

# ÇOCUKLUK ÇAĞI BİPOLAR BOZUKLUĞU: OLGU SUNUMLARI\*

Esra Güzel\*\*, Ayşegül Yolga Tahiroğlu\*\*\*, Kayhan Bahalı\*\*, Ayşe Avcı\*\*\*\*

## ÖZET

Bipolar bozukluk (BPB) manik ve depresif belirtilerin bulunduğu, ataklarla seyreden bir hastalıktır. Başlangıç yaşı ortalama 18-20'dir ve ergenlik öncesi başlangıç nadir olarak bildirilmektedir. İlk belirtilerin ortaya çıkması sıklıkla 15-19 yaşlarına denk gelmektedir. Çocukluk çağı başlangıçlı BPB'nin sıklığı ve özellikleri tam olarak açık değildir. Çocuklarda bu tanıyı düşündüren özellikler irritabilite, hiperaktivite ve normal dışı duygulanımdır (genellikle öfke ya da hüznün). Erişkinlerden farklı olarak atakların süresi daha kısadır, ataklar arasında tam düzelmeye daha azdır ve bazı belirtiler süreklilik göstermektedir. Klinik uygulamada çocukta manik atağın tüm belirtilerinin bulunmasından çok duygudurum düzenleyici tedaviye cevap vermesi tanıyı doğrulamada önem kazanmaktadır. Bu çalışmada "aşırı hareketlilik, dikkat dağınıklığı, sinirlilik, özkiyim düşünceleri" gibi yakınmalarla polikliniğimize başvuran ve Bipolar Bozukluk ön tanısı ile duygudurum düzenleyici tedavi başlanan 4 olgunun klinik seyri hakkında bilgilere yer verilmektedir. Ayrıca literatür ışığında tanı ve tedavinin tartışılması amaçlanmaktadır.

**Anahtar Sözcükler:** BPB, DEHB, çocukluk çağı, duygudurum bozukluğu.

## SUMMARY: CHILDHOOD BIPOLAR DISORDER: CASE REPORTS

Bipolar disorder is an episodic disease having manic and depressive symptoms. Tough mean age of onset for bipolar disorder is 18-20, onset during preadolescence period is also rarely reported. First symptoms are usually recognised at 15-19 years of age. Childhood bipolar disorder's frequency and characteristics are not exactly clear. In children, irritability, hyperactivity and abnormal mood (generally nervousness and sadness) should remind us the diagnosis of bipolar disorder. In contrast with adults, episodes are shorter and recovery between the episodes is less common and some of the symptoms may show a continuous pattern. In clinical practice, response to the mood stabilizing treatment is more important than appearance of all symptoms of manic episode to confirm the diagnosis in children. In this study, the clinical follow up of four cases, with the prediagnosis of bipolar disorder who had 'hyperactivity, attention deficit symptoms, suicidal thoughts and nervousness' as initial symptoms which were treated with mood stabilizing treatment, have been presented. In this study it has been aimed to discuss both the diagnosis and the treatment in the highlight of the literature.

**Key words:** BPD, ADHD, childhood, mood disorder.

## GİRİŞ

Duygudurum bozukluklarının temel belirtileri duygusal alanda olup, bilişsel, psikomotor ve kişiler arası ilişkiler alanlarında da bulgular verir. Bipolar bozukluk (BPB) manik ve depresif belirtilerin bulunduğu ataklarla seyrederek. Tanı alma yaşı ortalama 18-20'dir ve ergenlik öncesi başlangıç nadir olarak bildirilir. İlk belirtilerin ortaya çıkması sıklıkla 15-19 yaşları arasındadır (APA 1994, Yazıcı 1997, Weller ve ark. 2002).

