

Ergende Bipolar Bozukluk ve Asperger Sendromu Tanı Süreci: Bir Olgu Sunumu

Bipolar Disorder and Diagnostic Course of Asperger Syndrome in an Adolescent: A Case Report

Ayşegül SELCEN GÜLER, Neşe PERDAHLI FİŞ*, Yankı YAZGAN*, Meral BERKEM*

Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Sivas, Türkiye

*Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

ÖZET

Asperger sendromu (AS) sosyal zorluklar, basmakalıp davranış örüntüsü, sınırlı ilgi alanları ile seyreden yaygın gelişimsel bozukluklardan biridir. Çocukluğun erken dönemlerinden itibaren sosyal gelişimle ilgili problemler ve basmakalıp, takıntılı davranış örüntüsü fark edilse de, konuşmada gecikme olmaması, zekânın normal olması ve akademik becerilerin iyi olması gibi nedenlerle AS tanısının konması gecikebilmektedir. AS olan bireylerde komorbid psikiyatrik bozukluklar sıkça gözlenmektedir. Bazen kliniğe ilk başvuru sebebi bu komorbid psikiyatrik bozukluklar olabilmektedir. Sıklıkla ayrıntılı bir aile ve gelişim öyküsü zemindeki yaygın gelişimsel bozukluğun tanınmasında yardımcıdır. Öte yandan, AS olan bireylerin ailelerinde bipolar bozukluk oranının yüksek olduğu bilinmekte, hatta bu iki bozukluğun ortak nörobiyolojik temelleri olabileceği düşünülmektedir. Bu yazıda, ilk kez 13 yaşındayken kaygı belirtileri ile kliniğe başvuran bir gençte serotonin geri alım inhibitörü tedavisi sırasında gelişen hipomanik belirtiler sebebiyle fark edilen AS tanısının tartışılması amaçlanmaktadır. (*Nöropsikiyatri Arşivi 2010; 47: 360-3*)

Anahtar kelimeler: Ergen, Asperger sendromu, bipolar bozukluk, tanı

ABSTRACT

Asperger syndrome (AS) is a developmental disorder that is on a diagnostic continuum with autism, and falls under the category of pervasive developmental disorders. Diagnosis may be delayed due to relatively normal speech development, normal intelligence and fair scholar skills, although problems in social development and obsessive, sometimes stereotyped, behavior pattern are recognized from early periods of childhood. Comorbid psychiatric disorders are frequently observed in cases of AS. Sometimes these comorbidities are the initial diagnoses subject to treatment. A detailed family and developmental history of the child is usually helpful for the recognition of the underlying developmental disorder. On the other hand, it is known that the prevalence of bipolar affective disorder in families of individuals with AS is higher than that of the general population, and it is hypothesized that these two disorders might have a common neurobiological basis. In this paper, we aim to discuss an adolescent who first presented with anxiety symptoms at the age of 13 and, with emerging hypomanic symptoms during the course of selective serotonin reuptake inhibitor treatment, which ultimately led to the underlying diagnosis of AS. (*Archives of Neuropsychiatry 2010; 47: 360-3*)

Key words: Adolescent, Asperger syndrome, bipolar disorder, diagnosis

Giriş

Yaygın gelişimsel bozukluklar (YGB), temelinde çocukluğun erken dönemlerinde ortaya çıkan gelişimsel aksaklıkların yer aldığı, klinikte özellikle karşılıklı sosyal etkileşimde, iletişim becerilerinde yetersizlik, basmakalıp davranış ve ilgi örüntüleri ile karşımıza çıkan bir grup gelişimsel bozukluğun ortak tanı kümesidir. Amerikan Psikiyatri Birliği (1994) DSM-IV'e göre YGB tanı şemsiyesi altında beş ana bozukluk tanımlanmıştır.

Bunlar: Çocukluk çağı otizmi, Asperger Sendromu, Rett Sendromu, Dezintegratif Bozukluk ve Başka Türü adlandırılmayan YGB'dir. AS, sosyal becerilerde eksiklik ve basmakalıp, takıntılı davranış örüntüsünün varlığı ile birlikte konuşma gecikmesinin olmaması ile karakterizedir. AS'nin uzun dönem seyrinin otizmden daha iyi olduğu bildirilmektedir (1). Bir çalışma, ebeveynlerin aslında çocukları 30 aylıkken çocuklarının sosyal gelişimleriyle ilgili endişe duyduklarını ancak AS tanısının daha ileriki yıllarda konduğunu göstermiştir (2).

