

ASPERGER BOZUKLUĞU OLAN BİR ERGENDE BİPOLAR BOZUKLUK KOMORBİDİTESİ

Murat COŞKUN * , Mücahit ÖZTÜRK **

ÖZET

Asperger bozukluğu (AB) yaygın gelişimsel bozukluk alt tiplerinden birisidir. Sosyal ilişki ve etkileşimdeki yaşam boyu bozulmanın yanı sıra AB olan bireylerde sıklıkla diğer bir takım psikiyatrik bozukluklar da görülebilmektedir. Komorbid psikiyatrik bozuklukların varlığı hem klinik tabloyu ve psikososyal işlevselliği kötüleştirir. AB olan ergenlerde bipolar bozukluk komorbiditesi hakkında sınırlı sayıda çalışma mevcuttur. Bu yazıda AB olan ve bipolar bozukluk gelişen bir ergen hastanın klinik özellikleri ve tanılarda güçlüklerin tartışılması planlanmaktadır.

Anahtar Sözcükler: Asperger bozukluğu, komorbidite, bipolar bozukluk

SUMMARY: COMORBIDITY OF BIPOLAR DISORDER IN AN ADOLESCENT WITH ASPERGER DISORDER

Asperger disorder (AD) is a subtype of pervasive developmental disorders. In addition to lifelong difficulties in social relationships and interactions, individuals with AD may frequently suffer from other psychiatric disorders. Presence of comorbid psychiatric disorders is particularly important since it aggravates the clinical picture and psychosocial functioning while complicating diagnostic and treatment procedures. There are a limited number of studies on bipolar disorder comorbidity in adolescents with AD. In this article, clinical features and diagnostic challenges of an adolescent patient diagnosed with AD who had developed bipolar disorder were planned to be discussed.

Key Words: Asperger disorder, comorbidity, bipolar disorder

GİRİŞ

Asperger Bozukluğu (AB) DSM-IV'te yaygın gelişimsel bozukluklar başlığı altında sınıflandırılmaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği 1994). AB otizmdekine benzer şekilde sosyal ilişki ve etkileşimde bozulmayla birlikte kısıtlı/tekrarlayıcı ilgi ve davranışlar göstermesine rağmen, alıcı ve ifade edici dilde, bilişsel gelişimde, öz bakım becerilerinde ve çevreye karşı ilgide belirgin bir bozulmanın olmamasıyla otizmden farklılık göstermektedir. Sosyal ilişki ve etkileşimdeki yaşam boyu bozulmanın yanı sıra AB olan bireylerde sıklıkla diğer bir takım psikiyatrik bozukluklar da görülebilmektedir. Az sayıdaki çalışma AB olan bireylerde %65 ile %94 arasında değişen psikiyatrik komorbidite sıklığı bildirmektedir (Ghaziuddin ve ark. 1998; Mukaddes ve Fateh 2010). AB olan bireylerde belirli psikiyatrik bozuklukların komorbiditesi, örneğin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) (Tani ve ark. 2006), tik bozuklukları (Ringman ve Jankovic 2000), ve

duygudurum bozuklukları (Gillberg 1985; Frazier ve ark. 2002; Hedley ve Young 2006; Gutkovich ve ark. 2007; Raja ve Azzoni 2008; Munesue ve ark. 2008) hakkında sınırlı sayıda çalışma ya da olgu sunumları vardır. Komorbid psikiyatrik bozuklukların varlığı hem klinik tabloyu ve psikososyal işlevselliği kötüleştirir. AB olan ve bipolar bozukluk gelişen bir ergen hastada klinik özellikler, tanı ve tedavideki güçlükler ve önemli noktalar tartışılacaktır.