Bipolar bozukluğun ortaya çıkışında farklı mekanizmalar üzerinde durulmaktadır. Genetiğin

rolü aile çalışmaları ile gösterilmiştir. Çalışmalarda sıklıkla 5., 11. ve X kromozomlarında bozukluk olabileceği ve beyin görüntüleme çalışmalarında özgün olmayan değişiklikler bulunduğu bildirilmiştir (Kelsoe 2003, Nasrallah 1991). Beyindeki biyokimyasal değişiklikler ile ilgili çalışmalarda, serotonin, noradrenalin, dopamin ve asetilkolin ile ilgili farklılıklar ileri sürülmekle birlikte, bunların nasıl rol oynadığı tam olarak açık değildir (Biederman ve ark. 1999, Yazıcı 1997).

Çocukluk çağı başlangıçlı BPB'nin sıklığı ve özellikleri tam olarak bilinmemektedir. Bu konuda yapılan çalışmalar son yıllarda artarak devam etmektedir (Emiroğlu ve Bozabalı 2002, Leibenluft 2003, Woolston 1999). Çocuklarda bu tanıyı düşündüren özellikler, irritabilite, hiperaktivite ve normal dışı duygulanımdır (genellikle öfke ya da hüznün). Erişkinlerden farklı olarak atakla-

\* Bu çalışma daha önce 14. Ulusal Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kongresinde Poster Bildiri olarak sunulmuştur.

\*\* Araş. Gör. Dr., Çukurova Üniv. Tıp Fak. Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Adana.

\*\*\* Uzm. Dr., Çukurova Üniv. Tıp Fak. Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Adana.

\*\*\*\* Prof. Dr., Çukurova Üniv. Tıp Fak. Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Adana.

rın süresi daha kısadır, ataklar arasında tam düzelme daha azdır ve bazı belirtiler süreklilik gösterir. Klinik uygulamada çocukta manik atağın tüm belirtilerinin bulunması dışında duygudurum düzenleyici tedaviye yanıt vermesi tanıyı doğrulamada daha önemlidir (Leibenluft 2003).

Çocukluk çağında başlayan pek çok psikiyatrik bozukluk gibi BPB'nin de erken tanımlanmasında güçlükler vardır. Genellikle başka bir psikiyatrik bozuklukla birlikte bulunur. En sık karıştığı ve birlikte görüldüğü durum dikkat eksikliği hiperaktivite (DEHB) bozukluğudur. Ergenlik öncesi çocuklarda mani sıklıkla kendini DEHB gibi göstermektedir (Kent ve Craddock 2003, Klein ve ark 1999, Kocacs ve Pollock 1995). Ciddi DEHB ve davranım bozukluğu çocukluk çağı başlangıçlı BPB'nin erken belirtisi olabilir (Geller 1997, Chang ve ark. 2000). Hellender ve arkadaşları (1999) BPB'si olan pek çok çocuğun ilk olarak DEHB tanısı aldığını, sıklıkla psikostimülan ve antidepresan ilaçlar kullandıklarını, bu tedavilerle mani belirtilerinin arttığını ve ilk hastaneye yatışların genellikle yanlış tedaviye bağlı olduğunu bildirmişlerdir. Bu bilgiyle uyumlu olarak çocukluk döneminde antidepresan ve stimülanların daha sık kullanıldığı ülkelerde ergenlik öncesi manik atakların daha sık olduğu bildirilmektedir (Reichart ve Nolen 2004).

DEHB olan çocuklarda yüksek oranda mani görülmektedir. Manili hastaların ailelerinde de yüksek oranda DEHB saptanması bu iki durumun genetik olarak ilişkili olabileceğini düşündürmektedir (Biederman ve ark. 1999, Chang ve ark. 2003, Faraone ve ark. 1997). Komorbid hastalığı olanlarda ayırıcı tanının daha da güçleştiği ileri sürülmektedir (Biederman ve ark. 1998b). İki durumun birlikte olduğu olgularda psikostimülan kullanımı manik atağı tetikleyebileceğinden, psikostimülanların duygudurum düzenleyicilerle birlikte kullanılmasının manide kötüleşme yapmaksızın, DEHB bulgularında düzelme sağladığı bildirilmektedir (Rosanne ve ark. 2002).

