

ŞİDDETLİ DUYGUDURUM VE DAVRANIŞLARIN DÜZENSİZLİĞİ (ŞDDD): OLGU SUNUMU VE TARTIŞMA

F. Neslihan İnal Emiroğlu*

ÖZET

Gelişimsel özellikler nedeni ile mani ve hipomani belirtileri erişkinler ve çocuklar arasında farklılaşabilir. Bu nedenle süreğen ve şiddetli ve çabuk öfkelenme ya da huzursuzluğu, aşırı hareketliliği ve anormal duygudurumu (genellikle üzüntü ve/ya da öfke) olan çocuklarda en uygun tanıyla ilgili belirgin bir anlaşmazlık mevcuttur. Bu alandaki araştırmacılar tarafından, fenotipler sistemi bu tanısal karmaşayı çözmek amaçlı öne sürülmüştür. Bu araştırmacılar her fenotipe ilişkin çocukların sistematik değerlendirilmesi ve uzunlamasına izlenebilmesi için "geniş" ve "dar" fenotipler tanımlamışlardır. Geniş fenotipi süreğen ve döngüsel hastalığı olup maninin işaret belirtilerini içermeyen, fakat daha dar fenotiplerin şiddetli çabuk öfkelenme ya da huzursuzluk ve aşırı uyarılabilirlik belirtilerini paylaşan hastalar göstermektedir. Biz bu yazıda geniş fenotip tanı ölçütlerini karşılayan bir olgumuzun izlem sürecinin ve gelişim öyküsünün tartışılmasını amaçladık. Döngülerin varlığı ve belirtilerin özelliği çocukluk manisindeki fenotiplerin ayırımında kullanılabilir. Bu sistemin kullanılabilirliği ve güvenilirliği izleyen çalışmalarda test edilebilecektir.

Anahtar sözcükler: Şiddetli duygudurum ve davranışsal düzenleme bozukluğu

SUMMARY: SEVERE MOOD AND BEHAVIORAL DYSREGULATION: A CASE REPORT AND DISCUSSION

Presentation of mania and hypomania may differ between children and adults because of the developmental differences. For that reason, there is a considerable disagreement about the most appropriate diagnosis for children with chronic and severe irritability, hyperactivity and abnormal mood (usually sadness and/or anger). Researchers in this field suggested a phenotype system to solve the diagnostic controversial problems. These researchers defined "narrow" and "broad" phenotypes for juvenile mania aiming children meeting the criteria for each phenotype could be assessed systematically and followed longitudinally. The broad phenotype is exhibited by patients who have a chronic, non episodic illness which does not include the hallmark symptoms of mania but shares the narrower phenotypes of the symptoms of severe irritability and hyperarousal. In this article we aimed to discuss the follow-up period and the development history of a case who meets the criteria of broad phenotype. The presence of episodes and symptoms can be used in differentiating the clinical phenotypes of juvenile mania. The utility and validity of this system can be tested in subsequent researchs.

Key words: Severe mood and behavioral dysregulation

GİRİŞ

Çocuklar ve ergenlerde iki uçlu duygudurum bozuklukları uzun yıllar tanınmamış ya da nadir olarak tanımlanmıştır. Bildirimler uzun süre mani tanıları şüpheli olgular düzeyinde kalmıştır. Carlson (1984) tarafından çocukluk manisi; şiddetli ve çabuk öfkelenme ya da huzursuzluk, döngüsellik olmayışı ve aşırı hareketlilik olarak tanımlanarak yeni bir çerçeveye oturtulmuştur. Çocukluk manisinde kabul edilen süreğen gidiş, şiddetli çabuk öfkelenme ya da dolup taşma, aşırı hareketlilik ve anormal duygudurum (üzgün ve/ya da öfkeli) gibi atipik özellikler klinisyenler arasında tartışmalara yolaçmıştır. Bazıları karışık mani gibi tanımlamalar yaparken, bazıları hızlı döngülü demiş ama tam bir uzlaşma sağlanamamıştır (Leibenluft ve ark. 2003). Çocuklarda bipolar bozukluğun döngülerinin daha kısa ve sık olduğu saptanmıştır (Geller ve ark. 1998, Biederman ve

ark. 1998). Bu gelişimsel farklar nedeni ile bazı araştırmacılar DSM-IV (APA 1994) ölçütlerinin çocuklar için yeniden düzenlenmesini önermişlerdir. Çocuklar için özellikle birbirinden ayrı döngülerin varlığı ve döngü sürelerinin (mani için 7 gün, hipomani için 4 gün) değiştirilmesi gerektiği bildirilmiştir (Biederman ve ark. 1998).