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Ayşegül Selcen Güler, Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Sivas, Türkiye

Tel.: +90 346 258 08 99 E-posta: selcenguler@yahoo.com **Geliş tarihi/Received:** 17.01.2010 **Kabul tarihi/Accepted:** 28.03.2010

© Archives of Neuropsychiatry, published by Galenos Publishing. / © *Nöropsikiyatri Arşivi Dergisi*, Galenos Yayınevi tarafından basılmıştır.

Gelişimsel problemi olan çocuklarda, komorbid psikiyatrik bozukluk görülme riski 2-6 kat daha fazladır (3). Komorbid duygudurum bozukluğu belirtileri, YGB'de görülen davranış problemleri ile maskelenebilir. YGB ile ilişkili davranışlar (obsesif özellikler, stereotipler, hiperaktivite, dikkat problemleri, sosyal ilişkilenebilirlik zorluklar, sosyal geri çekilme, agresyon ve kendine zarar verici davranışlar), manik veya depresif dönemlerde daha belirgin veya aşırı hale gelebilir (1).

Bu yazıda, ilk kez 13 yaşındayken kaygı belirtileri ile kliniğe başvuran bir gençte serotonin geri alım inhibitörü tedavisi kullanımı sırasında gelişen hipomanik belirtiler sebebiyle fark edilen AS tanısının tartışılması amaçlanmaktadır.

Olgu

K 19 yaşında, erkek, sosyokültürel düzeyi orta bir ailenin iki çocuğundan ikincisi. İlk kez 13 yaşındayken sinirlilik, evde sorumluluklarını yerine getirmeme, okul ödevlerini yetiştirememe endişesi şikâyetleriyle ailesi tarafından, bir üniversite hastanesi çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğine getirildi. Yapılan değerlendirmede kirlenme ilgili endişeler, titizlik, mükemmeliyetçilik özellikleri, düzen değişikliğine tahammülsüzlük, performans kaygıları ve dikkat sorunları saptandı, üzerine aldığı görevleri yerine getirmede güçlük çektiği aile tarafından ifade edildi. DEHB'ye ait özelliklerle birlikte anksiyete belirtilerinin ön planda olması nedeniyle İmipramin 25 mg/gün başlandı.

Özgeçmiş

Prenatal öyküsünde bir özellik olmayan K, hastanede, normal vajinal yoldan vakumla doğmuştu. Yenidoğan döneminde herhangi bir problemi olmamış ve gelişim basamaklarını zamanında tamamlamıştı.

Soygeçmiş

K'nin annesi 43 yaşında bir ev hanımı, babası 45 yaşında, hava trafik kontrolörü olarak çalışmaktaydı. Anne ve babanın aralarında akrabalık yoktu ve her ikisinin de herhangi bir sağlık problemi bulunmuyordu. K'nin ağabeyinin tıbbi özgeçmişinde absans nöbetleri vardı ve bu nedenle antiepileptik tedavi alıyordu. Halada bipolar bozukluk öyküsü dışında ailede psikiyatrik bozukluk tarif edilmedi.

Klinik Takip

Dört aylık takipte titizlik, mükemmeliyetçilik, düzen değişikliğine tahammülsüzlük gibi özellikleri ve performans kaygılarında azalma olmakla birlikte sıkıntıları devam eden hastanın, yeterince fayda görmediği düşünülmeye, kullanmakta olduğu imipramin kesildi ve sertralin 50 mg/ gün başlandı. Sertralin ile kaygı belirtilerinde belirgin azalma saptanan hastanın, aylık klinik takibi devam etti. Altı ay sonraki görüşmesinde konuşma miktarının ve hareketliliğinin arttığı gözlemlendi. Aldırmazlıktan ve ders başarısındaki düşmeden yakınan K için, ailesi tarafından sınıfta yerinden kalkıp gezindiği ve konuşma miktarının arttığı ifade edildi. K ile yapılan görüşmede, uyku ihtiyacında azalma olduğu, son dönemde cinsel uğraşının arttığı ve buna suçluluk duygusunun eşlik ettiği öğrenildi. Görüşmede irritabilite, psikomotor aktivitede artış ve grandiyöz düşünce içeriği mevcuttu. Mevcut tablonun SSGİ sonrası gelişen hipo-

mani olabileceği düşünüldü ve sertralin kesilerek risperidon 0.5 mg/gün başlandı. Risperidon 0,5 mg/gün ile hipomanik belirtilerde belirgin azalma gözlemlendi.