Çocukluk çağında başlayan BPB'nin tedavisi psikososyal uygulamalar ve ilaç tedavisinin birlikte kullanılmasını içermektedir. Lityum ve antiepileptikler en sık kullanılan ilaç tedavileridir

(McClellan ve ark. 1997). Lityumun ergenlik öncesi BPB'si olan çocukların tedavisinde etkili olduğu bildirilmiştir. Lityuma yanıt vermeyen olgularda antiepileptiklerle iyi yanıt sağlandığını bildiren çalışmalar bulunmaktadır (Rosanne ve ark. 2002). Lityumun ilk manik atakta, atağı tetikleme riski ve düşük yanıt oranı nedeniyle kullanılmamasını öneren çalışmalar da bulunmaktadır (Biederman ve ark.1999). Woolston (1999) bu olgularda karbamezapin uygulamasının etkili ve güvenli olduğunu bildirmektedir.

Bu çalışmada çocukluk çağı başlangıçlı bipolar bozukluk ön tanısı alan 4 çocuk olgunun tedavi ve izlem bilgilerine yer verilmektedir.

**OLGU 1:** 10 yaş 9 aylık, ilkokul dördüncü sınıf öğrencisi erkek olgu; kekeleme, dönem dönem hırçınlık, hareketlilikte artış, derslere ilgisizlik yakınmaları ile polikliniğimize başvurdu. Alınan öyküde 8 yaşından başlayarak okuldan yakınma gelmeye başladığı, 1-1,5 ay süren daha sakin olup, kurallara uyduğu, derse ilgisinin daha iyi olduğu dönemleri 10-15 gün süren hırçın, eleştiriye dayanıksız, derse karşı ilgisiz olduğu, sıraların üzerinde dolaşacak kadar hareketlendiği, geç ve az uyuduğu, kardeşi ile daha sık sorun yaşadığı dönemlerin izlediği öğrenildi. Olgu ile yapılan görüşmede ikinci sınıftan bu yana ara dikkatinin dağıldığı, bazen içinde nedenini bilmediği bir enerji hissettiği, bu dönemlerde öğretmeninin kendisini yaramazlık nedeniyle daha sık uyardığı, altı yaşında doğuştan özürlü kardeşiyle daha çok tartıştığı öğrenildi. Ruhsal muayenesinde duygulanımının değişken olduğu, çağrışımlarının hızlandığı, benlik algısının arttığı ve içgörüsünün sınırlı olduğu belirlendi.

Özgeçmişinde 11 aylıkken desteksiz yürümeye, 18 aylıkken cümle kurmaya başladığı ve 48 aylıkken tuvalet eğitimini tamamladığı öğrenildi.

Soygeçmişinde altı yaşındaki erkek kardeşinin intrauterin enfeksiyon nedeniyle mental-motor retardasyonunun olduğu öğrenildi. Geniş aile ile ilgili bilgiler araştırıldığında; 30 yaşında olan halasının birkaç yıldır bipolar bozukluk ve anksiyete bozukluğu nedeniyle tedavi gördüğü belirlendi.

Laboratuvar incelemelerinde tam kan ve biyokimya tetkikleri normal sınırlar içerisindeydi. EEG de hızlı aktivite ile karakterize hafif zemin ritim düzensizliği saptandı.