27 Nisan 2000'de Amerikan Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsünde yapılan bir yuvarlak masa toplantısında, çocukluk çağı ergenlik öncesi bipolar bozukluğun tanısal güçlükleri bu alandaki önder araştırmacılar tarafından tartışılmıştır. Bu toplantıda klinisyenlerin ortak görüşü çocukların DSM-IV ölçütlerini tam olarak karşılayanlar ve karşılamayanlar olarak iki bölüme ayrılmasıdır (National Institute of Mental Health 2001). DSM-IV ölçütlerini tam olarak karşılamayanlar bipolar bozukluk belirtileri ve belirgin işlevsel bozulma ile giden duygudurum bozukluğu göstermektedir. Bu grup bipolar bozukluk başka türlü adlan-

*Yrd. Doç. Dr., Dokuz Eylül Üniv. Tıp Fak., Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir

Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi : 13 (1) 2006

dırılmayan (BTA) kategorisinde incelenmektedir. Tüm bu nedenlerle paneldeki uzmanlar çocukluk manisinin "geniş" ve "dar" fenotipler olarak tanımlanmasının bu çocukların incelenmesi ve izlenmesini kolaylaştıracağı görüşünü öne sürmüşlerdir (National Institute of Mental Health 2001).

Bütün bu gelişmelerin sonucunda çocuklardaki tanı güçlüklerini aşmak amaçlı bir fenotipler sistemi önerilmiştir (Leibenluft ve ark 2003). (Bu fenotiplerin tanı ölçütleri Tablo 1'de özetlenmiştir). Bu sisteme göre 4 fenotip belirlenmiştir. İlk fenotipteki (dar fenotip) çocuklar erişkinlere oldukça benzer tabloda bulunmaktadır. Bunu izleyen iki ara fenotip tanımlanmıştır. Bunlardan birincisi (hipo)mani BTA olarak tanımlanmaktadır, bu gruptaki çocuklar dar fenotip özelliklerini karşılamakla birlikte döngü süreleri 1 ila 3 gün arasındadır. Diğer ara fenotip ise irritabl (hipo)mani olarak isimlendirilmiştir. Ergenlik öncesi DSM-IV tanı kriterlerindeki artmış duygulanım yerine çabuk öfkelenme ya da huzursuzluk geçmektedir. Dördüncü fenotip ise geniş fenotip olarak adlandırılmıştır. Bu fenotipdeki hastalar süregelen ve döngüsel olmayan bir gidişe sahip olup (hipo)maninin tanı koyduran çekirdek belirtilerini taşımayabilirler. Geniş fenotipteki çocuklar olumsuz uyarana şiddetli öfke şeklinde aşırı tepkisellik ve aşırı uyarılmışlık belirtilerini (motor aşırı hareketlilik, dikkat dağınıklığı vb. gibi) göstermektedirler. Ayrıca anormal duygudurum olarak adlandırılan ve öfke ve üzüntü arasında değişen süregelen hâl en az iki işlevsellik alanında sorun oluşturmaktadır. Bu fenotipte döngüsel seyreden anormal artmış duyguduruma eşlik eden grandiyozite ve azalmış uyku gereksinimi gibi ölçütler yoktur. Azalmış uyku gereksinimi, madde kullanımı, başlangıç insomniyası ya da Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB)'de sık görülen özgün olmayan durum olduğundan dolayı dışlanmıştır. Bu fenotip özellikle ergenlik öncesi manisinde görülen karışık ve döngüsel olmayan belirtilere bir tanımlama getirmeyi amaçlamıştır (Leibenluft ve ark 2003).

