

Çocukluk Çağı Bipolar Bozukluk Fenotip Özellikleri Gösteren Bir Olgu Serisi

Dr. F. Neslihan İNAL EMİROĞLU¹, Dr. Özlem GENCER BOZABALI²

ÖZET

Bipolar bozukluğun geç ergen ve erişkinlik dönemine ait gidişi bilinmekle birlikte, çocukluk ve erken ergenlik başlangıçlı bipolar bozukluk hakkında çok az bilgi vardır. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi kliniğinde izlenen ve bipolar bozukluk fenotip özellikleri taşıdığı düşünülen, 7-15 yaşları arasında 7 olgu incelenmiştir. Olguların belirtileri ve tanıları, Geller ve arkadaşları tarafından 1996'da geliştirilen St. Louis Washington Üniversitesi Çocuk ve Gençler için Duygulanım bozuklukları ve Şizofreni ölçeği -Şimdiki zaman ve yaşam boyu- (WASH-U-KSADS) ile değerlendirilmiştir. Olgularda belirtilerin sıklığı, şiddeti ve döngü özelliklerinin saptanması amaçlanmıştır. Turgay DSM-IV Yıkıcı Davranış Bozuklukları Ölçeği kullanılarak dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) özelliklerinin bipolar afektif bozukluk fenotipinde görülüş sıklığının değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Yedi olgunun WASH-U-KSADS ile değerlendirilmesi sonucunda, en sık görülen eşik üstü belirtiler grandiyozite, distraktibilite, anormal enerji olmuştur. Olguların dördünde karışık döngüsel özellikler ve olguların beşinde ultra çok hızlı döngüsel özellikler saptanmıştır. Daha kesin ve geçerli bilgiler için, tedavi ve gidişle ilgili yapılacak yeni araştırmalara gereksinim vardır.

Anahtar Sözcükler: Bipolar bozukluk, fenotip, yıkıcı davranış bozuklukları, ayırıcı tanı

SUMMARY: Case Series with Childhood Bipolar Disorder Phenotype Features

Although outcomes of bipolar disorder with onset in late adolescence and adulthood have been reported, little is known about childhood and prepubertal onset mania. There is a considerable overlap between the diagnostic criteria for mania and disruptive behavioral disorders, particularly attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). The overlapping diagnostic boundaries need to be described. We aimed to determine the frequency and severity of symptoms and cycling features in our patients. We reported 7 cases (between 7 and 15 years old) with bipolar phenotype features who were being followed in our unit. The Washington University at St. Louis-Kiddie and Young Adult Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Present state and lifetime-B. Geller et al.1996 (WASH-U-KSADS) was used for the assessment of psychiatric diagnoses and symptomatology. The Turgay DSM-IV Disruptive Behaviour Disorders Scale was used to determine the frequency of comorbidity between ADHD symptoms and bipolar disorder phenotype features. The most frequent severe symptoms observed at the end of the assessment by WASH-U-KSADS were grandiosity, distractibility, and unusual energy. Four of the cases had mixed cycling features. Five of the cases had ultradian cycling features. All these findings suggest that more research should be carried out on psychosocial and psychopharmacological strategies and pathogenetic mechanisms for mania during the prepubertal and early adolescent years.

Key Words: Bipolar disorder, phenotype, disruptive behavior disorder, differential diagnosis

¹Uzm., ²Yrd. Doç., Dokuz Eylül Ü Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi AD., İzmir.

GİRİŞ

Bipolar bozukluğun geç ergen ve erişkinlik dönemine ait gidişi ile ilgili pek çok araştırma bulunmasına karşın (Coryell ve ark. 1990, Lewinsohn ve ark. 1995), çocukluk ve erken ergenlik başlangıçlı bipolar bozukluğun gidişi hakkında çok az bilgi vardır (Geller ve ark. 2001a). Ergenlik dönemi öncesi bipolar bozukluğu araştıran epidemiyolojik çalışma yoktur. İlk kez Kraepelin, 900 erişkin manik depresif hastanın öykülerinden yola çıkarak, % 0.4'ünde ilk atağın 10 yaş altında olduğunu belirtmiştir. 1884 ve 1954 arasında yayımlanan psikiyatrik yazını gözden geçiren Anthony ve Scott (1960), tanı alan 60 çocuk ve ergene kendi tanı ölçütlerini uygulamış, yalnızca 3 olgunun (%5) mani tanısı aldığını bildirmişlerdir. Daha sonraki çalışmalarda tanı ölçütleri yeniden belirlenmiştir. Bu dönemdeki bipolar bozukluk özellikleri döngüsel olmayan gidişli, kronik karışık (mikst) ya da süregen hızlı döngülü anormal "afektif patlamalar"la nitelenen yatıştırılamayan öfke ve huzursuzluk olarak tanımlanmıştır (Geller ve ark. 1995, Hechtman ve Greenfield 1997, Sanchez ve ark. 1999).

