

Erişkinde Asperger Sendromu ve Bipolar Bozukluk Birlikteliği: Bir Olgu Sunumu

Hamiyet İpek Toz¹, Nur Öztürk², Ürün Özer³, Güliz Özgen⁴

¹Asist. Dr., Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Bölümü, İstanbul-Türkiye

²Asist. Dr., ³Uzm. Dr., ⁴Doç. Dr., Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Bölümü, İstanbul-Türkiye

Yazışma Adresi / Address reprint requests to: Ürün Özer,
Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Bölümü, İstanbul-Türkiye
Telefon / Phone: +90-505-458-9115 E-posta / E-mail: urunozer@gmail.com
Geliş tarihi / Date of receipt: 01 Aralık 2014 / December 01, 2014
Kabul tarihi / Date of acceptance: 3 Şubat 2015 / February 03, 2015

ÖZET:

Asperger Sendromu sosyal iletişim bozukluğu, basmakalıp davranışlar ve dar ilgi alanları ile karakterize olup, yaygın gelişimsel bozukluklar başlığı altında sınıflandırılmaktadır. Klasik çocukluk otizminden, dil gelişiminde ve bilişsel yetilerde gerilik olmamasıyla ayrılır. Genellikle çocukluk çağında tanı konulmakla birlikte, Asperger Sendromu'nun fark edilme yaşı otizme göre daha geç olabilmektedir. Bu durumun nedenlerinden biri de Asperger Sendromlu hastalarda eşanlı psikiyatrik bozuklukların sık görülmesidir. Bipolar bozukluğun otizm spektrum bozuklukları içinde en çok Asperger Sendromu ile ilişkili olduğu ileri sürülmektedir.

Bu yazıda, daha önce obsesif kompulsif bozukluk, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, bipolar bozukluk gibi farklı tanımlarla izlenen, depresif belirtileri nedeniyle kliniğimize yatırıldığı sırada detaylı öykü alınması ve aile görüşmeleri ile Asperger Sendromu ve bipolar bozukluk eşanısı konulan 22 yaşında bir erkek olgu sunulmuştur. Olgu, eşlik eden diğer tanımlar nedeniyle altta yatan Asperger Sendromu tanısının yıllarca atlanabileceğini göstermesi açısından önem taşımaktadır.

Anahtar sözcükler: otizm, asperger sendromu, bipolar bozukluk

New Yeni Symposium 2015;53:16-9

ABSTRACT:

Asperger syndrome and bipolar disorder comorbidity in an adult: a case report

Asperger's Syndrome is characterized by social communication disorder, stereotypic behaviors and narrow fields of interest, and classified in pervasive developmental disorders. It is separated from the classic childhood autism by the absence of delay in language development and cognitive skills. Although it is diagnosed generally in childhood, it can be noticed at a later age compared to autism. One reason for this, is that in patients with Asperger's Syndrome comorbid psychiatric conditions are common. Bipolar disorder is suggested to be mostly related with Asperger's Syndrome in all autism spectrum disorders.

Herein, we present a 22 year old male case, who has been previously followed with different diagnoses such as obsessive-compulsive disorder, attention deficit hyperactivity disorder and bipolar disorder, hospitalized to our clinic due to depressive symptoms and diagnosed with Asperger's Syndrome and comorbid bipolar disorder through detailed history-taking and family interviews. The case is important because, it demonstrates that due to other comorbid diagnoses, the underlying Asperger's Syndrome may be overlooked for years.

