

Bipolar Yelpazede Bir Olgu

A Case in the Bipolar Spectrum

Sibel KOÇBIYIK¹, Sedat BATMAZ², Levent TURHAN³

¹Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Ankara, Türkiye

²Mersin Devlet Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Mersin, Türkiye

³Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul, Türkiye

ÖZ

Bipolar duygudurum bozukluğunda eşik altı belirtilerin fark edilmemesinin bazı vakaların tanı ve tedavisini güçleştirdiği gözlenmektedir. Bu yelpazede yer alan hastaların işlevsellik düzeyinde önemli bozulmalar olduğu, hastanın hastalığı kabul sürecinin ve tedavi uyumunun bozul-

duğu düşünülmektedir. Bu yazıda bipolar yelpaze kavramı içinde değerlendirilen bir vakanın tanı ve tedavi süreci anlatılacaktır.

Anahtar kelimeler: Yanlış tanı, bipolar bozukluk, tanı

ABSTRACT

It has been reported that the correct diagnosis and treatment are delayed when subsyndromal bipolar mood disorder symptoms are overlooked. Patients in this spectrum are reported to have a diminished level of functioning, and these patients fail to accept their diagnosis; therefore, there is a low level of treatment adherence. This

case report focuses on the diagnosis and treatment of a patient in the bipolar spectrum.

Keywords: Misdiagnosis, bipolar disorder, diagnosis

GİRİŞ

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı'nda (DSM) mani, hastalık öncesi işlevselliğin bozulduğu, yükselmiş veya iritabl duygudurumun en az üç ya da dört klasik mani belirtisi ve bulgusuna eşlik ettiği ve fiziksel etkenlerin bulunmadığı en az bir hafta süren ayrı bir dönem olarak tanımlanır (1). Akut mani 'klasik/saf, psikotik özellikli mani ve karma durum olarak alt gruplara ayrılmaktadır. Major depresyon ve bipolar bozukluk birbirinden farklı tanımlar olarak tanımlanmışsa da, son yıllarda bipolar bozukluğun bir yelpazede (spektrumda) değerlendirilebileceği ileri sürülmektedir (2). Öte yandan, hastalığın farklı klinik tabloları bipolar bozukluk tanı ve tedavisini güçleştirmektedir. Bunun olası nedenlerinden biri, klinik izlemde, bipolar bozukluk tanı ölçütlerine uymayan ancak hipomani ve depresyon ölçütlerinin bir kısmını karşılayan olguların sık görülmesidir. Bu yazıda yukarıda sözü edilen bipolar "yelpaze" kavramı içinde belirtileri ergenlik döneminde başlayan, sosyal fobi belirtileri olan, bazen atipik, bazen de major depresif bozukluk tanı kriterlerini karşılayan, hipomani tanı ölçütlerini tam olarak karşılamayan ancak dönemsel yükselmeler yaşayan bir olgu anlatılacaktır. Olgu kişisel bilgilerinin saklı kalması koşuluyla ve sadece bilimsel amaçlarla öykü ve muayene bulgularının kullanılmasına onam vermiştir.

OLGU

Yirmi beş yaşında, bekar ve üniversite mezunu olan kadın hasta, beş yıldır psikiyatrik tedavi görmesine rağmen düzelememe, kendini ifade edememe, insanlarla yeterince iletişim kuramama, yakınmalarıyla polikliniğimize başvurmuştur. Görüşme boyunca hastanın sürekli ağladığı gözlenmiştir.

Üç yıllık bir zaman diliminde farklı hekimler tarafından, farklı ilaç tedavileri uygulandıktan sonra, son bir buçuk yıldır lamotrijin 100 mg/gün, moklobemid 600 mg/gün tedavisi kullanmaya başlamış. İlaçları düzenli almasına rağmen, mutsuzluk, isteksizlik, değersizlik ve iştahsızlık yakınmaları devam ediyordu. Bazen nedensiz olarak kendini sinirli ve gergin hissediyor; hiçbir şeye konsantre olamıyor, sürekli hareket etme ihtiyacı hissediyor, eve girmek istemiyor; ailesinin itirazına rağmen, gece yarısı yürümek için dışarı çıkıyormuş. Bu dönemlerde kendine daha çok güvendiğini, tanımadığı insanlarla daha kolay iletişim kurduğunu, daha konuşkan, sinirli, gergin, saldırgan olduğunu, bazen ailesine tuhaf gelecek şekilde kahkahalarla güldüğünü ifade ediyor.