Çocukluk ve erken ergenlik döneminde görülen bipolar bozukluğun ayırıcı tanısında en önemli sorun, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) tanısı ve belirtileri ile yaşanmaktadır. Bu sorun hem her iki bozukluğun yüksek oranda eş tanı almasından, hem de DSM-IV (APA 1994) tanı ölçütlerine göre örtüşen belirtilerden (hiperaktivite, distraktibilite) kaynaklanmaktadır (Biederman ve ark. 1998, Geller ve ark. 1995, Geller ve ark. 2000a). Erken dönemde tanıya yönelik yapılacak araştırmalar, bozukluğun gidişi, etyopatogenezi ve sağaltımı hakkında pek çok yarar sağlayabilir. Son çalışmalarda, çocuk ve erken ergenlikteki "bipolar bozukluk fenotipi" DSM-IV temel mani ölçütlerinden en az birini karşılayan en son manik atak olarak değerlendirilmektedir. Bu temel belirtilerden biri mutlaka neşe ve artmış duygulanım ve/veya grandiyozite olarak belirlenmiştir (Geller ve ark. 2000a, Geller ve ark. 2001a, Geller ve ark. 2002a, Geller ve ark. 2002b). Ayırıcı tanıyı sağlayabilmek amacı ile, sadece dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ile örtüşen belirtilerle (yatıştırılamayan öfke ve huzursuzluk, hiperaktivite, distraktibilite) mani tanısına gidilmemiştir. Ayrıca, bu örtüşen belirtilerin geç ergenlik ve erişkinlik döne-

minde devam eden bipolar bozuklukla benzer olduğu düşünülmektedir (Geller ve ark. 2002b).

Bu yazıda kliniğimize aşırı hareketlilik, davranım ve dürtü denetim sorunları ile başvuran, çocukluk ve erken ergenlik döneminde 7 olgu incelenmiştir. Bipolar bozukluk belirtileri gösteren 7 olgunun Washington Üniversitesi Çocuk ve Gençler için Duygulanım bozuklukları ve Şizofreni ölçeği (WASH-U-KSADS) (Geller ve ark. 1996) ile belirtilerinin saptanması ve şiddetlerinin derecelendirilmesi amaçlanmıştır. Ayrıca DEHB ile benzer özellikler tartışılmıştır. WASH-U-KSADS, çocukluk çağı iki uçluluk ile ilgili son araştırmalarda duygudurum belirtilerini en iyi ölçen ve en iyi tanı koyan ölçek olarak kabul görmektedir (Nottelmann 2001). Bu ölçek Türkiye'de bir olgu sunumu yazınında tanı belirlemede kullanılmıştır (Emiroğlu ve ark. 2002).

DEĞERLENDİRME

Kliniğimize ayaktan başvuran, 7-15 yaşları arasında 7 olgu değerlendirmeye alınmıştır. Olguların belirti sıklığı, şiddeti ve tanıları WASH-U-KSADS ile değerlendirilmiştir. Bu ölçek 1994'te Geller ve ark. tarafından geliştirilen, yaşam boyu, yarı yapılandırılmış görüşme şeklinde bir ölçektir. Hem çocukla hem de anneyle görüşülmektedir (Geller ve ark. 1996, Geller ve ark. 2001b). Likert tipi 0-7 arasında puanlandırma ile her bir belirti derecelendirilmektedir. 0-3 arası puanda belirti yok, 3 puanda belirti ılımlı düzeyde, 3'ün üzerinde ise şiddetli düzeyde olarak değerlendirilmektedir. En sonda yer alan genel kanı (consensus conferences) bölümünde tüm bu belirti ve döngü değerlendirmeleri ve çevreden alınan bilgiler ile tanı konmaktadır. Ayrıca bu ölçekte hızlı döngü ve çocukluk ve erken ergenlik mani özellikleri geliştirilmiştir. Bu ölçekte hızlı döngü ölçütleri: hızlı döngü = 4 döngü / yıl; çok hızlı döngü (ultra) = 5-364 döngü / yıl, ultra çok hızlı döngü (ultradian) $\geq$ 365 döngü / yıl olarak tanımlanmıştır. Ultra çok hızlı döngüde, mani bulgularının günde 4 saat ya da üzerinde gözlemlenmesi gerekmektedir (Geller 1998b). Hızlı döngü bölümünün geçerlik ve güvenilirliği bildirilmiştir (Geller ve ark. 2001b). Bu ölçek, B. Geller'den onay alınarak Türkçeye çevirisi ve uyumu sağlanarak kullanılmıştır (Emiroğlu ve Baykara 2000). Bu ölçeğin duyguduruma ilişkin 58 belirtisi bulunmaktadır (Geller ve ark. 2001b).