OLGU SUNUMU

Klinik Başvuru

On üç yaşındaki erkek hasta A., annesi eşliğinde mutsuzluk, üzüntü, ilgi ve istek kaybı, içe kapanma, agresif davranışlar ve intihar girişimi nedeniyle kliniğe başvurdu. Psikiyatrik muayenesinde belirgin bir depresif duygudurum, üzgün ve kaygılı bir duygulanım saptandı. Göz

* Uzm. Dr., İstanbul Tıp Fak., Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD, İstanbul

** Prof. Dr., PEDAM Psikiyatrik Eğitim Danışma Araştırma ve Tedavi Merkezi, İstanbul

temasının kısıtlı olduğu ve anormal bir ses tonuyla konuştuğu görüldü. Düşünce içeriğinde suçluluk, değersizlik ve ölüm isteği vardı. Kendisinin kötü bir çocuk olduğunu ve cehenneme gideceğini düşünüyordu. Dünyanın sonu geldiğini ve filmlerde yıldızların sönüp yok olduğu gibi dünyanın da yakında sönüp yok olacağını düşünüyordu. Klinik muayenede düşünce ve algıda psikotik bir belirti saptanmadı.

Hastalık Öyküsü

Annenin ifadesine göre A'nın duygusal ve davranışsal sorunları 6 ay önce babanın bir başka kadınla ilişkisi sonucu evden ayrılmasıyla kötüleşmeye başladı. Bu olayın ardından A.'da mutsuzluk, ilgi ve istek kaybı, içe kapanma, çabuk sinirlenme ve saldırgan davranışlar, sık ve kolay ağlama, ölüm isteği, yorgunluk ve halsizlik, aşırı uyuma ve hareketlerde yavaşlamanın olduğu bir tablo gelişti ve yaz boyunca 3 ay sürdü. Ardından ani olarak ortaya çıkan artmış enerji düzeyi ve aşırı hareketlilik, çabuk sinirlenme ve saldırgan davranışlarda artış, 10 gün boyunca neredeyse hiç uyumama, çok konuşma, argo ve küfürlü konuşma, okulda ve evde uygunsuz el ve söz şakaları ve değişen ağlama-gülme nöbetlerinin olduğu bir tablo gelişti. Bu dönemde basit işitsel halusinasyonların ve paranoid düşüncelerin (örneğin okuldaki arkadaşlarının kendisi hakkında kötü planlar yaptıkları, öğretmenlerin kendisini takip etmek için öğrenci görevlendirdikleri gibi) ortaya çıktığı ve bazı depresif semptomlarının (örneğin suçluluk, değersizlik, ölme isteği) devam ettiği saptandı. İki hafta süren bu tablonun ardından A. bir erişkin psikiyatristi tarafından görüldü. Söz konusu klinik tablo psikotik bir bozukluk olarak düşünülüp risperidon 1-2 mg/gün ilaç tedavisi başlandı. Bir aylık risperidon tedavisiyle A.'nın uyku problemi, çabuk sinirlenme ve saldırganlık, manik ve psikotik belirtileri hafiften oldukça kadar değişen bir düzelme gösterdi. Fakat mutsuzluk, ilgi ve istek kaybı, içe kapanma, değersizlik, hareketlerde yavaşlama gibi depresif belirtilerin olduğu önceki tablo tekrar ortaya çıktı. A. bu dönemde iki kez

ilaç olarak intihara kalkıştı. A. kliniğimize ikinci intihar girişiminin ardından başvurdu. Yapılan klinik değerlendirmede yoğun depresif belirtiler dışında manik ve psikotik semptomlar saptanmadı. İntihar girişiminde depresif semptomların, değersizlik düşüncelerinin, sosyal ilişkilerde ve okul hayatında yaşadığı sorunların ve aile içi problemlerin etkili olduğu düşünüldü. Babanın kendisinin evi terk ettikten sonra A.'nın çok üzülüğünü bilmesi dışında olanlardan büyük ölçüde haberi olmadığı, babayla pek iletişim kurulamadığı ifade edildi.