"Çocukluk çağı başlangıçlı bipolar bozukluk, konuşma bozukluğu" ön tanısı ile izlem ve tedaviye alınan olgunun ayırıcı tanısında DEHB düşünüldü. Tedavide valproik asit 10 mg/kg/gün önerildi ve 15 günün sonunda doz 20 mg/kg/gün olarak arttırıldı. İlaç uygulamasından üç hafta sonra yakınmalarında belirgin düzelme olduğu, hırçın ve hareketli olduğu dönemlerin azaldığı, süresinin kısaldığı, dikkat süresinin arttığı, uyku sorununun olmadığı ve okuldan daha az yakınma geldiği öğrenildi. Tedavi yanıtı göz önünde bulundurularak tekrar değerlendirildiğinde; DEHB tanısından uzaklaşıldı. Şu an tedavisinin 4. ayında olan olgunun benzer yakınmalarında yinelenme olmadı. İzlem ve tedavisi sürmektedir.

**OLGU 2:** 7 yaş 9 aylık, ilkokul ikinci sınıf öğrencisi, erkek olgu; polikliniğimize hırçınlık, aşırı hareketlilik yakınmaları ile başvurdu. Öyküsünde anasınıfından bu yana hareketliliği artan olgunun daha önce gün içerisinde iki-üç saat süren hırçınlık, söz dinlememe, söz kesme, sırasını bekleyememe ve zıtlasma yakınmaları olurken, son 1,5 aydır bunların gün boyu sürdüğü öğrenildi. Bir aydır yalan söyleme ve övünmeleri artan olgunun "bu evin reisi benim, ben ne dersem o olur" diyerek kurallara uymamaya başladığı, arkadaşları ile daha sık tartıştığı, sınıfta daha önce olmadığı kadar taşkın hareketlerde bulunduğu, öğretmen sınıftayken sıraların üstünde dolaştığı ailesi tarafından bildirildi. Olguyla yapılan görüşmede ara ara elektrik prizi ya da bıçak kullanarak intihar etmeyi düşündüğü, son zamanlarda uykusuzluğunun arttığı, bazen gece geç saatlere kadar uyuyamadığı ancak bunu ailesiyle paylaşmadığı öğrenildi. Ruhsal muayenesinde aşırı hareketli olduğu, duygulanımının abartılı biçimde neşeli olduğu, çağrışımlarının hızlandığı gözlemlendi. Özgeçmişinde 12 aylıkken desteksiz yürümeye, 13 aylıkken konuşmaya başladığı ve 18 aylıkken tuvalet eğitimini tamamladığı öğrenildi. Soygeçmişinde babasının,

babaannesinin ve amcasının bipolar bozukluk nedeniyle tedavi aldığı öğrenildi. Laboratuvar incelemelerinde demir eksikliği saptanan olgunun EEG'si normal sınırlar içerisindeydi.

Olguya "çocukluk çağı başlangıçlı bipolar bozukluk" ön tanısı ile 10 mg/kg/gün valproik asit ve demir preparatı başlandı ve haftalık görüşmelerle izlendi. İzlem sırasında valproik asit dozu 20 mg/kg/gün olarak artırıldı. İlaç dozunun artırılmasından iki hafta sonra hırçınlık ve kavgacılık yakınmalarında azalma, dikkat süresinde ve derse olan ilgisinde artma olduğu belirlendi. Beş aydır izlenen olgunun izlem ve tedavisi sürmektedir.