Bu dönemde hastayla yapılan görüşmelerde hastanın küçüklüğünden beri değişik ilgi alanlarının olduğu (botanik, para tasarımı, çarlık tarihi gibi), arkadaş ilişkilerinde belirgin sorunlar yaşadığı, arkadaş edinmeye yönelik bir çabasının olmadığı öğrenildi. Konuşmasındaki pedantik tarz dikkat çekiciydi ve aileden alınan bilgiye göre çocukluğundan beri konuşması, davranışı ve hareketlerinde tuhaflıklar vardı. Öğrenilen bilgiler ışığında mevcut klinik tablonun yaygın gelişimsel bozukluk spektrumunda yer alan AS zemininde geliştiği düşünüldü.

Risperidon ile duygudurum dalgalanmalarında ve hareketliliğinde azalma olan, uyku düzeni sağlanan hastanın cinsel yönelimle ilgili aşırı zihinsel uğraşları (homoseksüel olduğu düşüncesi) devam etmekle birlikte azaldı. Sosyal alandaki güçlüklerini ifade etmeye başladı. Takipte, bir ay arayla irritabilitede ve tahammülsüzlükte artış, cinsel yönelimle ilgili aşırı zihinsel uğraşlarında artış ile birlikte referans düşünceleri ("Şarkı sözleri benden bahsediyor", "Kuran'da geçen ifadeler beni anlatıyor") ve intihar düşüncesinin olduğu üç dönem yaşandı. Risperidon dozu 2 mg/gün'e çıkarılan hastanın belirtilerinde gerileme gözlemlendi. İki ay sonra şiddetli öfke patlamaları, kendine ve çevreye zarar verme belirtileri ile acil servise başvurdu. EEG Elektroensefalogram (EEG) ve kranial Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG) tetkikleri normal olarak değerlendirildi. Akut belirtileri yatıştırmak üzere 3 gün boyunca lorazepam 1 mg/gün verilen hastanın bundan sonraki takibinde, kullanmakta olduğu risperidon 2 mg/gün tedavisine duygudurum düzenleyici olarak okskarbazepin eklendi. İlaç dozu kademeli olarak 450 mg/gün'e çıkarıldı. Bu tedavi ile öfke patlamaları ve duygudurum dalgalanmalarında azalma gözlenen hasta, tedavi değişikliği öncesinde olanlara benzer bir epizot yaşamadı.

Sertralin kullanılmakta iken gelişen hipomanik belirtiler sonrasında yapılan sık klinik görüşmeler sonucu AS tanısı netleşen hasta, sözü geçen ilaç tedavilerine ek olarak 2 haftada bir destekleyici psikoterapi ile takip edildi. Okskarbazepin 450 mg/gün, Risperidon 2 mg/gün kullanmakta olan hastanın, 1.5 yıllık yakın takip sonrasında sosyal güçlüklerle baş etme becerilerinde iyileşme olsa da, altta yatan gelişimsel bozuklukla ilişkili sosyal beceri eksikliklerine bağlı problemleri devam etmekteydi. Bunlara ek olarak titizlik ve mükemmeliyetçilik gibi özellikleri sosyal ve akademik alanda işlevselliğini etkilemekteydi. Cinsel yönelimle ilgili düşünce içeriği hayatının önemli bir zamanını almakla beraber, duygudurum dalgalanmalarındaki azalmaya bağlı olarak daha önce bu düşüncelere eşlik eden yıkıcı belirtiler (örn: öfke patlamaları) ve intihar düşüncesi bulunmamaktaydı.

Tartışma

AS, DSM-IV'te yaygın gelişimsel bozukluklar kategorisi altında yer alan, otistik spektrum bozukluklarından biridir. Empati eksikliği, beceriksiz ve uygunsuz etkileşim tarzı,

akranlarla arkadaşlık kurma becerisinde eksiklik, pedantik ve tonlaması bozuk konuşma, egosentrisizm, sözel olmayan iletişimde eksiklik, sınırlı ilgi alanlarıyla aşırı uğraş ve bazen motor koordinasyon eksikliği ile karakterize olan, sağ hemisfer disfonksiyonunun önemli olduğu düşünülen gelişimsel bir bozukluktur. AS'de konuşma gelişimi ve zekâ normaldir, stereotipik hareketler otizme göre daha nadirdir. Otizme göre fark edilme yaşı daha geç (>24 ay) olabilmektedir (1). AS tanısının erişkinlik dönemine kadar geciktiği olgular bildirilmiştir (4).

Bu olgu sunumunda, K, kaygı bozukluğu belirtileriyle kliniğe başvurana kadar işlevsellikte bozulmanın olduğu bir dönem yaşamamıştır. Dikkat esikliği hiperaktivite bozukluğu belirtilerinin çocukluğundan beri olduğu aileden öğrenilmiştir.