Hasta ilk yakınmalarının ortaokul yıllarında gözlük takmaya başladıktan sonra belirdiğini, sınıfta söz aldığı anda rezil olmaktan korktuğunu, kendini genel olarak mutsuz hissettiğini, uykusunun, iştahının normal olduğunu, iyi bir şey yaşasa bile bunun uzun sürmediğini ifade etti. Üniversite sınavını kazandıktan sonra yakınmaları artan hasta sınırlı ilişkiler kurabiliyormuş. Özellikle sınıf, yemekhane, kütüphane gibi kalabalık ortamlarda daha sıkın-



Yazışma Adresi/Correspondence Address: Sedat Batmaz, Mersin Devlet Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Mersin, Türkiye
E-posta: sedat.batmaz@gmail.com

Geliş Tarihi/Received: 07.10.2014 **Kabul Tarihi/Accepted:** 18.11.2014

©Copyright 2016 by Turkish Association of Neuropsychiatry - Available online at www.noropsikiyatriarsivi.com

©Telif Hakkı 2016 Türk Nöropsikiyatri Derneği - Makale metnine www.noropsikiyatriarsivi.com web sayfasından ulaşılabilir.

tılı hissediyormuş. Tepkisiz, değersiz, isteksiz ve enerjisiz hissediyor, yataktan çıkmayıp sürekli uyuyor, ara sıra aşırı yemek yeme ve hareket etme ihtiyacı hissediyormuş bu dönemin sonunda doktora başvurmuş ve depresyon tanısı ile fluoksetin 20 mg/gün ve trifluoperazin 1 mg/gün tedavisi başlanmış. İlaçlarını düzenli kullanmamış. Bir yıl sonra yakınmalarının devam etmesi üzerine başvurduğu üniversite hastanesinde bu kez "bipolar bozukluk tip 2" tanısı konularak valproik asit 1000 mg/gün ve sertralın 50 mg/gün tedavisi başlanmış. İlaçları bir yıl kullandıktan sonra "duygularının keskinliğinin azaldığını" ve "ilaca ihtiyacı olmadığını" düşünerek tedaviyi bırakmış. Bu sırada başvurduğu bir başka doktor, "bipolar bozukluğunun olmadığını ama yine de bu tanının kolay konulmadığını, eğer bu tanı konulmuşsa tedaviyi hemen değiştirmenin doğru olmadığını" söylemiş. Kafasının karıştığını belirten hasta ilaç kullanmama karar vermiş. Kısa bir süre sonra sürekli ağladığı için yakınları tarafından tekrar doktora götürülmüş. Doktoru "bipolar" tanısını duyduktan sonra lityum tedavisi önermiş. Hasta lityum tedavisini bulantı şikayeti nedeniyle düzenli kullanmamış. Beş ay kadar sonra sık sık ağlama, değersizlik duygusu, mutsuzluk, zevk alamama yakınmalarının artması sonucu başvurduğu başka bir doktor lamotrijin ve moklobemid tedavisi başlamış. İlaçları düzenli kullanmayan hastanın yakınmaları düzelmemiştir.

Hastanın başvurduğu andaki ruhsal durum muayenesinde: biyolojik yaşında görüldüğü, spor giyimli, dağınık saçlı, aşırı öçlü, çekingen olduğu, kendini ifade etmekte zorlandığı görüldü. Bilinci açık, yönelimi tamdı ve herhangi bir dikkat, algı veya bellek kusuru yoktu. Değersizlik düşünceleri, elemli duygulanımına eşlik ediyordu. Psikotik bulgusu olmayan hastanın, hastalığına ilişkin kısmi içgörüsü bulunmaktaydı, intihar düşünceleri yoktu. Rutin laboratuvar incelemeleri, tiroid işlevleri, bilgisayarlı beyin tomografisi normal bulundu. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği 23/51, Young Mani Ölçeği 2/60, Liebowitz Sosyal Fobi Ölçeği'nde kaygı puanı 76/96, kaçınma puanı 62/96, MMPI testinde "sosyal içe çekilme, hareketliliği azalmıştır, diğerleriyle ilişkide çekimser ve beceriksiz olduğu" ifade edilmiştir.

Psikiyatrik değerlendirme sırasında hastanın: *"Çok güldüğüm, anlamsızca güldüğüm zamanlar oluyordu ama pek sağlıklı bir durum değildi sanırım, ispanak yemeği üzerine dökülmüş krema falan gibiydi. İyi bir şeydi, ama ispanağın üzerinde olduğu için kötüydü."* şeklindeki ifadesi dikkat çekiciydi.