**OLGU 3:** 9 yaşında, ilkokul üçüncü sınıf öğrencisi erkek olgu, polikliniğimize aşırı hareketlilik, çabuk sinirlenme, söz dinlememe yakınmaları ile başvurdu. Alınan öyküsünde; hareketli bir çocukluk dönemi tanımlanan olgunun son iki yıldır hareketliliğinde artış, haftada 3-4 gün ve gün içerisinde 20-30 dakika süren, bir kaç kez tekrarlayabilen durgun, çökkün ve ardından taşkın duygudurum dalgalanmalarının olduğu bildirildi. Gün içinde hırçın olduğu dönemlerde kardeşine zarar verdiği, izinsiz evden ayrıldığı, kendini olduğundan farklı ve güçlü hissettiği, öğretmeni ile senli-benli konuştuğu, diğer zamanlarda bu yakınmalarının olmadığı aile tarafından bildirildi. Olgunun geçen yıl yaklaşık bir ay süren uykusuzluk, çarpıntı yakınmalarının eşlik ettiği, sık sık "ölsem de kurtulsam" dediği, daha çökkün bir döneminin olduğu öğrenildi. Ruhsal muayenesinde benlikte kabarma, çağrışımlarda hızlanma vardı. Algı, bellek ve yönelim normaldi ve içgörüsü sınırlı idi. Özgeçmişinde 7 aylıkken katılma nöbetleri geçirdiği, gelişiminin yaşitlarına uygun seyrettiği öğrenildi. Soygeçmişinde özellik belirlenmedi. Yapılan WISC-R zeka testinde zeka bölümü 79 (sınır IQ) olarak belirlenen olgunun laboratuvar incelemelerinde demir eksikliği olduğu saptandı. EEG'si normal sınırlar içerisindeydi.

Ön tanı olarak "çocukluk başlangıçlı bipolar bozukluk" düşünülen olguya tedavi amacıyla demir ve valproik asit 10 mg/kg/gün başlandı ve

izlemde dozu 20 mg/kg/gün olarak arttırıldı. Gün içinde olan duygudurum dalgalanmaları, hırçınlığı, kendini olduğundan güçlü algılama gibi yakınmaları düzelen olgunun, uykularının daha düzenli olduğu ailesi tarafından bildirildi. Üç ayın sonunda yakınmalarında artış gözlenmeyen olgunun izlem ve tedavisi sürmektedir.

**OLGU 4:** 7 yaş 6 aylık, ilkokul ikinci sınıf öğrencisi erkek olgu, polikliniğimize aşırı hareketlilik, çabuk sinirlenme yakınmaları ile başvurdu. Öyküsünde bebeklik döneminden beri aşırı hareketli olan olgunun, ilkokula başladıktan sonra dikkat dağınıklığı ve unutkanlığının fark edildiği, sınıfta öğretmen tarafından hareketliliği nedeniyle sürekli uyarıldığı öğrenildi. Son 1 yıldır 7-10 gün, gün boyu süren daha sakin, kurallara uyan, ders çalışmaya daha istekli olduğu dönemleri, 3-6 gün süren daha hareketli, çabuk sinirlenen, derse karşı ilgisinin azaldığı, daha geç saatlerde uyumak istediği dönemlerin izlediği bildirildi. Olgunun bu bulgularındaki dönemsel değişiklikler öğretmenden alınan bilgiler ile de uyumluydu. Yapılan ruhsal muayenesinde aşırı hareketli olduğu, çağrışımlarının hızlandığı, benlik algısının arttığı gözlemlendi. Özgeçmişinde 11 aylıkken yürümeye, 18 aylıkken konuşmaya başladığı ve 20 aylıkken tuvalet eğitimini tamamladığı öğrenildi. Soygeçmişinde annesinin 4 yıldır bipolar bozukluk nedeni ile tedavi olduğu belirlendi.

Ön tanı olarak "çocukluk çağı başlangıçlı bipolar bozukluk" düşünülen olguya tedavi amacıyla valproik asit 10 mg/kg/gün başlandı ve izlemde dozu 20 mg/kg/gün olarak arttırıldı. Bu uygulamadan sonra hareketlilik, hırçınlık, uykusuzluk, dikkatsizlik yakınmaları ve dönemsel özellikleri azaldı. Şu an dördüncü ayında olan izlem ve tedavisi sürmektedir.

