili olduğunu göstermiştir Eşlik eden kişilik bozukluğunun ergen BB hastalarında lityuma direnci artırdığı bildirilmektedir (1,15,18). Bipolar ergenlerin tedavisinde EKT'nin yararlı olduğunu bildiren yayınlar vardır. İkisi hızlı döngülü olmak üzere dokuz BB hastasının 8'inde EKT etkili bulunmuştur (19).

Sonuç

Ergenlik döneminde mani ayırıcı tanısı ve tedavisi özenle yapılması gereken, erişkin manisinden farklı görünümle seyredilen bir durumdur. Hastalığın şizofreniye benzer semptomatolojisi klinisyeni yanıltmamalı ve gerek kişisel gerekse de aile öyküsünden alınacak bilgilerle doğru tanıya varılabilmelidir. Bipolar Bozukluğun başlama yaşının giderek düştüğü (20) ve bu bozukluğun ergenlik döneminde intihar riskini artırdığı (13) hesaba katılırsa, iyi tedavi edilmediğinde büyük bir yıkıma yol açabilecek bu rahatsızlığın, mümkün olan erken dönemde tanınmasının yararı daha açık görülecektir.

Bipolar Disorder in Adolescents : A Report of Three Cases

Abstract: Bipolar Disorder in adolescence may manifest itself differently from adult life and hence may be the subject of wrong diagnoses. Juvenile onset depressions may turn into bipolar states in adult life. Mixed or rapid cycling mania is more prevalent in adolescents compared to adults. In this article, we discuss the clinical features and differential diagnosis of bipolar disorder in adolescence by giving three case presentations. Also treatment options in bipolar disorder are reviewed.

Key words: Bipolar Disorder, Adolescence, Depression, Mania

Kaynaklar

1. Geller B, Luby J: Child and adolescent bipolar disorder: a review of the past 10 years. J. Am Acad. Child Psychiatry 36 (9): 1168-1176, 1997.
2. Lewinsohn PM, Klein DN, Seeley JR: Bipolar disorders in a community sample of older adolescents: prevalence, phenomenology, comorbidity, and course. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 34:454-463, 1995.
3. Carlson GA: Bipolar affective disorders in childhood and adolescence. In: Affective Disorders in Childhood Adolescence ed: Cantwell DP, Carlson G. New York Septrum Publications. 1983, pp:73-112.
4. Feinstein SC: Adolescent affective disorders. Adolesc Psychiatry. 20:7-21, 1995.
5. Werry JS, McClellan JM: Predicting outcome in child and adolescent (early onset) schizophrenia and bipolar disorder J.Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 31 : 147-150, 1992.
6. Harrington R: Affective Disorders. In: Rutter M. Child And Adolescent Psychiatry. Blackwell Science Oxford 1994, pp 330-350.
7. Weller EB, Weller RA, Fristad MA: Bipolar disorder in children: misdiagnosis, underdiagnosis, and future directions J Am Acad. Child Adolesc. Psychiatry 34:6, 1995.
8. McElroy SL, Strakowski SM, West SA et al Phenomenology of adolescent and adult mania in hospitalized patients with bipolar disorder. Am J Psychiatry 154:44-49, 1997.
9. Akiskal HS: Developmental pathways to bipolarity: Are juvenile-onset depression pre-bipolar. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 34:6, 1995.
10. Geller B, Sun K, Zimmerman B, Luby J, Frazier J, Williams M: Complex and rapid-cycling in bipolar children and adolescents: a preliminary study. J Affect Disord 34:259-268, 1995.
11. Strakowski SM, McElroy SL, Keck PE et al Suicidality among patients with mixed and manic bipolar disorder. Am J Psychiatry 153:674-676, 1996.
12. Dilsaver SC, Chen YW, Swann AC et al Suicidality in patients with pure and depressive mania. Am J Psychiatric Association 151:1312-1315, 1987.
13. Brent DA, Perper JC, Moritz G et al Psychiatric risk factors for adolescent suicide: a case-control study. J. Am Acad Child Adolesc Psychiatry 32:521-529, 1993.
14. Freeman MP, McElroy SL: Clinical picture and etiologic models of mixed states, The Psychiatric Clinics of North America 22:3: 7-21, 1999.
15. Akiskal SH, Pinto O: The evolving bipolar spectrum. The Psychiatric Clinic of North America 22:3 : 517-533, 1999.
16. Strober M, Carlson G: Bipolar illness in adolescents with major depression clinical genetic and psychopharmacological predictors in a three to four year prospective follow up investigation. Arch Gen Psychiatry 39:549-555, 1982.
17. Kafantaris V: Treatment of bipolar disorders in children and adolescents J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 34: 6:732-741, 1995.
18. Geller B, Todd RD, Luby J, Botteron K: Treatment-resistant depression in children and adolescents. Psychiatr Clin North Am 19:253-267, 1996.
19. Bertagnoli MW, Borchardt CM. A review of ECT for children and adolescents. Case Study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 29;2:302-307, 1990.
20. List JD, Dime Meenan S, Whybrow PC, Price RA, Hirschfield RM: The national depressive and manic-depressive association (DMDA) survey of bipolar members. J Affect Disord 31:281-294, 1994.