Gelişimsel ve Premorbid Öykü

A'nın gebelik ve doğum öyküsünde belirgin bir sorun bildirilmedi. Erken motor ve sosyal gelişimi normal sınırlardaydı. İlk anlamlı kelimeleri 10 aylık ilk cümleleri 20 aylıkken başlamıştı. A. ilk olarak anasınıfında uyum sorunları yaşamaya başladı. Yaşıt aktivitelerine katılma/sürdürme sorunları yaşayan A.'nın bu yaşlarda dinazorlara ve Mario'ya (bir çizgi film ve bilgisayar oyunu karakteri) karşı aşırı ilgisi ortaya çıkmaya başladı. A'nın sosyal alandaki zorlukları okul yıllarında artarak devam etti. Yaşıt faaliyetlerine katılma ve sürdürmede önemli zorlukları vardı. Arkadaşlarıyla neredeyse sürekli dinazorlar ve Mario hakkında konuşmak istiyordu. Arkadaşları A'yı sıkıcı ve çocukça buluyor ve onu dinlemek istemiyorlardı. Diğer taraftan A. arkadaşlarının kendisine yaptığı şakaları çoğunlukla yanlış anlıyor ve bunlara negatif tepki veriyordu. Annesi A'nın sosyal mesajları ve yüz ifadelerini anlamakta ve diğer insanlara empati yapmakta zorlandığını dile getirdi. Arkadaş ilişkileri kendisine sorulduğunda A. 'arkadaşlarım benim garip bir çocuk olduğumu düşünüyorlar ve bana deli ya da uzaylı diyorlar. Niçin böyle diyorlar bilmiyorum. Ben onlarla iyi arkadaşlıklar kurmak istiyorum, fakat onlar beni dışlıyor' dedi. A'nın okul başarısı altıncı sınıfa kadar normal sınırlardaydı. Fakat altıncı sınıftan itibaren okul başarısı, yaşadığı sosyal uyum güçlüklerinin de etkisiyle kötüleşmeye başladı. Ailesi yedinci sınıfta A'nın okulunu değiştirdi. Fakat A'nın sosyal ve akade-

mik uyum güçlükleri bu okulda da devam etti. A. yedinci sınıfın sonlarına doğru mutsuzluk, içe kapanma, çabuk öfkelenme gibi davranışlar sergilemeye başladı ve babasının evi terk etmesiyle duygusal ve davranışsal sorunları daha da kötüleşti. A'nın bir yıl önce yapılan WISC-R testinde sözel zeka puanı 108, performans zeka puanı 98, toplam zeka puanı 104 olarak saptanmıştı.

Aile Öyküsü

Anneden alınan bilgilere göre baba kişilik özellikleri ve sosyal uyum güçlüğü açısından A. ile oldukça benzerlik göstermekteydi. Baba başarılı bir avukat olmasına rağmen iş hayatında önemli sosyal güçlükler ve iniş çıkışlar yaşıyordu. Baba evi terk etmeden önceki haftalarda geceleri uyu-mama, huzursuzluk, sık seyahat etme, sebepsiz yere işten ayrılma gibi davranışlar sergilemeye başladı. Anne ve A'nın detaylı ifadeleri babada depresif ve hipomanik dönemler olabileceğini düşündürdü. Babaya ulaşamadığı için klinik değerlendirme yapılamadı. Babada AB ve duygudurum bozukluğu olabileceği düşünüldü. Annede geçirilmiş major depresif bozukluk öyküsü vardı. Baba tarafında şizofreni tanısı olan üçüncü derece bir akrabada intiharla ölüm öyküsü vardı.

Klinik Değerlendirme ve Takip

Psikiyatrik muayene ve gelişimsel öyküye dayanarak A'ya AB ve bipolar tip I bozukluk (şimdiki epizod major depresyon) tanısı konuldu. A'nın Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-Türkçe Uyarlaması (K-SADS-PL-T) (Gökler ve ark. 2004) kullanılarak gerçekleştirilen yapılandırılmış psikiyatrik görüşmesinde yaşam boyu DSM-IV tanıları yineleyici major depresif bozukluk, bipolar bozukluk tip I, özgül fobi, sosyal anksiyete bozukluğu, obsesif-kompulsif bozukluk (OKB), (Asperger Bipolar Komorbiditesi) dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB)-dikkatsiz alt tipi, tik bozukluğu ve sekonder nokturnal enuresis olarak sap-