Bu yazıda klinik pratiğimizde rastlanan ve bu fenotipler sistemindeki geniş fenotip (şiddetli duygudurum ve davranışların düzensizliği (ŞDDD) tanı ölçütlerini karşılayan bir olgunun izlem sürecinin ve gelişim öyküsünün bilimsel verilerle tartışılması amaçlanmıştır. Bu yeni tanı grubunun tanınmasının bu hastaların izlem ve tedavisindeki önemi vurgulanmaya çalışılmıştır.

OLGU

A, 12 yaşında erkek olgu olup ailenin tek çocuğudur. Kliniğimize anne ve babası ile başvurmuştur.

Yakınması: Olgu, okul reddi, alt ıslatma, mutsuzluk, karamsarlık, isteksizlik, bunaltı, sıkıntı, huzursuzluk, ona komutlar veren hayali bir arkadaş yakınmaları ile kliniğimize başvurmuştur.

Geliş Öyküsü: Olgu ve anne babasından alınan öyküye göre, üçüncü sınıfın ikinci döneminden beri durduğu yerde duramama, yoğun sıkıntı, etrafa zarar verme isteği varmış. Aynı zaman aralığında kendisine sürekli kötü şeyler yapmasını söyleyen hayali bir arkadaşına da sahip imiş. Ailesine göre de çok sinirli, saygısızmış ve sinirlenince vurup kırma gibi saldırganlık tepkileri göstermekteymiş. "Çok mutsuzum benim mutlu olmam için bir şeyler yapın, delireceğim, çıldıracağım" gibi sözleri oluyormuş. Bir ay önce arkadaşları ile birlikte bakkaldan bir şeyler alırken yakalanmış, hayali arkadaşının emrettiğini iddia etmiş. Anneden alınan öyküye göre; kafasındaki sesin dediklerini yapmayınca içine çok sıkıntı geldiğini söylüyormuş. Yatağın altından canavar çıkacak gibi geliyormuş. Bundan bir hafta sonra, annesi halıyı kaldırdı diye çok sinirlenerek ağlamış, ortalığı dağıtmış. Oldukça büyük hayaller kurmaya başlamış, "motor alacağım, cip alacağım" gibi yapabileceğinin üstünde hayalleri varmış. Başvurusundan üç hafta önce gittikleri psikiyatrist önerisiyle fluoksetin (20 mg/g), alprazolam (1-2 gün, doz bilinmiyor), klomipramin (10 gün, doz bilinmiyor) kullanmış, ancak en son fluoksetin (20 mg/g) ve risperidon (0,5 mg/g) kullanan hastada, yerinde duramama hissi ve sıkıntı artışı nedeni ile risperidon kesilmiş ve bize yönlendirilmiş. İzlemede fluoksetin kesilip hasta alprazolam 0,75 mg/g ile sık (haftada bir kez) izlenmeye devam edilmiştir.

Özgeçmiş: Olgu, normal spontan vajinal yolla, miadla, vakumla 4300 gr olarak dünyaya gelmiş. Yürümesi on aylık iken, konuşması üç yaşında, tuvalet eğitimi ikibuçuk yaşında tamamlanmış (Geldiğinde primer enürezis nokturnası vardı). Olgunun akademik başarısı önceden beri orta düzeyde seyretmiş, küçüklükten bu yana akran ilişki güçlükleri varmış. Özellikle kavgacılık ve sinirlilik nedeni ile akran ilişkileri etkilenmiş.

Ruhsal Gelişim Öyküsü: Annenin istenmeyen ve hazır olunmayan bir gebeliği sonrası dünyaya