## TARTIŞMA

Çocukluk çağında başlayan BPB'nin ilk belirtileri dikkatle incelenmediğinde pek çok bozuklukla karışabildiği bilinmektedir. BPB çocuklarda nadir olması ve özelliklerinin tam olarak bilin-

memesi nedeniyle ayırıcı tanı aşamasında çoğu zaman akla gelmemektedir. Tanı aşamasında en önemli konu, dönemsel özelliklerin ayrıntılı sorgulanması ve atakların belirlenmesidir. Dönemsel özellikler araştırılmadığı takdirde, çoğu zaman aileden alınan öykü tipik DEHB öyküsü gibi görünmekte ve yanlış tanı almaktadır (Biederman ve ark. 1998a, Carlson 1990, Geller 1997, Geller ve ark. 1998a, Geller ve ark. 2002, Klein ve ark. 1999). BPB'nin okul öncesi dönem ve okul döneminde DEHB şeklinde görüldüğü, ergenlik öncesi manik bulguların artmaya başladığı düşünülmesi üzerinde de durulmaktadır (Carlson 1995, Geller ve Luby 1997). Özellikle ailesinde BPB öyküsü olan çocukların daha dikkatli incelenmesi; depresyon ya da DEHB bulgularının BPB'nin erken belirtileri olabileceği, antidepresan ve stimülan uygulamalarının bu çocuklarda ilk atağın ortaya çıkışını hızlandırabileceği bildirilmektedir (Hellender ve ark 1999). Reichart ve arkadaşları (2004) BPB'si olan kişilerin çocuklarında psikiyatrik bozuklukların kontrollerden daha sık olduğunu bildirmişlerdir.

Çocukluk çağı başlangıçlı BPB'nin standart bir değerlendirme ve tanılandırma aracı bulunmamaktadır. Bu alanda çalışan pek çok araştırmacının ortak fikri; BPB şüphesi olan olgularda tedavi sonuçlarını değerlendirerek tanının doğrulanması şeklindedir. Yani çoğu zaman tedaviden tanıya gidilmektedir. Stimülanlara yetersiz yanıt, antidepresanlarla hipomanik-manik belirtilerin ortaya çıkması ve duygudurum düzenleyici tedaviye olumlu yanıtın çocukluk çağı başlangıçlı BPB'nin en önemli göstergeleri olduğu düşünülmektedir (Rossanne ve ark. 2002). Bizim olgularımızda; ayırıcı tanıda DEHB göz önünde bulundurulmakla birlikte, dönemsel özelliklerin varlığı nedeniyle tercih edilen tedavi duygudurum düzenleyici olmuştur. Tüm olgularda, ilaç uygulamasını izleyen haftalarda başta hareketlilik ve benlikte kabarma olmak üzere pek çok belirtide anlamlı düzelme olmasının ve dönemsel belirtilerin sıklığının ve şiddetinin azalmasının BPB tanısını desteklediği düşünülmüştür. Birinci olgunun EEG incelemesinde; "hızlı aktivite ile karakterize hafif zemin ritmi düzensizliği" olduğu belirlenmiştir. Yalnızca bu olgu için antiepileptik



kullanımıyla bulgularda ki düzelme, EEG bozukluğuna bağlanabilir. Ancak hafif zemin ritmi düzensizliğinin bu tür belirtilerin ne kadarına neden olabileceği açık değildir.

Çocuklarda BPB tanısı koyarken en önemli zorluk, atakların erişkinlerde tanımlanandan daha kısa olması, tüm ölçütlerin bulunmaması ve çoğu zaman gün içinde dalgalanmalar şeklinde kendini göstermesidir (Geller ve ark. 1998b, Leibenluft 2003). Bizim olgularımızda bu bilgiye uygun olarak; manik atak ölçütleri tam olarak karşılanmamakta, ancak benlikte kabarma ve kısa atakların varlığı BPB'yi düşündürmektedir.