tandı. A'nın çocukluk çağı depresyon ölçeğindeki (CDI) puanı 44 tü (ağır depresyon). A'nın risperidon 2 mg/gün tedavisine valproik asit 1000 mg/gün ve sitalopram 10 mg/gün tedavi eklendi. Sitalopram major depresyonun yanı sıra sosyal anksiyete ve obsesif kompulsif bozukluk semptomlarına yönelik olarak tedaviye eklendi. A. ayrıca sosyal ve akademik zorluklarına ve depresif belirtilerine yönelik psikoterapötik destek programına alındı. Psikoterapide bilişsel davranışçı girişimler başta olmak üzere sosyal beceri eğitimi, yaşıt ilişkilerindeki sorunların ele alınması, davranışsal aktivasyon teknikleri, duygudurum çizelgesi ve öfke kontrolü gibi girişimler kullanıldı. Akademik alandaki zorluklarına yönelik özel bir öğretmenden destek alması sağlandı. Klinik takibin ikinci ayı sonunda A'nın CDI puanı 21'e geriledi ve depresyonu Klinik Global İzlem-ilerleme ölçeğinde (KGI-İ) çok düzelme gösterdi. Rutin klinik uygulamada kullanılan yan etki tarama listesinde önemli bir yan etki saptanmadı. Üçüncü ay sonunda risperidon 1 mg/güne inildi ve dikkat eksikliğine yönelik metilfenidat 3x5 mg/gün tedaviye eklendi. Bir yıllık tedavi ve takip süresince A'nın duygudurumu genel olarak ötimik seyretti ve davranış problemleri çok düzelme gösterdi. A'nın dikkat eksikliği sorunu da KGI-İ ölçeğinde orta derecede iyileşme gösterdi. Bir yıllık takip süresince her hangi bir (hipo)manik/karma ya da depresif epizod gözlenmedi.

TARTIŞMA

Yukarıda anlatılan olgunun psikiyatrik muayene ve öyküsünde AB'nin tipik özelliklerini gösterdiği görülmüştür. AB için DSM-IV'te belirtilen 5 ana belirti kümesi şöyledir: A) toplumsal etkileşimde bozulmanın olması, B) davranış, ilgi ve etkinliklerde sınırlı, basmakalıp ve yineleyici davranış örüntülerinin olması, C) toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında klinik olarak belirgin sıkıntının olması, D) dil gelişiminde klinik açıdan önemli genel bir gecikme olmaması, E) Bilişsel gelişimde ya da yaşına uygun kendi kendine yetme bece-

rilerinin gelişiminde, uyumsal davranışta (toplumsal etkileşim dışında) ve çocuklukta çevreyle ilgilenme konusunda klinik açımda belirgin bir gecikme olmaması (Amerikan Psikiyatri Birliği 1994). Olgu A'nın AB tanısı açısından her belirti kümesinden yeterli sayıda belirtiyi karşıladığı görülmektedir. Erken dönem dil gelişimi normal olan A'nın anasınıfında başlayan sosyal uyum güçlükleri okul yıllarında artarak devam etmiştir. Göz temasındaki kısıtlılığa, sosyal mesajları, şakaları ve yüz ifadelerini algılamada ve empati yapmaktaki güçlüklerine karşın A. arkadaşlık kurmaya ve ilgilerini -sıra dışı olsalar da- paylaşmaya istekliydi. Zekası normal sınırlarda olan A'nın akademik alandaki zorluklarının temel sebebinin sosyal uyum güçlüğü ve dikkat eksikliği olduğu düşünüldü. A. sosyal ilişki-etkileşimde yaşadığı güçlüklerin dışında kendisine yetebilen, öz bakım becerileri yerinde olan bir bireydi. AB olan bireylerde WISC-R testinde sözel IQ'nun performans IQ'dan yüksek olması sık karşılaşılan bir durumdur (Gilchrist ve ark. 2001; Ghaziuddin 2005) ve bu durum sözel-olmayan öğrenme bozukluğu (non-verbal learning disorder) olarak tanımlanmaktadır (Gilchrist ve ark. 2001; Ghaziuddin 2005). Bu durumun klinik yansımalarından birisi AB olan bireylerde sık karşılaşılan ve tanı ölçütlerinden birisi olması önerilen motor becerilerinin zayıf olması ve sakarlık gibi sorunlardır (Ghaziuddin ve Butler 1998). Yazınla uyumlu olarak A'nın WISC-R testinde performans puanı sözel puanından daha düşük çıkmış, detaylı öyküsünde A'nın futbol, voleybol gibi motor beceri gerektiren oyunlarda ve el becerisi gerektiren konularda yaşatlarından geride olduğu bildirilmiştir.