Tablo 1: Juvenil Mani Sınıflandırılmasında Klinik Fenotipler Sistemi

I) Dar fenotip
<ul style="list-style-type: none">• DSMIV ölçütlerini tam karşılar, artmış duygulanım ve/ya da grandiyozite gibi işaret belirtileri mevcuttur.• Süre ölçütü mevcuttur (7 güne mani, 4 güne hipomani)• DSMIV A ölçütü ile birlikte giden B ölçütü (distraktibiliteye eşlik eden artmış duygulanım)• Uyku için azalmış ihtiyaç insomniadan ayrıdır.• Zayıf yargılama tek başına mani ölçütü değildir, artmış amaca yönelik aktivite ve zarar verici sonuçları olabilecek zevk veren eylemlerle beraber bulunmalıdır.
II) 2 Ara fenotip
<ul style="list-style-type: none">• (hipo)mani BTA Çocuk dar fenotip özelliklerini karşılamakla beraber (hipo)manik döngüleri 1-3 gün arasındadır.• İrritabl (hipo)mani Çocuk DSM-IV (hipo)mani ölçütlerini artmış duygulanım yerine irritabl duygudurumla karşılamaktadır. Çocuğun irritabilitesi süre ölçütünü karşılayan ayrı döngülerde ortaya çıkıyor.
III) Geniş fenotip: Şiddetli duygudurum ve davranışsal düzenleme bozukluğu
<ul style="list-style-type: none">• Yaş 7-17, belirtiler 12 yaş öncesi mevcuttur.• Anormal duygudurum, özellikle öfke ve/ya da tüzüntü çevre tarafından fark edilen şiddette ve gütün en az yarısında mevcuttur.• Aşırı uyarılmışlık; aşağıdakılardan en az 3'ü mevcuttur. -insomnia, ajitasyon, distraktibilite, yarışan düşünceler ya da fikir uçuşması, baskılı konuşma ve girişkenlik.• Akranları ile karşılaştırıldığında olumsuz çevresel uyaranlara aşırı tepki (yaşa ve duruma uygunsuz), uzamış öfke nöbetleri, etrafa öfke ve saldırganlık en azından son 4 haftada ve haftada en az 3 kez olması gerekir.• Önceki sayılan 3 maddedeki belirtilerin 12 aydır mevcut olması, 2 aydan uzun belirtisiz dönem olmaması gerekiyor.• Şiddetli belirtiler en az tek alanda , ılımlı belirtiler (distraktibilite, girişkenlik) ikinci bir alanda olmalıdır (alanlar:ev, okul ve akranlar).
Geniş fenotip: Şiddetli duygudurum ve davranışsal düzenleme bozukluğu, dışlama ölçütleri
<ul style="list-style-type: none">• Kardinal mani belirtisi olan çocuklar; artmış, yükselmiş duygulanım, grandiyozite ya da şişmiş benlik algısı, döngüsel uykuya ihtiyaç azalması• Belirtiler ayrı peryodlarda 4 günden uzun sürüyorsa• Şizofreni, şizofreniform, şizoafektif bzk, YGB, PTSB ölçütlerini karşılıyorsa• Son 3 ayda madde kullanımı varsa• IQ<80 ise• Belirtiler bir ilaç kötüye kullanımı ya da nörolojik bir duruma bağlı ise

gelen A, anneye göre kendisi kız istediği için erkek olarak annenin deyimi ile "ikinci bir yıkıntıya" daha yol açmıştı. Ağlayan, uyumayan, huysuz çok yaramaz bir bebek olarak tanımlanmaktaydı. Anne bunu ilk itiraf olarak belirtip ona başlarda hiç sevgi gösteremediğini ekliyordu. Gün geçtikçe hareketli huysuz bir çocuk haline gelen A anneyi çok yormuştu. Anne saatlerce onu uyutmak için uğraştığını, kendisini bunalımda hissettiğini belirterek "yol gösteren olsa psikiyatriste giderdim" diye açıklıyordu. Kreş ya da anaokul deneyimi olmamıştı. Okul çağına geldiğinde ise hep öğretmenden şikayet almışlardı. Oldukça kavgacı ve öfkesini denetleyemez durumda olan A, arkadaşlarına kızdığında onları öldürmekten söz etmekteydi.

Soygeçmiş: Baba 37 yaşında, ortaokul mezunu ve balıkçılıkla uğraşmakta; anne 34 yaşında, ortaokul mezunu ve evhanımıdır, anna baba arasında herhangi bir ilişki sorunu tanımlanmamıştır. Annede panik bozukluk saptanarak klomipramin ve risperidon tedavisi uygulanmıştır. Anneannede bir psikiyatrik rahatsızlık tanımlanmaktadır ve kendisi fluvoksamin kullanmaktadır.