Key words: autism, asperger syndrome, bipolar disorder

New Yeni Symposium 2015;53:16-9

GİRİŞ

Asperger Sendromu (AS), DSM-IV'te yaygın gelişimsel bozukluklar başlığı altında değerlendirilmektedir. AS sosyal iletişim bozukluğu, basmakalıp davranışlar ve dar ilgi alanları ile karakterize olup, klasik çocukluk otizminden, dil gelişiminde ve bilişsel yetilerde gerilik olmamasıyla ayrılır.¹

Genellikle çocukluk çağında tanı konulmakla birlikte AS'nin fark edilme yaşı otizme göre daha geç olabilmekte-

dir. AS tanısının erişkinlik dönemine kadar geciktiği olgular da bildirilmiştir. Bu durumun nedenlerinden biri de AS'li hastalarda eşanlı psikiyatrik bozuklukların sık görülmesidir. Ghaziuddin ve arkadaşlarının çalışmasında, AS'de eşanlı psikiyatrik bozukluk oranı %65 olarak bildirilmiştir.²

Bu yazıda, daha önce obsesif kompulsif bozukluk, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, bipolar bozukluk gibi farklı tanımlarla izlenen, depresif belirtileri nedeniyle kliniğimize yatırıldığı sırada detaylı öykü alınması ve aile

görüşmeleri ile AS ve bipolar bozukluk eştanısı konulan 22 yaşında bir olgu sunulmuştur. Olgu, eşlik eden diğer tanılar nedeniyle altta yatan AS tanısının yıllarca atlanabileceğini göstermesi açısından önem taşımaktadır.

OLGU

22 yaşında, üniversite öğrencisi erkek hasta, hakaret ve tehdit etme suçu nedeniyle müşahade amaçlı adli psikiyatri polikliniğinden kliniğimize yatırıldı. İlk psikiyatrik değerlendirmesinde bilinç açık, koopere ve oryante idi. Yaşından büyük ve obez görünümlü olan hastanın konuşma hızı ve miktarı normaldi. Affektif katılımın az olduğu, monoton bir ses tonuyla, dispropodik konuşma dikkati çekiyordu. Duygudurum depresif, duygulanımı uygunsuzdu. Algı muayenesi normaldi. Değersizlik düşünceleri ve anhedoni tarifliyordu. İştah artışı ve uyku düzensizliği mevcuttu. Psikotik belirtileri yoktu. Duygusal yakınlık hissettiği okul arkadaşının kendisine karşılık vermemesi üzerine, çeşitli sosyal ağlarda o arkadaşına hakaret etmesi ve tehditlerde bulunması nedeniyle yatırıldığını ifade ediyordu. Genel tıbbi durum hikayesinde, hipertansiyon, diabetes mellitus ve hipotiroidisi mevcuttu ve bu nedenle verapamil-trandolapril 240/4 mg/gün/p.o., metformin 2 gr/gün/p.o. ve levotiroksin sodyum 50 mcg/gün/p.o. kullanmaktaydı. Başvuru sırasında kullanmakta olduğu diğer ilaçları ise topiramet 200 mg/gün/p.o., lityum 600mg/gün/p.o., amisülpirid 400 mg/gün/p.o. ve duloksetin 30 mg/gün/p.o. idi.

Anneden alınan çocukluk ve ergenlik yıllarına dair hikayesinde bazı özellikler dikkat çekmekteydi. Yürüme ve konuşması zamanında idi. Anne, oğlunun 5-6 yaşında iken yaşıtlarından “farklı” olduğunu gözlemlemişti. Hasta ilkökul döneminde oynanan toplu oyunlara katılmıyor ve arkadaş edinmede zorlanıyordu. O dönemde, dokunduğu bir noktaya yeniden dokunma davranışı (hasta dokunduğu bir noktaya tekrar dokunmak zorunda hissettiğini ve bu davranışın kendisini rahatlatmadığını, hatta bunu engelleyemediği için üzüldüğünü belirtmiştir) üzerine ilk defa çocuk psikiyatrisine getirilmiş ve ilaçsız olarak takip edilmişti.