Yakınmalarının ergenlik döneminde başlaması, çökkünlük dönemlerindeki atipik özellikler, süregelen seyir, psikomotor ajitasyonlar ve tanı ölçütlerini tam olarak karşılamayan hipomani benzeri dönemleri DSM 5'e göre "bipolar duygudurum bozukluğu, tanımlanmış diğer tip" tanısını akla getirmiştir. Ayrıca sosyal ortamlarda ya da tanımadığı insanların yanında yaşadığı yoğun kaygı belirtileri bu ortamlara girmekle ilgili kaçınma davranışları dikkate alındığında DSM 5 tanı kriterlerine göre eşlik eden sosyal anksiyete bozukluğu teşhisi konulmuştur (3). Bununla birlikte, duygudurum dalgalanmaları, kendilik değeriindeki düşüklük, sık doktor değiştirmesi, ilişkilerdeki güvensizliği ve ilaç uyumsuzluğu kişilik bozukluğu tanısını düşündürmüştür, ancak vaka herhangi bir kişilik bozukluğu tanı ölçütlerini karşılamamıştır. Distimik bozukluk teşhisi de ayırıcı tanıda değerlendirilmiş, distimik bozukluk ve sosyal fobi teşhisi ile antidepresan tedavi altında, hipomanik dönemler tamamen dışlanmadığından, bipolar yelpaze içinde klinik tablonun kötüleşebileceği düşünülmüştür.

Hastaya tanı ile ilgili ayrıntılı bilgi verildikten sonra moklobemid ve lamotrijin tedavisine düzenli olarak devam etmesi önerilmiş ve takipleri sırasında, daha önce de faydalandığı dikkate alınarak valproat 1000 mg/gün kademeli olarak tedaviye eklenmiş, lamotrijin dozu yarıya düşürülmüştür. Düzenli bireysel görüşmelerle izlenen hastanın depresif belirtileri kısmen gerilemiş, düzenli bir iş bulamamasına karşın lise öğrencilerine özel ders verecek düzeyde işlevselliği değişmiştir. Hasta çevresiyle iletişim sorununun azalarak devam ettiğini ifade etmiştir.

TARTIŞMA

"Soft (Silik) Bipolar" ya da "Bipolar Spektrum" terimi ilk kez Akiskal ve Mallya tarafından, bipolar yelpazesinde yer alan ve kolay tanımlanamayan psikopatolojik tabloları belirleyebilmek için ortaya atılmıştır (4). Silik bipolar bozukluk yelpazesinde yer alan tabloların toplumda %5,1-23,7 arasında görüldüğü ve bipolar bozukluğun en yaygın ve klasik tipine göre daha yaygın olduğu bildirilmiştir (5). Yelpezinin en "silik" ucunda siklotimi ve tanımlanmış diğer tip bipolar bozukluk bulunmaktadır.

Mani ve hipomani arasındaki farkların DSM ve diğer sınıflandırma sistemlerinde yeterince tanımlanmamış olması nedeniyle hipomani tanısı koymak zordur. Hipomani özgün ölçütler belirlenmeden maninin daha az şiddetli şekli olarak tanımlanmıştır. Bu durum çoğu kez tip 2 bipolar bozukluğun tamamen gözden kaçmasına ve tip 1 bozukluğun da yanlışlıkla tip 2 olarak teşhis edilmesine neden olmaktadır. Bazı araştırmacılar, DSM'nin hipomani tanısı için gereken dört günlük süre eşliğinin doğrulanmadığını, sürenin gereksiz olarak uzun tutulduğunu, klinik ve toplumsal örneklerle dayalı çalışmalara göre eşik süresinin dört yerine iki gün olması gerektiğini ve modal sürenin de 1-3 gün olarak alınması gerektiğini öne sürmektedirler (6,7). Ayrıca hipomaninin tanımlanmasında psikomotor, sosyal ve mesleki alanlarda aktivite artışının, yükselmiş duygudurum ölçütünden daha yararlı olduğu da belirtilmektedir (8). Angst'in Zürih çalışması, hipomaniyi dar ve geniş ölçütlere göre iki kümede tanımlamaktadır (7). Dar ölçütlere göre hastalarda öfori, iritabilite veya aşırı hareketlilik mevcut olup DSM'de tanımlanmış yedi ölçütten en az üç tanesi hipomani tanısı için gereklidir. Ayrıca, hipomani belirtilerinin en az bir gün sürmesi yeterli görülmektedir. Geniş ölçütlere göre ise hastalarda hipomani tanısı için öfori, iritabilite veya aşırı hareketliliğe ek olarak DSM ölçütlerinin en az iki tanesi yeterlidir ve belirtilerin süresi için bir sınır koyulmamıştır. Zürih çalışması, DSM ölçütlerine göre tanı konulduğunda, majör duygudurum bozukluğu tanısı alan hastaların %90'ına majör depresif bozukluk tanısı konulduğunu ve minör bipolar bozukluklar ile hafif depresyon tanılarının atlandığını göstermiştir. Dar ve geniş Zürih tanı ölçütlerinin hipomanik belirtiler için daha duyarlı olduğu, sırasıyla %49,5 ve %25,7 oranlarında duygudurum bozukluklarını tespit ettiği de saptanmıştır. Zürih geniş tanı ölçütlerine göre, majör depresyon tanısı alan hastaların yarısına yakınının aslında tip 2 bipolar bozukluk tanısı alabileceği düşünülmektedir (9). Diğer taraftan, bipolar bozukluk tanısı, ölçütlerden bağımsız olarak hastanın hipomanik dönemleri anımsayabilme yeteneğine ve bu dönemlerin çevresi tarafından kendisine ifade edilmesine bağlıdır. Bu olguda hasta "ispanak üzerinde krema" benzetmesiyle, yaşadığı coşkun duygulanımı "krema" tadında keyifli bir yaşantı olarak tanımlarken, bunun ispanak üzerinde yer almasının aslında bu keyifli yaşantısının, mevcut koşullar ya da ortamlarla uyumsuz olduğunu, tuhaf karşılandığını fark etmiş ve bu benzetmeyi kullanmıştır. Çoğu kez hastalar hipomaniyi hastalığın bir parçası değil, keyifli bir yaşantı olarak görebilmektedirler. Bu yüzden doğru tanı koyabilmeye hasta yakınlarından alınan bilgilerle doktorun geriye dönük ayrıntılı anamnez alması önemli rol oynamaktadır. Bu nedenle sunulan olguda anamnezin önemi ve hastanın izlenmesinde güven ilişkisinin yeri vurgulanmıştır.