AB olan bireyler sosyal ilişki-etkileşimde yaşadıkları temel zorluğun dışında sıklıkla başka psikiyatrik bozukluklarla ilişkili sıkıntı da yaşayabilmektedir (Ghaziuddin ve ark. 1998; Ghaziuddin 2005; Mukaddes ve Fateh 2010). Komorbid bozukluklar bireyin sosyal uyumunu daha da kötüleştirebileceği gibi, diğer işlevsellik alanlarını da etkileyebilmektedir. Öyle ki AB olan bireylerin kliniğe ilk başvuru sebepleri

doğrudan AB ile ilişkili sorunlardan ziyade komorbid bozukluklar nedeniyle olabilmektedir (AACAP 1999). Bununla birlikte AB olan bireylerde komorbid psikiyatrik bozuklukların sıklığı ve klinik özellikleriyle ilgili fazla çalışma yoktur. Bu konuda yakın zamanda yapılan az sayıdaki çalışmalardan birisinde Mukaddes ve Fateh (2010) AB olan çocuk ve ergenlerin %94'ünde en az bir, %70'inde ise birden fazla komorbid psikiyatrik bozukluk bildirmişlerdir. En sık bildirilen komorbid bozukluklar anksiyete bozuklukları (%54), yıkıcı davranış bozuklukları (%48) ve duygudurum bozukluklarıydı (%37). Anksiyete bozukluğu olarak en sık OKB (%32), duygudurum bozukluğu olarak en sık major depresyon (%29) bildirilmiştir. Bu çalışmada bipolar bozukluk komorbiditesi %3 olarak bildirilmiştir. Çalışmada bipolar bozukluk komorbiditesi olan olguların detaylı klinik özelliklerine değinilmemiştir ancak hepsinde aynı zamanda OKB, bir tanesinde de tik bozukluğu olduğu bildirilmiştir. Yaygın gelişimsel bozukluğu olan çocuk, ergen ve erişkin hastalarda bipolar bozukluk sıklık ve özellikleriyle ilgili bir takım çalışmalar olsa da (Wozniak ve ark. 1997; DeJong ve Frazier 2002; Stahlberg ve ark. 2004; Raja ve Azzoni 2008; Munisue ve ark. 2008), AB olan ergenlerde bipolar bozukluk komorbiditesiyle ilgili bildirimler birkaç olgu sunumuyla sınırlıdır (Gutkovich ve ark. 2007).

Depresyon yaygın gelişimsel bozukluğu olan çocuk ve ergenlerde sık karşılan bir diğer komorbid durumdur ve sıklıkla stresli yaşam olaylarıyla ilişkili olduğu bildirilmiştir (Ghaziuddin ve ark. 1995; Ghaziuddin ve ark. 2002; Matson ve Nebel-Schwalm 2007). Diğer taraftan sosyal ilişki/ etkileşim ve bilişsel becerilerinin görece daha yüksek olmasından dolayı, yaygın gelişimsel bozukluğu olan yüksek fonksiyonlu bireylerin (örneğin Asperger bozukluğu) depresyon geçirme olasılıklarının daha fazla olduğu düşünülmektedir (AACAP 1999). AB olan bireyler, sosyal ilişki ve kabul görmenin özellikle önemli olduğu ergenlik döneminde kendi farklılık ve zorluklarının daha fazla farkına varmakta ve ya-