TABLO 1. Olguların Sosyodemografik Özellikleri ve Başvuru Şikayetleri.

Olgu	Yaş	Cinsiyet	Okul Durumu	Başvuru Yakınması
1	8	E	2. sınıf	Davranışlarını denetleme sorunu, hareketlilik
2	15	E	9. sınıf	Aşırı hareketlilik, aşırı konuşma, dürtü denetimsizliği
3	6	K	Anaokulu	Uykusuzluk, mutsuzluk, huzursuzluk
4	7	K	1. sınıf	Diğer çocuklarla anlaşamama, kavgacılık
5	10	E	4. sınıf	Aşırı hareketlilik, aşırı sinirlilik
6	13	K	7. sınıf	Karamsarlık, mutsuzluk, sinirlilik
7	7	E	2. sınıf	Aşırı hareketlilik, kavgacılık

Ölçeğin Türkiye’de geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmamıştır.

Tüm olgulara, DEHB eşzamanlı tanısı ya da ayırıcı tanısını saptayabilmek için Turgay DSM-IV Yıkıcı Davranış Bozuklukları Ölçeği (TYDBÖ) ve DEHB klinik bakışı uygulanmıştır. TYDBÖ 41 sorudan oluşmuştur. Her madde 0:hiç yok, 1:biraz, 2:oldukça fazla, 3:çok fazla biçiminde puanlandırılmaktadır. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite için bu belirti ile ilişkili ayrı ayrı 9 maddeden en az 6’sı 2 ya da 3 olarak puanlanmış, karşıt olma karşıt gelme bozukluğu tanısı için buna ilişkin 8 maddeden en az 4’ü 2 ya da 3 olarak puanlanmış olmalıdır. Davranım bozukluğu tanısı için davranım bozukluğuna ilişkin 15 maddeden en az birinin 2 ya da 3 olarak puanlanmış olması ve son 6 ay boyunca sürmesi koşulu ile maddelerden üçünün 12 aydır bulunması gereklidir. TYDBÖ’nün Türkiye’de geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Ercan ve ark. 2001). TYDBÖ, anne-baba ve öğretmene verilmiş, her birinden alınan verilerin uyumlu olanları kabul edilmiştir. Ancak tanı konmasında sadece ölçeğin puanları esas tutulmamıştır. 7 yaş öncesinde bazı DEHB belirtilerinin varlığı ve DEHB klinik muayenesindeki bulgular puanlarla aynı doğrultuda olduğunda tanı konmuştur. DEHB klinik muayenesi, klinisyenle çocuğun karşılıklı oturarak yaptıkları, dürtüsellik, distraktibilite, dikkat süresi, sağ/sol diferansiyasyonu, disdiya-dokinezi, ince motor gelişimi, el dominansı, dismetri ve bunun gibi silik nörolojik bulguların araştırıldığı bir dizi muayeneden oluşmaktadır.

OLGULAR

Olgular WASH-U-KSADS’e göre, DSM -IV’e göre bipolar bozukluk tanısı almışlardır.

Ancak önceki çalışmalara paralel olarak, bipolar fenotipi denebilmesi için, her olgunun mutlaka neşe ve artmış duygulanım ve/veya grandiyozite belirtisini eşik üstü karşılaması esas tutulmuş ve bu dönemdeki bipolar bozukluğun en çok karıştığı DEHB ile örtüşen belirtilerle tanıya gidilmekten kaçınılmıştır (Geller ve ark.2000a, 2000b, 2002b).