Ruhsal Gözlem: Olgu kliniğimize başvurduğunda yaşında gösteren, giyimi sosyoekonomik düzeyine uygun, bakımı ve hijyeni iyi, esmer, erkek, ön ergendi. Spontan, bol, amaca uygun ama ayrıntılı konuşması vardı, bazen söyledikleri anlaşılacak kadar hızlı ve baskılı konuşuyordu. Ancak verbalizasyonu yeterliydi. Duygulanımı anksiyeteli ve depresif olarak belirlendi. Bilişsel yetileri yerindeydi, zekası normal izlenimi veriyordu. Düşünme sürecinde çağrışımları düzenliydi, düşünce içeriğinde sıkıntısının yoğunluğu belirgindi. Dışa vuran davranışlarında psikomotor ajitasyonu, artmış motor aşırı hareketliliği, dışarıdan gelen coşkusal uyaranlara aşırı tepkiselliği, hafif artmış enerji düzeyi vardı. Benlik algısı olumsuz ve içgörüsü sınırlıydı.

Ayırıcı Tanı: Ayırıcı tanı için Turgay DSM-IV yıkıcı davranış bozuklukları tarama testi, Connors öğretmen formundan yararlanıldı. Dikkat eksikliği sınırdaydı, aşırı hareketliliği DSM-IV tanı ölçütlerini karşılamıyordu. Okul öncesi aşırı hareketlilik öyküsü yoktu. Karşıt olma karşıt gelme bozukluğu ve davranım bozukluğu ölçütleri anne ve babadan alınan bilgiler doğrultusunda dışlanmaktaydı. Major depresif bozukluk belirtileri süre ölçütünü karşılamıyordu. Erken dönem bakım

verenle olan ve diğer toplumsal ilişki güçlükleri nedeni ile ayırıcı tanıda tepkisel bağlanma bozukluğu düşünüldü. Ancak toplumsal ilişkiyi başlatmada değil sürdürmedeki güçlüğü, uygun seçici bağlanmalarının olması nedeni ile (A ölçütü) bu tanı dışlandı (APA 1994).

Bakımverenle olan ilişki güçlükleri, coşkusal ve duygusal değişkenliği, toplumsal ilişkileri başlatma ve sürdürmedeki güçlükleri nedeni ile çoklu karmaşık gelişimsel bozukluk (sınır bozukluk) ayırıcı tanıda akla gelmiştir (Ad-Dab'bagh ve Greenfield 2001). Ancak değerlendirme ve izlemde bilişsel işleme sürecinde bir düşünce bozukluğu saptanmaması nedeni ile bu tanıdan uzaklaşmıştır.

İzlem: Değerlendirme sürecinde St.Louis Washington Üniversitesi Çocuk ve Gençler için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Ölçeği - Şimdiki Zaman ve Yaşam Boyu-1996 DSM-IV'e göre uyarlanmış şekli (Washington University at St.Louis-Kiddie and Young Adult Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Present state and lifetime-for DSM-IV, WASH-U-KSADS) yarı yapılandırılmış tanı görüşmesi afektif modülü çocuğa ve anne babaya uygulandı (Geller ve ark 1996). Şiddetli duygudurum düzenleme bozukluğu ölçütlerini karşılayan hastanın izleminde, laboratuvar testleri (karaciğer fonksiyon testleri, böbrek fonksiyon testleri, kan elektrolitleri) ve elektroensefalografi yeniden istenerek bir süredir kullandığı alprazolam kesildi. Yaklaşık bir haftalık ilaçsız izlemde anne ve baba görüşmeleri yapıldı ve çocukla bireysel olarak öykü derinleştirmeye çalışıldı ve ilişki sorunları konuşuldu. Duygudurum ve davranışsal düzenleme bozukluğu belirtileri devam eden ve laboratuvar testleri normal gelen hastaya olanzapin 5 mg/g başlanıp yavaşça titre edilerek 10 mg/g'e çıkarıldı. İki buçuk ay ilaçlı izlemi sonrası görülen hastanın belirtilerinin oldukça yatışmış olduğu saptandı, ilaç yan etkisi olarak hafif sedasyon bulunmaktaydı. Okul işlevselliği çok düzelmiş, hayali arkadaşı kaybolmuş, çabuk öfkelenme ya da huzursuzluğu yatışmıştı. Anne bu durumu A'da gördüğü "en iyi hâl" olarak tanımlıyor, ara ara sıkıntıları (yalnızlıkla ilgili) dışında sorun olmadığını, saldırganlığın yatıştığını söylüyordu. Okulda akran ilişkisi, arkadaş bulması iyiydi. Entellektüel işlevselliğin değerlendirmesi için Wechsler zekâ testi (WISC-R) istendi. Sözel zeka puanı 64, performans zeka puanı 84, tüm zeka puanı 72 olarak saptandı.