sıt baskısı ve dışlanmayı daha fazla hissetmektedirler (Ghaziuddin 2005; Hedley ve Young 2006; Shtayermman 2007; Mukaddes ve Fateh 2010). Olgu A'nın uzun yıllardır var olan sosyal uyum güçlükleri ergenlik döneminde artış göstermiş, son olarak babanın evi terk etmesi A'yı ciddi olarak etkilemiştir. Soy geçmişinde var olan duygudurum bozukluğu öyküsü ve ciddi psikososyal sıkıntılar A'da major depresyonun ortaya çıkmasını kolaylaştırmıştır. A'nın ilk major depresif epizodu, babanın evi terk etmesinden sonra yedinci sınıfın sonunda ortaya çıkmış ve yaklaşık 3-4 ay sürmüştür. Ardında A'da depresif belirtilerin yanı sıra manik belirtilerin de olduğu bir karma epizod ortaya çıkmıştır. Yaklaşık 2 hafta süren bu tablo risperidon monoterapisiyle kısmen kontrol altına alınmış, fakat yaklaşık bir ay sonra ikinci major depresif epizod ortaya çıkmıştır. A. ikinci major depresif epizod esnasında birisi ciddi olmak üzere iki kez ilaç alarak intihara kalkışmıştır. İkinci intihar girişiminin ardından kliniğimize başvuran A'ya bipolar bozukluk tanısı konmuş, risperidon monoterapisine duygudurum dengeleyici ve antidepresan tedavisi eklenerek major depresyonu tedavi edilmiş ve takip eden bir yıllık sürede her hangi bir duygudurum epizodu yaşamamıştır. Antidepresanlar erişkinlerde olduğu gibi ergenlerde de bipolar bozukluğun depresif ataklarında ve komorbid anksiyete bozukluklarının tedavisinde bir antipsikotik ve/ya duygudurum dengeleyiciyle birlikte dikkatli bir şekilde kullanıldığında yardımcı olabilmektedir (AACAP 2007). AB ya da bipolar bozukluk tanısı alan çocuk ve ergenlerde başta DEHB, depresif ve anksiyete bozuklukları olmak üzere çoklu psikiyatrik bozukluklar sıklıkla bildirilmektedir (Coşkun ve Zoroğlu 2009; Mukaddes ve Fateh 2010). Bizim olgumuz da AB ve bipolar bozukluk tanılarının yanı sıra dikkat eksikliği, majör depresif bozukluk, sosyal fobi, obsesif kompulsif bozukluk, tik bozukluğu ve nokturnal enurezis tanılarını almaktaydı.

Annesinin belirttiğine göre ilk psikiyatrik başvurusu yaptıkları karma epizod döneminde kendilerine her hangi kesin ve özgül bir tanıdan

bahsedilmemiş, psikotik bozukluk olabileceği ifade edilmiştir. Bu noktada pediatrik bipolar bozukluğun (PBB) klinik özellikleri ve ayırıcı tanısına, olgumuz bağlamında, kısaca değinmek gerekmektedir. PBB olgularının yarısından fazlasında hastalık ilk olarak major depresyon olarak ortaya çıkmaktadır (Pavuluri ve ark. 2005; Coşkun ve ark. 2010a). Diğer taraftan karma epizodların çocuk ve ergenlerde erişkinlere göre daha sık görüldüğü konusunda hemen hemen fikir birliği vardır (Pavuluri ve ark. 2005; Coşkun ve Zoroğlu 2009; Coşkun ve ark. 2010a). Ülkemizde yapılan bir çalışmada bipolar bozukluğu olan ergenlerin %40'ında ilk duygudurum epizodunun depresyon, yine % 40'ında ilk bipolar duygudurum epizodunun ise karma epizod olduğu bildirilmiştir (Coşkun ve Zoroğlu 2009). PBB'de %60'a varan oranlarda psikotik belirtiler bulunabilmektedir. Coşkun ve Zoroğlu'nun çalışmasında (2009) olguların %53'ünde duygudurum epizodları esnasında psikotik belirtiler bildirilmiştir. PBB ayırıcı tanısında en önemli iki bozukluk, ortak semptomatoloji ve komorbidite göz önüne alındığında, yıkıcı davranış bozuklukları ve psikotik bozuklardır (Coşkun ve ark. 2010 a, b). Olgu A'nın durumu göz önüne alındığında öncelikli ayırıcı tanının psikotik bozukluklar olduğu görülmektedir. Psikotik belirtilerin olduğu bir karma epizod geçiren ve AB olan bir ergende ilk bakışta psikotik bozukluk lehine gözükürken, fakat ayırıcı tanı dikkatli olmayı gerektiren noktalar şunlar olabilir; a) Gerçekte AB ile ilişkili olan bir takım yapısal özellikler (örneğin göz temasındaki kısıtlılık, anormal ses tonu, sıra dışı ilgi alanları ve düşünce içeriği) psikoz lehine yorumlanabilir. A'nın görüşmede dile getirdiği 'dünyanın sonu geldiği ve filmlerde yıldızların sönüp yok olduğu gibi dünyanın da yakında sönüp yok olacağı' düşüncesi sanrısız bir içerikten ziyade AB olan bireylerde depresyon sırasında sıklıkla görülebilen bir özelliktir (Ghaziuddin 2005), b) Karma epizodun depresif belirtileri (örneğin içe kapanma, sosyal geri çekilme, psikomotor retardasyon) negatif psikotik belirtiler gibi yorumlanabilir, c) Karma epizoda eşlik eden disforik duygudurum ve özgül olmayan