Olgu 1: (8 yaş, erkek): Olgu hiperaktivite ve özellikle cinsellik içeren dürtü denetimsizliği ile başvurmuş, DEHB tanısı alarak yaklaşık 5 ay metilfenidat kullanmıştır. Ancak hiçbir yarar elde edilememesi üzerine tedaviye imipiramin eklenmiş, şikayetleri hareketliliğin daha da artması üzerine WASH-U-KSADS ile değerlendirilmiştir. Hasta klinik olarak DEHB tanısını karşılamıştır. Hastanın ailesel psikiyatrik bozukluk öyküsü yoktur. Hastada sodyum valproat ve risperidonun birlikte kullanımı ile belirtilerinde belirgin yatışma sağlanmıştır. Olgu halen izlenmektedir.

Olgu 2 (15 yaş, erkek): Olgu aşırı hareketlilik, aşırı konuşma, uykusuzluk, dürtü denetimsizliği yakınmaları ile başvurmuştur. Tedavi olarak sodyum valproat ve risperidon başlanmıştır. Hastanın belirtileri kısmen kontrol altına alınabilmiştir. Olgunun dedesi bipolar bozukluk tanılıdır, dayısında da bipolar bozukluk benzeri bir tablo tanımlanmaktadır. Olgu halen izlenmektedir.

Olgu 3 (6 yaş, kız): Olgu, bize uykusuzluk, mutsuzluk, huzursuzluk, öfke nöbetleri yakınmaları ile başvurmuştur. Bize başvurmadan önce başka bir üniversitenin çocuk psikiyatrisi kliniğinde DEHB tanısı ile yaklaşık 1 yıl izlenmiş, yaklaşık 8 ay metilfenidat kullanılmış, ancak kısmen hareketlilikte azalma dışında bir yarar sağlanamamıştır. Olgu, DEHB tanısını karşılamıştır.

TABLO 2. Olguların TYDBÖ'ye Göre Bozukluk Dağılımı.

OLGU	HA	DE	KOKGB	DB
1	var	yok	var	yok
2	var	var	var	yok
3	var	yok	var	yok
4	yok	yok	yok	yok
5	yok	var	yok	var
6	var	var	yok	var
7	var	yok	yok	var

HA: hiperaktivite, DE: dikkat eksikliği, KOKGB: karşıt olma karşıt gelme bozukluğu, DB: davranım bozukluğu.

Olgunun amcasında şüpheli bipolar bozukluk öyküsü mevcuttur. Hasta yaklaşık 6 ay izlenmiştir. Laboratuvar testleri sırasında herhangi bir ilaç kullanımı olmadan randevu devamsızlığı nedeni ile izlemiden çıkmıştır.

Olgu 4: (7 yaş, kız): Olgu diğer çocuklarla anlaşamama, kavgacılık yakınmaları ile başvurmuş, bir yıldır süren sekonder enüresiz nokturnası da eşlik ettiği için imipiramin tedavisi almıştır. Enüresiz nokturna kısmen düzelmiş ancak diğer yakınmaları dalgalanarak devam etmiştir. Olgunun annesinde bipolar bozukluk öyküsü mevcuttur. Olguya bir yıl izlem sonrasında bipolar bozukluk tanısı konmuş, ancak bundan sonra izlemiden çıkmıştır.

Olgu 5: (10 yaş, erkek): Olgu aşırı hareketlilik, aşırı sinirlilik yakınmaları ile başvurmuştur. Olgunun amcasında şizofreni öyküsü mevcuttur. Olgu 8 ay izlemiden sonra randevu devamsızlığı nedeni ile izlemiden çıkmıştır.

Olgu 6: (13 yaş, kız): Olgu depresif yakınmalar ile başvurmuştur. İlk değerlendirmede depresif duygudurum yanısıra yatıştırılamayan öfke, huzursuzluk saptanmıştır. Fluoksetin 20 mg/g başlanan olgunun yaklaşık 6 hafta sonrasında bulanıklık, uykusuzluk, hareketlilik gibi belirginleşen bulguları üzerine WASH-U-KSADS ile değerlendirilmiştir. Olgunun aile öyküsünde psikiyatrik bir bozukluk yoktur. Olguya 5 ay izlemiden sonra yapılan WASH-U-KSADS ile tanı konulmuş, olgu duygudurum düzenleyici başlayamadan randevu devamsızlığı nedeni ile izlemiden çıkmıştır.