TARTIŞMA

Duygusal ve coşkusal (emosyonel) düzenleme, sosyal olarak kabul gören uygun coşkusal yanıtları vermek ve dolayısıyla duruma uygun tepkileri göstermek ya da geciktirmek açısından son derece önemli bir yetidir (Cole ve ark 1994). Coşkusal düzenleme otonomik sinir sistemi ve frontal korteksi içine alan nöral yapılardan etkilenir. Uyarıcı (eksitator) sistem yani sempatik sinir sistemi doğumda işlevseldir ancak baskılayıcı (inhibitör) sistemi oluşturan parasempatik sinir sistemi ve prefrontal korteks doğumdan sonra da gelişimine devam eder. Bütün bu nedenlerle yeni doğan içten gelen uyarınları kendisi yatıştırılmaz, çoğunlukla dışarıdan bakım verenin yardımına gereksinim duyar (Cole ve ark 1994, Kraemer ve ark 1991). Bu da eşduyumlu yeterince iyi anneyi gerektirir.

Psikodinamik kuramlara göre bebek doğumundan itibaren anne ya da bakım verenle olan sembiyotik yaşantısında kendiliğini ve nesne tasarımlarını geliştirir. Winnicot'un deyimi ile "yeterince iyi anne" eşduyumlu yanıtları hazırlayarak bu sağlıklı gelişimi sağlar. Başka deyişle çocuk kendisini annesindeki yansımalarından tanımaktadır (Emiroğlu ve Fidaner 2003). Çocuğun duygusal ve fiziksel gereksinimleri de anne ya da bakım verenin eşduyumlu yanıtları ile karşılanmak zorundadır. Afekt gelişiminde biyolojik yapılanmanın yanı sıra afektif iletişimin yeni davranış ve afektif örüntü oluşumundaki önemi bildirilmiştir. Afekt hem sosyal ilişkileri sağlamakta hem de onlar yoluyla daha da gelişmektedir (Boratav ve Şener 1994).

7-15. aylarda limbik ve kortikal alanların myelinizasyonu gerçekleşir, prefrontal korteksten subkortikal alanlara ilerleyen inhibitör yollar da bu dönemde gelişir. Bebeğin kendini yatıştırıcı mekanizmaları geliştiğinde afekt düzenlemesi de gelişmektedir. Ancak mizaç olarak zor bebeklerde bu mekanizmaların geç geliştiği ve olumsuz coşkusal tepkilerin daha fazla olduğu gözlenmektedir (Cole ve ark 1994). Olgumuz da erken dönemden bu yana zor mizaçsal özellikleri taşımaktadır. Bu olumsuz özellikler erken dönem anne-bebek ilişkilerini etkilemiş, dolayısı ile duygusal ve coşkusal gelişimi de olasılıkla etkilemiştir. Annenin depresyon belirtileri ve depresyona yatkınlığı da hem genetik zemin hem de erken dönemde ilişkiyi bozan stressör olarak kabul edilebilir. Annenin annesinde de depresyona benzer yükü bulunmaktadır. Olgunun ailesel bir

