

BÖLÜM III

SORUN ALANLARI VE ARAFTA KALANLAR

13

ÇOCUKLUK VE ERGENLİKTE BİPOLAR BOZUKLUK: ERKEN TANI İLE AŞIRI TANI ARASINDA

Çocukluk ve ergenlikte bipolar bozukluk, hem sanıldığından daha sık hem de son yıllardaki her öfke-
li çocuk bipolar olabilir bakışının ima ettiğinden de
daha nadirdir. Kapsamlı toplum çalışmaları, 18 yaş
altı genel nüfusta bipolar bozukluklar yelpazesinin
yaygınlığının kabaca %2 civarında olduğunu göste-
riyor (Van Meter vd., 2011; Merikangas vd., 2012).
Bu, “hiç görülmez” diyen eski ders kitaplarıyla çe-
lişiyor ama öte yandan da Amerika’da son 20 yılda
tanı oranlarında 40 katına varan dramatik artış da
tanının kimi yerlerde fazla cömertçe kullanıldığını
düşündürüyor (Moreno vd., 2007). Bu nedenle, bir
uçta çocuklarda bipolar bozukluk olmaz önyargı-
sıyla tanıyı yıllarca atlamak, diğer uçta ise her şid-
detli huzursuzluğu bipolarite olarak adlandırmak

arasında dengeli bir çizgi bulmak gerekiyor. O hâlde öncelikle sorulması gereken soru şu olmalı: Çocuk ve ergende bipolar neye benzer?

Amerikan Psikiyatri Birliği DSM-IV ve DSM-5'te çocuk ve erişkin için aynı tanı ölçütlerini kullanır, yani bipolar bozukluk yine yineleyen dönemsel bir hastalık olarak tanımlanır (APA, 2000; 2013) Dönemsel olarak ortaya çıkan, belirgin yükselmiş, taşkın veya irritabl duygu duruma ek artmış enerji veya etkinlik, grandiyözite, uyku gereksiniminde azalma, konuşmada artış, düşünce hızlanması, dikkatin çabuk dağılması ile amaca yönelik etkinlikte artış ve riskli davranışlar gibi belirtilerle giden mani ya da hipomani ve bunların yanı sıra depresif dönemler bulunur. Erişkinlerde ilk akla gelen klasik bipolar görünümüdür. Yani ayrıışmış ve net manik-depresif dönemler, aralarda da tam bir iyilik dönemleri olan bir gidiş beklenir. Tabii ki her yetişkinde seyir böyle olmaz ama asıl çocuk ve ergenlerde bu klasik şablonun olmaması neredeyse kuraldır. Farkları sıralarsak: a) Dönemler daha uzun sürebilir ve daha karışık özellikler gösterebilir. DSM-5, önceki sürümlere ek olarak "artmış enerji veya aktivite"yi de A ölçütüne ekleyerek davranışsal hızlanmayı da tanının çekirdeğine yerleştirmiştir. Çünkü, çocuklarda çoğu zaman taşkın neşeden çok dönemsel huzursuzluk ve enerji artışı önde olabilir

(Leibenluft vd., 2003; Freeman vd., 2015). b) Net iyilik dönemleri daha az, bu dönemlerde eşik altı belirtiler daha fazladır. c) Erişkinde sık görülen öfori yerine irritabilite, öfke patlamaları, enerji artışı ve uyku bozuklukları öne çıkar. d) Belirtiler çoğu zaman hızlı döngülüdür ve sınırları belirsiz bir seyir izler.

Tanı için, görülen tabloya odaklanmak yerine zamana yayılmış hikâye öğrenilmeli, aile öyküsü alınmalı, dönemlerin varlığı, süresi, aralardaki düzelme titizlikle sorgulanmalıdır. Öncesi ve sonrası açıkça ayrılabilen dönemler bulunur; çünkü, çocuk normal hâline göre belirgin bir yükselme yaşar. Bu durum, hep biraz zor diye adlandırılan bir çocuk olmaktan farklıdır ve aralarda çocuğun olağan durumuna kısmen de olsa döndüğü zamanlar görülür. Sadece öfkeli ya da hareket artışı değil uyku gereksiniminde de gözlenebilir azalma olur, yani çok az uyuyup sabah dinç kalkar. Yaşa uymayan büyüklenme, yani olduğundan çok daha özel/güçlü olduğuna inanma; riskli davranışlarda ani ve yoğun bir artış görülebilir. Özellikle enerji artışı çocuk ve ergende en ayırt edici manik belirtilerden kabul edilir. Dikkat dağınıklığı, hareketlilik ve konuşkanlık tek başlarına mani ölçütü sayılmaz (İnal-E-miroğlu, 2004). Öte yandan yalnızca kronik, süregelen irritabilite ve öfke patlamaları da tek başına