COŞKUN VE ÖZTÜRK

belirtiler (örneğin irritabilite, agresyon) psikoz lehine yorumlanabilir, d) Duygudurum epizodunun psikotik belirtileri psikoz lehine yorumlanabilir, e) Üçüncü derece akrabadaki şizofreni öyküsü psikoz lehine yorumlanabilir. Bu önemli noktaların tek bir klinik görüşme ile ve kesitsel bir değerlendirmeye aydınlatılması zor olabilir. Fakat detaylı bir gelişimsel ve premorbid öykünün yanı sıra uzunlamasına takip ayırıcı tanıda oldukça önemlidir. Duygudurum ve psikotik belirtilerin bir arada olduğu ve psikotik bozukluk tanısı konulan ergen hastaların uzunlamasına takiplerinde büyük bir kısmının aslında duygudurum bozukluğu olduğu görülmüştür (Werry ve ark. 1991; Coşkun ve ark. 2010b). Bizim olgumuzdaysa AB ile ilişkili özelliklerin göz önüne alınması uygun tanı ve tedavinin düzenlenebilmesi için oldukça önemlidir.

Sonuç olarak, komorbid psikiyatrik bozukluklar AB olan bireylerde klinik değerlendirmenin ve tedavi planının bir parçası olmalıdır. AB olan bireylerde komorbid durumlar değerlendirilirken AB ile ilişkili yapısal ve ailesel özellikler dikkate alınmalıdır. AB ve bipolar bozukluk birlikteliğiyle ilgili az sayıda çalışmada dikkate alındığında, bu olgu sunumunun gerek genç gerekse erişkin hastalarla çalışan ruh sağlığı çalışanlarına konuyla ilgili yardımcı olabileceğine inanıyoruz.

KAYNAKLAR

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) (1999). *Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children, Adolescents, and Adults with Autism and Other Pervasive Developmental Disorders*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 38: 32S-54S.

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) (2007). *Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Bipolar Disorder*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 46:107-125.

Amerikan Psikiyatri Birliği (1994) *Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Dördüncü Baskı (DSM-IV)* (Çev. ed.: E Köroğlu) Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1995.

Coskun M, Zoroğlu S (2009). *Pediyatrik Bipolar Bozuklukta Psikiyatrik Komorbidite*. İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD. Uzmanlık tezi.

Coskun M, Zoroglu S, Ozturk M (2010a) *Pediyatrik Bipolar Bozuklukta Klinik ve Fenomenolojik Özellikler*. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 11:60-67.

Coskun M, Zoroglu S, Ozturk M (2010b) *Pediyatrik Bipolar Bozuklukta Psikiyatrik Komorbidite ve Ayırıcı Tanı*. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 11:177-184.

DeJong S, Frazier JA (2002) *Bipolar disorder in children with pervasive developmental disorder*. In: *Bipolar Disorder in Childhood and Early Adolescence*. Geller B ve DelBello MP(ed), Guilford Press, New York, s 51-75.