duygudurum bozukluğu yüklülüğü olabilir. Duygudurum düzenlemesinin gelişiminde iki önemli yetiden de söz edilmektedir. Yürütücü dikkat; dışarıdan gelen pek çok uyarının süzülmesini ve mevcut etkinliğin sürdürülmesini sağlar. Dikkat kontrolü ise dikkatin negatif uyarandan pozitif uyarana yönelimini sağlayan yetidir ve prososyal davranışın sağlanması için gerekli olan negatif uyarıyı azaltmayı ve pozitif uyarana yönelimi sağlayan da bu yetidir. Yürütücü dikkat ve dikkat kontrolünün tam olarak gelişebilmesi 4-6 yaş civarındadır. Bu yetiler afekt düzenlenmesinde oldukça önemlidir (Bhangoo ve Leibenluft 2002). Afekt düzenlenmesinde dil gelişimi de oldukça önemlidir. Çocuk, bakım veren kişi ve çevresi ile olan ilişkisinde duyguları hakkında konuşabilme ve düşünebilme yetisini bu şekilde edinir ve sosyalleşir (Cole ve ark 1994). Erişkin yardımı duyguyu dışavurumunu ve kendi kendini düzenleme ve geliştirme tekniklerini artırır (Leibenluft ve ark. 2003). Olgumuzda dil gelişimi nispeten geri olarak tanımlanmıştır. Bütün bu bilgiler sonucunda pek çok nöral yapının duygusal düzenlenmeye katıldığını ya da etkileşim halinde olduğunu söylemek mümkündür. Bu nedenlerle tüm bu sistemlerdeki bozulmalar (örneğin dil gelişimi ya da dikkatin yürütücü işlevleri) duygudurum düzenleme bozukluğuna yol açabilirler. Bu yelpazede yer alan çocuklar yıllarca atipik bir tablo ve klasik maniden farklı süregelen belirtiler sergiledikleri için klinisyenlerin gözlerinden kaçmışlardır. Ancak son yıllardaki araştırma bulguları bu alandaki umutları artırmıştır (Wozniak 2003). Duygudurum bozukluğu yelpazesindeki çocuklarda genellikle az ya da çok sözel ifade sorunları yaşanmaktadır. Olgumuzun sözel ve performans zeka puanları arasındaki belirgin farklılık (20 puan) öğrenme sorunu şüphesini de akla getirmektedir. Geniş fenotip dışlama ölçütlerinde 80 IQ altı çocukların dışlanmasına karşın hastamızda toplam zeka puanındaki düşüşün bu farktan kaynaklandığı düşünülmüştür. Bir zekâ bölümünden 80 üzeri puan alması da bunu desteklemiştir. Bu nedenlerle olgu bu tanı grubundan dışlanmamıştır. Duygudurum düzenlenmesi ve bilişsel işlevler arasındaki ilişkileri daha iyi öğrenmek bipolar bozukluk ile DEHB eştanılığının sıklığını da daha iyi açıklayacaktır (Leibenluft ve ark. 2003).

Hastamızda belirgin yıkıcı davranış bozukluğu bulguları ve çevreye saldırganlık bulunmaktaydı. Süregelen bipolar bozukluk belirtileri taşıyan olgular davranım bozukluğu ölçütlerini karşılamasalar bile, artmış saldırgan davranışları rapor edilmiştir (Bhangoo ve ark. 2003). Geniş fenotipte