AS olan bir çocuk, ergenlik öncesinde, diğer çocuklardan farklı olan yönlerinin farkına varamayabilir. Bu dönemde çocuğun hayatı, ailesi ve öğretmeniyle kurduğu ilişki çerçevesinde devam eder, başkalarıyla ilişkinin önemi azdır (5). AS olan çocuk, ergenlik döneminde aile dışında başkalarıyla sosyal ilişki kurmakla daha fazla ilgilenmeye başladığında, kendi sosyal zorluklarının farkına varır (5). Sosyal sınırlılıkların farkına varılan bu dönemde artan akademik yük ve bozukluğun sık rastlanılan bir özelliği olan mükemmeliyetçilikde baş edilmesi gereken problemlerdir. Yukarıdaki olguda klinik başvurunun ergenlik döneminde olmasının nedeni, gelişimsel problemi olan bu çocuğun, hayatının bu evresinde kısıtlılıklarının farkına varmasıyla kaygı belirtilerinin ortaya çıkması olabilir.

AS tanısı olanlarda komorbid psikiyatrik bozukluklar sıkça gözlenmektedir. Ghaziuddin ve ark (6) tarafından yapılan bir çalışmada, değerlendirmeye alınan 35 olgunun 23'ünde (%65) AS'ye eşlik eden bir psikiyatrik bozukluk bulunmaktadır. En sık görülen psikiyatrik komorbiditelerin DEHB ve depresyon (majör depresyon, distimi ve bipolar bozukluk) olduğu bildirilmektedir (6). Başka bir çalışmada, anksiyete ve duygudurum bozukluklarının, AS ve yüksek fonksiyonlu otizm olgularında, karşılaştırılan toplum örneğine göre daha yaygın olarak görüldüğü bilgisi yer almaktadır (7). Bu sunumda sözü geçen olgu da kliniğe anksiyete belirtileri ve dikkat sorunları ile başvurmuş, takibinde duygudurum bozukluğu belirtileri gözlenmiştir.

Otizm tanısı olan olguların aile üyelerinde bipolar bozukluk görülme oranının %4.2 olduğu (genel popülasyonun 5 katı) bildirilmektedir (8). AS tanısı olanların aile üyelerinde bipolar bozukluk görülme oranının daha da yüksek olması, bu iki durumun etiyolojik olarak bağlantılı olabileceğini akla getirmektedir. Zaten sınırlı kognitif ve sosyal becerileri olan bu çocuklarda komorbid duygudurum bozukluğu varlığı, işlevselliği daha fazla etkileyebilir (1).

Yukarıdaki olguda kaygı belirtilerine yönelik başlanan SSGİ tedavisi sonrasında gözlenen hipomanik belirtiler ve takibinde tekrarlayan ataklarla durumun epizodik oluşunun belirlenmesi bipolar bozukluk tanısını desteklemiştir. Duygudurum epizotları sırasında hastanın zihinsel aşırı uğraşlarında artış olduğu, intihar düşüncesinin öne çıktığı ve işlevselliğinin

belirgin derecede bozulduğu gözlenmiştir. Yazın bilgisinde de, yaygın gelişimsel bozukluk zemininde ortaya çıkan bu tarz obsesif özellikler ve zihinsel aşırı uğraşların kimi zaman duyguduruma bağlı olarak şiddetlenmesi, "manik preokupasyon" olarak adlandırılmaktadır (1).

AS olan olgularda SSGİ'lerin de içinde olduğu antidepresanların hipomaniye yol açabileceği bildirilmiştir (9). Bu hastalara antidepresan tedavi başlandığında, özellikle de ailede bipolar bozukluk öyküsü varsa, tedaviye bir duygudurum düzenleyicisinin eklenmesi tartışılmaktadır (10). Yazın bilgisinde komorbid bipolar bozukluğun olduğu otizm spektrum bozukluklarında duygudurum düzenleyicilerinin etkinliğinden söz edilmektedir. Bu etkinlik, her iki durumun ortak bir nörobiyolojik mekanizmayı (amigdala, limbik sistem, sağ hemisfer disfonksiyonu) paylaşmasıyla ilişkili olabilir (1,10). Risperidon bipolar bozuklukta monoterapi olarak etkin olduğu bildirilen bir atipik antipsikotiktir (11). Otizm spektrum bozukluklarında davranış problemlerinde yaygın kullanımı ve etkinliği de bilinmektedir (12). Bu olguda mani tablosunun ortaya çıkışından sonra öncelikle hem YGB'de rastlanılan davranış problemlerinin hem de bipolar bozukluğun tedavisinde etkinliği bilinen risperidon seçilmiştir ancak risperidonun tek başına kullanımı yeterli olmamıştır. Bipolar bozukluğun eşlik ettiği AS olgularının bazılarında duygudurum düzenleyicisinin yüksek dozlarda tek başına veya birden fazla duygudurum düzenleyicisinin aynı anda kullanılması önerilmektedir. Bu durum, bipolar bozukluk tanısının bu olgularda daha geç konması, tedaviye daha geç başlanması, dolayısıyla tedaviye direnç ile ilişkili olabilir (10). Okskarbazepin duygudurum düzenleyici olarak mevcut tedaviye eklendikten sonra hasta belirgin bir duygudurum epizodu yaşamamış ve duygudurum dalgalanmalarında azalma olmuştur.