Bipolar yelpazedeki bozukluklar tekrarlayıcı doğadadır ve özellikle gelişimsel, kişilerarası ilişkiler ve sosyal alanlarda belirgin bozulmaya yol açmaktadır. Düzenli tedavi almayan hastaların %20'si özkıym girişiminde bulunmaktadırlar (10). Bu yelpazede bulunan vakaların belirtilerini dikkatlice değerlendirmek, özkıym gibi olumsuz sonuçların önlenmesinde de önem taşımaktadır. Hastanın hipomani öyküsü için anamnezin yeterli olmaması, hastayı değerlendiren doktorların da tanı karmaşası yaşamalarına neden olmuştur. Tanı konusunda tereddütler veya bunların ifade edilme biçimleri hasta ve doktor arasında güven ilişkisini zedeleyerek hastanın sürekli doktor değiştirmesine neden olmuş olabilir. Bu vaka bağlamında bipolar bozukluğun silik tarafında yer alan hastaların, hekimlerinden net

bir tanı duyamamalarının, zaten zor olan hastalığı kabullenme sürecini ve tedavi uyumunu olumsuz yönde etkilediğini vurgulamak istedik.

Teşekkür: Yazının gözden geçirilmesi aşamasında bizimle değerli fikirlerini paylaşan ve yol gösteren Prof. Dr. E. Timuçin Oral'a içtenlikle teşekkür ederiz.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

Acknowledgements: We would like to thank Professor E. Timuçin Oral, MD for his guidance and feedback during the review of this case report.

Conflict of Interest: No conflict of interest was declared by the authors.

Financial Disclosure: The authors declared that this study has received no financial support.

KAYNAKLAR

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed (revised). Washington DC: 2000.
2. Altınbas K, Smith DJ, Craddock N. Rediscovering the bipolar spectrum. Arch Neuropsychiatr 2011; 48:167-170.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. Washington DC: 2013.
4. Akiskal HS, Mallya G. Criteria for the "soft" bipolar spectrum: treatment implications. Psychopharmacol Bull 1987; 23:68-73.
5. Judd LL, Akiskal HS. The prevalence and disability of bipolar spectrum disorders in the U.S. population: Re-analysis of the ECA database taking into account sub-threshold cases. J Affect Disord 2003; 73:123-131. [CrossRef]
6. Angst J, Gamma A, Benazzi F, Ajdacic V, Eich D, Rossler W. Toward a re-definition of sub-threshold bipolarity: Epidemiology and proposed criteria for bipolar-II, minor bipolar disorders and hypomania. J Affect Disord 2003; 73:133-146. [CrossRef]
7. Wicki W, Angst J. The Zurich Study X: Hypomania in a 28-30-year old cohort. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 1991; 240:339-348. [CrossRef]
8. Benazzi F, Akiskal HS. Refining the evaluation of bipolar II: Beyond the strict SCID guidelines for hypomania. J Affect Disord 2003; 73:33-8. [CrossRef]
9. Angst J, Cassano G. The mood spectrum: improving the diagnosis of bipolar disorder. Bipolar Disord 2005; 7(Suppl 4):4-12. [CrossRef]
10. Novick DM, Swartz HA, Frank E. Suicide attempts in bipolar I and bipolar II disorder: a review and meta-analysis of the evidence. Bipolar Disord 2010; 12:1-9. [CrossRef]