tanımlanan çocuklarda olumsuz uyarana artmış tepkisellik ve süregelen uyarılmışlık belirtileri (motor aşırı hareketlilik, dikkat dağınıklığı) bulunmaktadır. Ayrıca bu çocukların üzüntü ya da öfkeyi içeren süregelen bir anormal duygudurumu en az bir alanda bulunup (okul, ev, akran ilişkisinden en az biri), daha ılımlı aşırı uyarılmışlık belirtileri ikinci bir alanda yer almalı ve işlev kaybına yol açmalıdır. Bütün bu belirtiler olgumuzda da vardır. Geniş fenotipteki çocuklar için maninin artmış ya da yükselmiş duygudurumu, grandiyozite ve döngüsel azalmış uyku gereksinimi gibi işaret belirtileri dışlanmıştır. Bu ölçütleri öne süren araştırmacılar DEHB, davranım bozukluğu ve major depresyon gibi pekçok bozukluğun seyrinde de engellenmeye dayanıklılıkta azalma, aşırı uyarılmışlık ve duygudurum bozukluğu görülebileceğine işaret etmektedirler. Bu yüzden tanımlamayı uygun yapmak ve dışlama ve içerme ölçütlerine karşın bu DSM-IV tanımlarını da tedavi etmek önemlidir. Bu heterojeniteler ailesel bipolar bozukluk öyküsü, diğer DSM-IV tanımları, duygudurum belirtilerinin sıklık ve şiddeti, psikotik belirtiler, aşırı uyarılmışlık ve davranışsal kontrol bozukluğu ile ayırtlaştırılabilir. Bu fenotip bipolar bozukluğa ait olmakla beraber olasılıkla gelişimsel özellikler nedeni ile DSM-IV ölçütlerine uymamaktadır.

Bu çocukların büyüdükçe klasik maniye dönüşüp dönüşemeyeceği merak konusudur (Leibenluft ve ark 2003). Bir diğer görüş ise geniş fenotipteki çocukların asla maniye dönüşebilemeyeceği ama bipolar yelpazesinde devam edeceği yolundadır (Akiskal ve ark 2000). Bu fenotip ölçütlerinin geçerlik ve güvenilirliğini sağlayacak ileri izlem çalışmalarına gereksinim vardır.

Bu yazıyı hazırlarken kullandığım bilgi ve deneyimleri sağlamamda oldukça yardım ve desteği olan Amerikan Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü (NIMH) Afektif Bozukluklar birimi şefi Dr. Ellen Leibenluft'a teşekkürü borç bilirim.

KAYNAKLAR

Ad-Dab'bagh Y, Greenfield B (2001) Multiple complex developmental disorder: The "multiple and complex" evolution of the "childhood borderline syndrome" construct. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 40:954-964.

Amerikan Psikiyatri Birliği (1994). *Mental bozuklukların tanusal ve sayımsal elkitabı. Dördüncü baskı, (çev.ed Köroğlu E) Hekimler yayın birliği, Ankara.*

Akiskal HS, Bourgeois ML, Angst J ve ark. (2000) Re-evaluating the prevalence of and diagnostic composition within the broad clinical spectrum of bipolar disorders. *J Affect Disord* 59:5-30.

Bhangoo RK, Dell ML, Towbin K ve ark. (2003) Clinical correlates of episodicity in juvenile mania. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 13:507-514.

Bhangoo RK, Leibenluft E (2002) Affective neuroscience and the study of normal and abnormal emotion regulation. *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am* 11:519-532.

Biederman J, Klein RG, Pine DS ve ark. (1998) Resolved: Mania is mistaken for ADHD in prepubertal children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 37:1091-1096.

Boratav C, Şener Ş (1994) Çocukta afekt ve afektif gelişim. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 1:111-118.

Carlson G (1984) Classification issues of bipolar disorders in childhood. *Psychiatr Dev* 2:273-285.

Cole P, Michel M, Teti L (1994) The development of emotion regulation and dysregulation: a clinical perspective. *Monogr Soc Res Child Dev* 240:73-100.

Emiroğlu FNİ, Fidaner H (2003) Nesne ilişkileri kuramı ve insan gelişimi. *3P dergisi* 11:227-234.

Geller B, Williams M, Zimmerman B ve ark (1996) Washington University in St. Louis Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (WASH-U-KSADS). St. Louis Washington University.

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

Kraemer G, Ebert M, Schmidt D (1991) Strangers in a strange land: psychobiological study of infant monkeys before and after separation from real or inanimate mothers. *Child Dev* 62:548-66.

Leibenluft E, Charney DS, Towbin KE ve ark. (2003) Defining clinical phenotypes of juvenile mania. *Am J Psychiatry* 160:430-437.

National Institute of Mental Health (2001) National Institute of Mental Health research roundtable on prepubertal bipolar disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 40:871-878.

Wozniak J (2003) Pediatric bipolar disorder: The new perspective on severe mood dysfunction in children. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 13:449-451.