Olgu 7: (7 yaş, erkek): Aşırı hareketlilik, kavgacılık yakınmaları ile başvuran olgunun annesinde bipolar bozukluk öyküsü vardır. Olgu 5 ay

izlem sonrası randevu devamsızlığı nedeni ile izlemiden çıkmıştır.

Hastalarla ilgili sosyodemografik veriler ve başvuru şikayetleri Tablo 1'de, belirtilerin şiddeti ve sıklığı Tablo 3'te özetlenmiştir.

Olguların, DEHB ile ayırıcı tanısının yapılabilmesi ya da eşzamanlı tanının konabilmesi için TYDBÖ, 7 yaş öncesi DEHB belirtilerinin sorgulanması, DEHB klinik muayenesi kullanılmıştır. TYDBÖ'ye göre belirti ve bozukluk dağılımı Tablo 2'de yer almaktadır.

TYDBÖ'ye göre olguların (n=7) 5'inde hiperaktivite, 3'ünde dikkat eksikliği, 3'ünde karşıt olma karşıt gelme bozukluğu (KOKGB), 3'ünde davranım bozukluğu (DB) saptanmıştır. Olguların ikisi (olgu 1 ve 3) 7 yaş öncesi bazı DEHB belirtilerinin varlığı ve ölçeğe göre dikkat eksikliği ve hiperaktivite tanı ölçütlerini karşılamıştır. İlk atak yaşı manik döngünün başlangıcı olarak saptanmıştır. Ancak belirtilerin başlangıcını yansıtmayabilir.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Çocukluk ve erken ergenlik dönemindeki bipolar bozukluk oldukça zor tanınmaktadır. Bu dönemde sık görülen ve bipolar bozuklukla örtüşen belirtiler içeren DEHB ile ayırıcı tanı önemli bir sorundur. Bu sorunun nedeninin, bu yaş grubunda görülen bipolar bozukluğun döngüsel olmayan veya aşırı hızlı döngülü olarak tanımlanması ve DEHB ile hiperaktivite, distraktibilite, kısa dikkat süresi gibi ortak belirtiler taşımasından kaynaklandığı ileri sürülmektedir (State ve ark. 2002). Olgularımızın, TYDBÖ'ye göre 5'inde hiperaktivite, 3'ünde dikkat eksikliği saptanması ve 2 olgunun DEHB tanısı alması, her iki bozukluğun ayırıcı tanısındaki güçlüğü doğrular niteliktedir. Çocukluk başlangıçlı mani ile ilişkili çalışmalarda, bipolar bozukluğun, KOKGB ve DB ile yüksek oranda eşzamanlı tanı aldıkları bildirilmektedir (Kovacs ve Pollock 1995). Bu çalışmalara benzer bir şekilde, olgularımızda da DSM-IV tanı ölçütlerine göre (TYDBÖ) 3'ünde KOKGB, 3'ünde de DB saptanmıştır. Bazı araştırmacılar DEHB belirtilerinin bipolar bozukluğun yaşa özgü görünümü olduğunu savunurken, bir kısım araştırmacı ise iki bozukluğun ayrı ya da eşzamanlı tanı olmasını tartışmaktadır. Bunlara ek olarak DEHB'nin bipolar bozukluk riskini artıran bir etken olduğu da düşünülmektedir (Sta-

TABLO 3. Ilımlı ve Şiddetli Düzeydeki Belirtilerin Dağılımı.

Belirtiler	Ilımlı (n=7)	Eşik üstü (n=7)
Çökkün duygulanım	3	
Neşe-artmış duygulanım	3	4
Yatıştırılmayan huzursuzluk ve öfke	2	2
Grandiyozite	2	5
Motor hiperaktivite	2	4
Distraktibilite	2	5
Uygunsuz kahkaha atma, şaka yapma ya da sırtma	2	2
İnsan ilişkilerinde sınırını ayarlayamama, sınırsızlık	1	3
Anormal enerji		5
Hızlı yarışan düşünceler		4
Azalmış uyku gereksinimi		4
Fikir uçuşması		3
Olumlu çevre koşullarına bağlı depresif ya da irritabl duygudurum yanıtı		2
Hiperseksüalite		2
Zayıf yargılama		1
Hızlı baskılı veya artmış konuşma miktarı		1

te ve ark. 2002). Bütün bu görüşler DEHB tanısı alan bipolar olgularımızdaki 7 yaş öncesi belirtilerin DEHB'ye yönelik bulgular mı yoksa bipolar bozukluğun öncül belirtileri mi olduğu sorusunu akla getirmektedir.