Bizim çalışmamıza alınan dört olgudan üçünün ailesinde BPB öyküsünün bulunması, bizi BPB açısından daha dikkatli sorgulamaya ve dönemsel özellikleri araştırmaya yöneltmiştir. DEHB bulguları ile başvuran çocukların ailelerinde BPB öyküsünün dikkatle araştırılması önerilmektedir (Biederman ve ark. 1999, Faraone ve ark. 1997, Fergus ve ark. 2003). Dönemsel özellikler, çoğu zaman aile tarafından doğrudan anlatılmayan, ancak sorulduğu zaman ortaya çıkarılabilen bir durumdur. Bu nedenle, özellikle ağır DEHB ve davranım bozukluğu olan olgularda dönemsel özelliklerin ve grandiozitenin sorgulanması önerilmektedir (Bowring ve Kovacs 1992, Geller 1997, Geller ve ark. 1998b, Geller ve ark. 2002).

Bu çalışmada duygudurum düzenleyici olarak tercih edilen ilaç valproik asittir. Çocuklarda litium kullanımının olumlu etkileri bildirilmektedir. Ancak uzun dönem kullanımda böbrek ve tiroid bezi üzerine olumsuz etkileri nedeniyle çocuklarda kullanılması tartışmalı bir konudur (Biederman ve ark. 1999, McClellan ve ark. 1997). Lityuma yanıt vermeyen olgularda, anti-epileptiklerle olumlu yanıt bildiren çalışmalar bulunmaktadır (Rosaanne ve ark. 2002). Bu nedenle bizim çalışmamızda; epilepsi gibi başka alanlarda da çocukların tedavisinde sıkça kullanılan ve güvenilirliği bilinen, doz ayarlaması kolay olan valproik asit tercih edilmiştir. Çocukluk çağı başlangıçlı BPB'nin tedavisinde anti-epileptiklerin güvenli ve etkili olduğunu bildiren çalışmalar bulunmaktadır (Woolston 1999, Zoroğlu

ve Tüzün 2001). Çocuk ve ergen olgularda koruyucu tedavinin erken başlanması ve sürdürülmesinin seyri olumlu yönde etkilediği düşünülmektedir (Emiroğlu ve Bozabalı 2002).

Erişkin BPB'li olgular ile yapılan geçmişe dönük çalışmalarda, pek çoğunun çocukluk döneminde de bazı belirtileri taşıdıkları, tanı alan ilk ataktan yıllar önce bile bazı dönemsel özellikler gösterdikleri bildirilmektedir (Biederman ve ark. 1999). Bu açıdan bakıldığında, erişkin yaşamda BPB tanısı alacak olan pek çok olgunun çocukluk döneminde, çocuk psikiyatrisi polikliniklerine başvurduğu ve başka tanılarla tedavi aldığı düşünülmektedir. Geçtiğimiz yüzyılda çocukluk çağında BPB'nin olup olmayacağı tartışılırken, günümüzde tanı ölçütlerinin geliştirilmeye çalışılıyor olması ümit vericidir (Leibenluft 2003, Woolston 1999). Bu bağlamla çocukluk çağı BPB'nin tanımlanmasından tedavi protokollerinin geliştirilmesine kadar pek çok alanda yapılacak uzun süreli izlem çalışmalarına gereksinim vardır.

## KAYNAKLAR

- American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV). Washington, DC.*
- Biederman JM, Russel R, Soriano J ve ark. (1998a) Clinical features children with both ADHD and mania. J Affect Disord 51:101-112.*
- Biederman J, Klein RG, Pine DS ve ark. (1998b) Resolved: Mania is mistaken for ADHD in prepubertal children. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 37:1091-1093.*
- Biederman JM, Faraone SV (1999) Further evidence of a bidirectional overlap between juvenile mania and conduct disorder in children. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 38(4):468-476.*
- Bowring MA, Kovacs M (1992) Difficulties in diagnosing manic disorders in children and adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 30:611-631.*
- Carlson GA (1990) Child and adolescent mania-diagnostic consideration. J Child Psychol Psychiatry 30:320-331.*
- Carlson GA (1995) Identifying prepubertal mania. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 33:749-759.*
- Chang KH, Steiner H, Ketter TA (2000) Psychiatric phenomenology of child and adolescent bipolar offspring. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 38:443-449.*
- Chang KH, Blasey CM, Ketter TA ve ark. (2003) Temperament characteristics of child and adolescent bipolar offspring. J Affect Disord 77(1):11-19.*