Frazier JA, Doyle R, Chiu S ve ark. (2002) *Treating a child with Asperger's disorder and comorbid bipolar disorder*. *Am J Psychiatry* 159:13-21.

Ghaziuddin M, Alessi N, Greden JF (1995) *Life events and depression in children with pervasive developmental disorders*. *J Autism Dev Disord* 25:495-502.

Ghaziuddin M, Butler E (1998) *Clumsiness in autism and Asperger syndrome: a further report*. *J Intellect Disabil Res* 42:43-8.

Ghaziuddin M, Weidmer-Mikhail E, Ghaziuddin N (1998). *Comorbidity of Asperger syndrome: A preliminary report*. *J Intellect Disabil Res* 4:279-283.

Ghaziuddin M, Ghaziuddin N, Greden J (2002) *Depression in persons with autism: Implications for research and clinical care*. *J Autism Dev Disord* 32: 299-306.

Ghaziuddin M (2005) *Mental Health Aspects Of Autism And Asperger Syndrome*. Jessica Kingsley Pub. London, UK.

Gilchrist A, Green J, Cox A ve ark. (2001) *Development and current functioning in adolescents with Asperger syndrome: a comparative study*. *J Child Psychol Psychiatry* 42:227-40.

Gillberg C (1985) *Asperger's syndrome and recurrent psychosis—A case study*. *J Autism Dev Disord* 15:389-397.

Gökler B, Ünal F, Pehlivanlı B ve ark. (2004) *Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-Türkçe Uyarlamasının Geçerlik ve Güvenilirliği*. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 11:109-116.

- Gutkovich ZA, Carlson GA, Carlson HE ve ark. (2007) Asperger's Disorder and Co-Morbid Bipolar Disorder: Diagnostic and Treatment Challenges. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 17:247-255.
- Hedley D, Young R (2006) Social comparison processes and depressive symptoms in children and adolescents with Asperger syndrome. *Autism* 10:139-53.
- Matson JL, Nebel-Schwalm MS (2007) Comorbid psychopathology with autism spectrum disorder in children: an overview. *Res Dev Disabil* 28:341-52.
- Mukaddes NM, Fateh R (2010) High rates of psychiatric comorbidity in individuals with Asperger's disorder. *World J Biol Psychiatry* 11:486-92.
- Munesue T, Ono Y, Mutoh K, Shimoda K, Nakatani H, Kikuchi M (2008). High prevalence of bipolar disorder comorbidity in adolescents and young adults with high-functioning autism spectrum disorder: a preliminary study of 44 outpatients. *J Affect Disord* 111:170-5.
- Pavuluri MN, Birmaher B, Naylor MW (2005) Pediatric bipolar disorder: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 44:846-871.
- Raja M, Azzoni A (2008) Comorbidity of Asperger's syndrome and Bipolar disorder. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 4:26.
- Ringman JM, Jankovic J (2000) Occurance of tics in Asperger's syndrome and autistic disorder. *J Child Neurol* 15:394-400.
- Shtayermman O (2007) Peer victimization in adolescents and young adults diagnosed with Asperger's Syndrome: a link to depressive symptomatology and suicidal ideation. *Issues Compr Pediatr Nurs* 30:87-107.
- Stahlberg O, Soderstrom H, Rastam M ve ark. (2004) Bipolar disorder, schizophrenia, and other psychotic disorders in adults with childhood onset AD/HD and/or autism spectrum disorders. *J Neural Transm* 111: 891-902.
- Tani P, Lindberg N, Appelberg B ve ark. (2006) Childhood inattention and hyperactivity symptoms self-reported by adults with Asperger's syndrome. *Psychopathology* 39:49-54
- Werry JS, McClellan JM, Chard L (1991) Childhood and adolescent schizophrenic, bipolar, and schizoaffective disorders: a clinical and outcome study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 30:457-465.
- Wozniak J, Biederman J, Faraone SV ve ark. (1997) Mania in children with pervasive developmental disorder revisited. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 36:1552-1559.