Son yıllarda yapılan pek çok araştırmada bu dönemdeki bipolar bozukluğa özgü tanı ölçütleri, DEHB'den ayırmaştırılarak oluşturulmaya çalışılmaktadır (Biederman ve ark. 1998, Geller ve ark. 1998a, Geller ve ark. 1998b, Geller ve ark. 2000a, Geller ve ark. 2002c). Geller ve arkadaşlarının (2000a), 93 bipolar fenotipli, 81 DEHB'li, 94 normal kontrollerle yaptığı bir araştırmada, beş belirtinin (neşe-artmış duygulanım, grandiyozite, fikir uçuşması-hızlı yarışan düşünceler, azalmış uyku gereksinimi ve hiperseksüalite) bipolar fenotipini diğer bozukluklardan en iyi ayırmaştırılan öğeler olduğuna karar verilmiştir. Buna bağlı olarak olgularımızda en sık görülen grandiyozite, hızlı yarışan düşünceler, azalmış uyku gereksinimi, neşe ve artmış duygulanım belirtileri, tanı ve ayırıcı tanıda tanı koydurucu özellikler olabilir. Önceki çalışmalardaki bulgular da göz önüne alındığında erken dönem bipolar bozukluğun tanı ölçütleri oluşturulurken özellikle DEHB' den ayıran bu belirtiler kullanılabilir. Yatıştırılmayan öfke ve huzursuzluk, hiperaktivite, artmış konuşma ve distraktibilite belirtileri ve artmış enerji maddesi her iki bozuklukta da yüksek orandadır (Geller ve ark. 1998a, Geller ve ark. 1998b). Olgularımızdaki ve önceki çalışmalardaki yüksek orandaki distraktibilite ve

anormal enerji belirtileri ayırt ettirici olmayabilir.

Çocuklarda ve erken ergenlik döneminde görülen bipolar bozuklukta erişkinlere göre çok daha yüksek oranda karışık, süregen ve ultra hızlı özellikler bildirilmiştir (Goodwin ve Jamison 1990). Bizim olgularımızda da benzer özellikler izlenmiştir. Bu özellikler çocuklara tanı koyarken göz önünde bulundurulmalıdır. Bipolar bozukluklu çocuk ve erken dönem ergenlerde görülen kötü gidiş, sık tekrarlama, sağaltıma direnç, karışık ve süregen gidiş özelliklerinin; erişkin nüfusunda aynı özellikleri gösteren hastalarla benzer etyopatogeneze bağlı olabileceği öne sürülmüştür (Goodwin ve Jamison 1990, Geller ve ark. 1998a, Geller ve ark. 2000a, , Geller ve ark. 2000b). Bu konudaki bir diğer görüş ise juvenil ve erişkin başlangıçlı diabetes mellitus gibi, kliniklerinin benzer, patogenezinin farklı görülebileceği ya da juvenil formun erişkin formunun bir çeşidi olabileceğidir (Geller ve ark. 1998a).

Erken dönem bipolar bozukluğun DEHB, DB, KOKGB ve anksiyete bozukluğu gibi pek çok bozukluğun tanı ölçütleri ile örtüşmesi bu konuda daha çok çalışılması gerektiğini düşündürmektedir (Kovacs ve Pollock 1995). Bu, olasılıkla DSM sistemindeki belirsizliklerden kaynaklanmaktadır. Ancak aynı anda pek çok eşzamanlı tanı koymak, gereksiz ilaç vermeye ya da birden fazla ilaç kullanımına yol açabileceği için önemlidir (State ve ark. 2002). Olgular WASH-U-KSADS'e göre, DSM-IV'e göre bipolar bozukluk tanısı almışlardır. Ancak DSM-IV'ün çocuk-

TABLO 4. Döngü Özellikleri.