- Emiroğlu İFN, Bozabalı ÖG (2002) Çocukluk ve ergenlik çağı bipolar bozukluk tanısı ve ayırıcı tanısı. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 9(3):178-189.
- Faraone S, Biederman J, Mennin D ve ark. (1997). Attention deficit hyperactivity disorder with bipolar disorder: a familial subtype. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 36(10):1378-1387.
- Fergus EL, Miller RB, Luckenbaugh DA ve ark. (2003) Is there progression from irritability/discontrol to major depressive and manic symptoms? A retrospective community survey of parents of bipolar children. *J Affect Disord* 77(1):71-78.
- Geller B (1997) Discussion of "attention deficit hyperactivity disorder with bipolar disorder: a familial subtype?". *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 36(10):1387-1388.
- Geller B, Luby J (1997) Child and adolescent bipolar disorder: a Review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 13:1137-1176.
- Geller B, Warner K, Williams M ve ark. (1998a) 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, Williams M, Zimerman B (1998b) 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, Zimerman B, Williams M (2002) DSM-IV mania symptoms in prepubertal and early adolescent bipolar disorder phenotype, compared to attention deficit hyperactive and normal controls. *J Child Adolescent Psychopharmacol* 12:11-25.
- Hellender M E, Burke T (1999) Children with bipolar disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 38(5):495
- Kelsoe JR (2003) Argument for the genetic basis of the bipolar spectrum. *J Affect Disord* 73(1-2):183-197.
- Kent L, Craddock N (2003) Is there a relationship between attention deficit hyperactivity disorder and bipolar disorder? *J Affect Disord* 73(3):211-221.
- Klein RG, Pine DS, Donald F (1999) Children with bipolar disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 38(5):496.
- Kocacs M, Pollock M (1995) Bipolar disorder and comorbid conduct disorder in childhood and adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 33:72-716.
- Leibenluft E, Charney DS, Towbin KE ve ark. (2003) Defining clinical phenotypes of juvenile mania. *Am J Psychiatry* 160:430-437.
- McClellan J, Werry JS (1997) Practice parameters for the assesment and treatment of children and adolescents with bipolar disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 36(10):1575-1765.
- Nasrallah HA (1991) Neurodevelopmental aspect of bipolar affective disorder. *Biol Psychiatry* 28:1-2.
- Reichart CG, Was M, Hillegers MHJ ve ark. (2004) Psychopathology in the adolescent offspring of bipolar parents. *J Affect Disord* 78(1): 67-71.
- Reichart CG, Nolen WA (2004) Earlier onset of bipolar disorder in children by antidepressants or stimulants? An hypothesis. *J Affect Disord* 78(1):81-84.
- Rosanne C, Lori L, Mark A (2002) Mania and attention deficit hyperactivity disorder in a prepubertal child: diagnostic and treatment challenges. *Am J Psychiatry* 159: 918-925.
- Yazıcı O (1997) İki uçlu duygudurum bozuklukları ve diğer duygudurum bozuklukları. Güleç C, Köroğlu E (ed) *Temel Psikiyatri Kitabı* içinde. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, s:429-448.
- Weller EB, Weller AR, Sanchez LE (2002) Bipolar disorder in children and adolescent. M Lewis (ed) 3. baskı, *Child and Adolescent Psychiatry* içinde. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, s:782-790.
- Woolston J (1999) Case study, carbamazepine treatment of juvenile-onset bipolar disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 38(5):495.
- Zoroğlu SS, Tüzün DÜ (2001) Karbamezapinle tedavi edilen okul öncesi dönemde bir mani atağı olgusu. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 8(3):169-174.