Çocukluğundan beri altta yatan gelişimsel bozukluğa bağlı güçlükler (özellikle sosyal alanda) yaşamakla birlikte işlevselliği bozulmadığı için klinik başvurusu olmayan bu olguda AS tanısı, hastanın kaygı bozukluğunun tedavisi sırasında ortaya çıkan hipomani sonrasında konmuştur. Tanının gecikmesinin nedenlerinden biri AS olan bireylerin entelektüel becerilerinin iyi olması olabilir. Bu olguda olduğu gibi, hipomani ve onu takip eden duygudurum epizotları nedeniyle hastanın daha sık kliniğe başvurması ve daha sık psikiyatrik görüşme yapılması tanının konmasını kolaylaştıran bir başka neden olabilir. SSGİ ile tetiklenen hipomani sonrasında yaklaşık 2 ay kadar haftada bir, sonrasında 2 haftada bir destekleyici psikoterapi ile bir buçuk yıl takip edilen hasta, sosyal güçlükler açısından takip sürecinden fayda görmüştür.

Kaynaklar

1. Frazier JA, Doyle R, Chiu S et al. Treating a child with Asperger disorder and comorbid bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 2002; 159:13-20. [Full Text] / [PDF]
2. Howlin P, Asgharian A. The diagnosis of autism and Asperger syndrome: findings from a survey of 770 families. *Dev Med Child Neurol* 1999; 41:834-9. [Abstract] / [PDF]

3. Frazier JA, Biederman J, Bellordre CA et al. Should the diagnosis of attention deficit hyperactivity disorder be considered in children with pervasive developmental disorder? *J Attention Disorders* 2001; 4:203-11. [\[Abstract\]](#) / [\[PDF\]](#)
4. Bankier B, Lenz G, Gutierrez K et al. A case of Asperger's syndrome first diagnosed in adulthood. *Psychopathology* 1999; 32:43-6. [\[Abstract\]](#) / [\[Full Text\]](#) / [\[PDF\]](#)
5. Attwood T. *Asperger's Syndrome: A guide for parents and professionals*. Londra: Jessica Kingsley Publishers Ltd 1998; 158-60.
6. Ghaziuddin M, Weidmer-Mikhail E, Ghaziuddin N. Comorbidity of Asperger syndrome: a preliminary report. *Journal of Intellectual Disability Research* 1998; 42:279-83. [\[Abstract\]](#)
7. Kim J, Szatmari P, Bryson S et al. The prevalence of anxiety and mood problems among children with autism and Asperger syndrome. *Autism* 2000; 4:117-32. [\[Abstract\]](#) / [\[PDF\]](#)
8. DeLong GR, Dwyer JT. Correlation of family history with specific autistic subgroups: Asperger's syndrome, and bipolar affective disease. *J Autism Dev Disord* 1988; 18:593-600. [\[Abstract\]](#)
9. Damore J, Stine J, Brody L. Medication-induced hypomania in Asperger's disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998; 37:248-9. [\[Abstract\]](#) / [\[PDF\]](#)
10. Duggal HS. Bipolar disorder with Asperger's disorder. *Am J Psychiatry* 2003; 160:184-5. [\[Full Text\]](#) / [\[PDF\]](#)
11. Hirschfeld RM, Keck PE Jr, Kramer M et al. Rapid antimanic effect of risperidone monotherapy: a 3-week multicenter, double-blind, placebo-controlled trial. *Am J Psychiatry* 2004; 161:1057-65. [\[Abstract\]](#) / [\[Full Text\]](#) / [\[PDF\]](#)
12. Findling RL, Steiner H, Weller EB. Use of Antipsychotics in Children and Adolescents. *J Clin Psychiatry* 2005; 66(Suppl 7):29-40. [\[Abstract\]](#)