Olgular	İlk Döngü Atak Yaşı	En Son Döngünün Tipi	Döngüsel Özellikler
1	8	Mani	Sağlıklı döngüsel değerlendirme yapılamamıştır
2	14	Mani	Hızlı
3	5	Karışık	Ultradian
4	5	Karışık	Ultradian
5	10	Karışık	Ultradian
6	12	Karışık	Ultradian
7	6	Mani	Ultradian

lara yönelik tanı ölçütlerinin yeniden belirlenmesine gereksinim vardır. Bu nedenle çocukluk ve erken ergenlik döneminde yapılacak çalışmaların oldukça önemli olduğu kanısındayız. Olguların belirtilerinin başlangıcı sağlıklı belirlenememiştir. Ancak döngünün başlangıcı saptanmaya çalışılmıştır. Bipolar fenotip düşünülen olgularda duygudurum düzenleyici ilaçlara düşük düzeyde yanıt alınabilmektedir. Bu durum erişkin hastalarda olduğu gibi, hızlı döngülü ve karışık özellikli bipolar bozukluğun sağaltıma direncine bağlı olabilir (Geller ve ark. 2002 b). Olgu 6'da fluoksetin kullanımı sonrasında mani görülmüştür, benzer olarak olgu 4'te imipramin kullanımı sonrasında belirtiler devam etmiş mani tanısı gözle

görülmüş hale gelmiştir. Duygulanım sorunları ile giden DEHB'de antidepresan kullanımı ile (Venkatamaran ve ark. 1992) ve depresyonlu çocuklarda trisiklik antidepresanlarla tedavi sonrası (Geller ve ark. 2001c) mani görüldüğü bildirilmiştir. Öner ve Kılıç (2000), babasında bipolar bozukluk olan ve imipraminle cinsel içerikli davranış, hareketlilik, duygulanımda artış gösteren bir çocuk olgu bildirmişlerdir. Ayrıca trisiklik antidepresanların kullanımında karşılaşılan duruma benzer bir şekilde, gelişimsel döneme bağlı ilaç etkilerinin değişebileceği de vurgulanmaktadır (Geller ve ark. 1999, Keller ve ark. 2001). Bipolar bozukluğun sağaltımına ilişkin araştırılması gereken konuların başında, var olan ilaçların karışık ya da hızlı döngüsel özellikler üzerine etkileri ve bunun yaşla ilişkisinin belirlenebilmesi gelmektedir. Ancak sağaltımdan söz edebilmek için de öncelikle çocuk ve ergen grubunda bu bozukluğun tanısının ve ayırıcı tanısının yapılabilmesi gerekmektedir. Çalışmamızdaki olgularımız, önceki çalışmalardaki bulguları doğrular niteliktedir. Çocuklara tanı koyarken gelişimsel döneme ait özellikleri saptamak oldukça önemlidir. Bipolar bozukluğun, erişkin dönemi öncesindeki görünümü ve tanısı, gidişi ve sağaltımının belirlenebilmesi için daha çok sayıda ve ayrı gelişim dönemlerinde olgularla yapılan kontrollü çalışmalara gereksinim vardır.

KAYNAKLAR

- Amerikan Psikiyatri Birliği (1994) Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı dördüncü baskı (DSM IV) (Çev.Ed: E Köroğlu). Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1995.
- Anthony J, Scott P (1960) Manic-depressive psychosis in childhood. *Child Psychol Psychiatry*, 1:53-72.
- Biederman J, Russel R, Soriano J ve ark. (1998) Clinical features of children with both ADHD and mania. *J Affect Disord*, 51:101-112.
- Coryell W, Endicott J, Keller M (1990) Outcome of patients with chronic affective disorder: a five year follow up. *Am J Psychiatry*, 147: 1627-1633.
- Emiroğlu FN, Baykara B, Baykara A (2002) Bipolar I bozukluklu 2 ergen olguda, duygudurum düzenleyici ile birlikte olanzapin kullanımı. *Çocuk ve Gençlik Ruh Dergisi*, 9(2):106-109.
- Emiroğlu FN, Baykara A (2001) Washington University at St.Louis-Kiddie and Young Adult Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia Present state and lifetime. Türkçeye çeviri ve uyarılama çalışması: Bipolar I Bozukluklu Anne-babaların Çocuklarının Yıkıcı Davranış Bozuklukları ve Duygudurum Bozuklukları Yönünden Değerlendirilmesi Uzmanlık Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları.
- Ercan ES, Amado S, Somer O ve ark. (2001) Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve yıkıcı davranım bozuklukları için bir test

bataryası geliştirme çabası. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 8:132-145.

Geller B, Sun K, Zimmerman B ve ark. (1995) Complex and rapid cycling in bipolar children and adolescents: a preliminary study. *J Affect Disord*, 34:259-268

Geller B, Zimmerman B, Williams M ve ark. (1996) WASH-U-KSADS (Washington University at St. Louis Kiddie and Young Adult Schedule for Affective Disorders and schizophrenia) lifetime and present episode version-DSM IV. Washington University school of medicine St. Louis, MO.

Geller B, Williams M, Zimmerman B ve ark. (1998) (a) Prepubertal and early adolescent bipolarity differentiate from ADHD by manic symptoms, grandiose delusions, ultra-rapid or ultradian cycling. *J Affect Disord*, 51:81-91.

Geller B, Warner K, Williams M, Zimmerman B (1998) (b) Prepubertal and young adolescent bipolarity versus ADHD: assesment and validity using the WASH-U-KSADS, CBCL and TRF. *J Affect Disord*, 51:93-100.

Geller B, Reising D, Leonard H ve ark. (1999) Critical review of tricyclic antidepressant use in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 38:513-516.

Geller B, Zimmerman B, Williams M, ve ark. (2000) (a) Diagnostic characteristics of 93 cases of a prepubertal and early adolescent bipolar disorder phenotype by gender, puberty and comorbid attention deficit hyperactivity disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 10:157-164.

Geller B, Zimmerman B, Williams M, ve ark. (2000) (b) Six-month stability and outcome of a prepubertal and early adolescent bipolar disorder phenotype. *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 10:165-173.

Geller B, Craney JL, Bolhofner K ve ark. (2001) (a) One-year recovery and relapse rates of children with a prepubertal and early adolescent bipolar disorder phenotype. *Am J Psychiatry*, 158:303-305.

Geller B, Zimmerman B, Williams M ve ark. (2001b) Reliability of the Washington University in St. Louis Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (WASH-U-KSADS) Mania and rapid cycling sections. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 40:450-455.

Geller B, Zimmerman B, Williams M ve ark. (2001c) Bipolar disorder at prospective follow-up of adults who had prepubertal major depressive disorder. *Am J Psychiatry*, 158:125-127.

Geller B, Zimmerman B, Williams M (2002) (a) Phenomenology of prepubertal and early adolescent bipolar disorder: examples of elated mood, grandiose behaviours, decreased need for sleep, racing thoughts and hypersexuality. *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 12:3-9.

Geller B, Craney JL, Bolhofner K (2002) (b) Two -year prospective follow up of children with a prepubertal and early adolescent bipolar disorder phenotype. *Am J Psychiatry*, 159:927-933.

Geller B, Zimmerman B, Williams M (2002) (c) DSM IV mania symptoms in a prepubertal and early adolescent bipolar disorder phenotype, compared to attention deficit hyperactive and normal controls. *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 12:11-25.

Goodwin FK, Jamison KR (1990) *Manic Depressive Illness*. Newyork, Oxford University Press, s.128-567.

Hetchman L, Greenfield B (1997) Juvenil onset bipolar disorder. *Pediatrics*, 9:346-353.

Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao U, Flynn C, Moreci P., Williamson D, Ryan N (1997) Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children-present and life time version (KSADS-PL): initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36:980-988.

Keller B, Ryan ND, Strober M ve ark. (2001) Efficacy of paroxetine in treatment of adolescent major depression:a randomised, controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 40:762-772.

Kovacs M, Pollock M (1995) Bipolar disorder and comorbid conduct disorder in childhood and adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 34:715-723.

Lewinsohn PM, Klein DN, Seeley JR (1995) Bipolar disorders in a community sample of older adolescents: prevalence, phenomenology, comorbidity, and course. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 34:454-463.

Nottelmann E (2001) National Institute of Mental Health Research Roundtable on Prepubertal Bipolar Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 40:871-878.

Öner Ö, Kılıç EZ (2000) Çocuk ve ergenlerde bipolar affektif bozukluk ve hiperaktivite ayırıcı tanısı. *Türk Psikiyatri Derg*, 11:58-63.

Puig-Antich J, Ryan N (1986) Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia, Present State Version. Western Psychiatric Institute and Clinic, Pittsburgh.

Sanchez L, Hagino O, Weller E ve ark. (1999) Bipolarity in children. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 22:629-644.

State RC, Altshuler LL, Frye MF (2002) Mania and attention deficit hyperactivity disorder in a prepubertal child: diagnostic and treatment challenge. *Am J Psychiatry*, 159: 918-925.