Lise dönemine kadar bu yakınmaları dalgalanmalarla devam etmişti. Hastanın ortaöğretim yıllarında elektrik-

elektronik konularına karşı abartılı ilgisi dikkat çekmekteydi. Lisede yatılı okulda kalmaya başlayan hastanın tekrarlayıcı dokunma davranışlarında artış olmuştu. Arkadaş çevresi tarafından hastanın “tuhaf” davranışları ve farklı konuşma tarzı ile dalga geçilmekte idi. Bu durum hastanın kendi ifadesiyle dönem dönem içe kapanmasına yol açmıştı. Aynı zamanda derslerine olan ilgisini etkilemiş ve bu nedenle ders başarısında düşme ortaya çıkmıştı. Hasta lise dönemini, “depresyon dönemi” olarak tarif etmekteydi. İşlevselliği önemli ölçüde bozulan hasta yine de yüksek bir puanla elektronik ve haberleşme bölümünü kazanmıştı. Üniversite yıllarında babaannesi ile yaşayan hasta, bir tartışma sonrası babaannesini darp etmesi üzerine 21 yaşındayken özel bir kliniğe yatırılmış atipik psikoz ve obsesif kompulsif bozukluk tanısı ile takip edilmişti. Bir ay sonra benzer yakınmalar ile bir yatışı daha olmuştu. Bir yıl sonra 15'er gün arayla ilaç içmek ve insülin uygulamak suretiyle iki kez intihar girişiminde bulunan hasta, devam eden intihar düşünceleri nedeniyle hastanemize yatırılmıştı. Yatış öncesi antidepresan kullanımı yoktu. O dönemde yapılan muayenesinde, konuşma hızı ve miktarı artmış, duygudurumu irritabl, psikomotor aktivite ve libido artışı olduğu görülerek Bipolar bozukluk, karma epizod tanısıyla takip edilmişti. Aripiprazol 30 mg/gün/p.o. tedavisine lityum 600 mg/gün/p.o. eklenince hasta remisyona girmişti.

Hastanın servimizde kaldığı dönem boyunca iletişimi kısıtlı idi, doktoru ile kısa görüşmeler yapan hasta zaman zaman hemşire ve doktorlara bilek güreşi yapmayı teklif etmek gibi tuhaf iletişime geçme davranışları sergiliyordu. Uzak doğu sporlarına olan yoğun ilgisinden söz ediyordu. Sosyal medyadaki videolarında elektronik aletler ya da aşırı kilolu insanların da güçlü olabileceği hakkında dakikalarca ve durmaksızın konuşmakta idi. Üniversite arkadaşlarının kendisi ile alay ettiklerinden ama kendisinin bunu anlayamadığından bahsediyordu. Duyguların konuşulduğu bir görüşmede, temel duyguları ayırabiliyor, fakat “şefkat ve sevgi” gibi benzer duyguları ayırmakta güçlük çekiyordu. İnsanların kendisine gösterdikleri tepkileri anlayamadığından söz ediyor ve anlaşılamadığından yakınıyordu. Hasta kendindeki “tuhaflığın” farkında olduğunu söylüyordu. Hastaya, çocukluk ve ergenlik dönemi de göz önünde bulundurularak AS ve Bipolar

bozukluk, depresif epizod tanısı kondu. Tedavisi topiramet 200 mg/gün/p.o.'ın yanı sıra, aripiprazol 15 mg/gün/p.o. olarak düzenlendi. Hasta yatışının 13. gününde hastanemiz adli psikiyatri kliniğine nakledildi.

TARTIŞMA

Otizm hayatın erken döneminde başlayan ve yaşam boyu süren, sosyal ilişkiler, iletişim, davranışsal ve bilişsel gelişimde gecikme ve sapmalarla giden nörogelişimsel bir bozukluktur.¹ AS ise dil ve bilişsel alanlarda bozulma olmaksızın sosyal becerilerde güçlükler, basmakalıp davranışlar, dar ilgi alanı ile karakterizedir. DSM-IV'te yaygın gelişimsel bozukluklar başlığı altında bulunan AS, DSM-5 ile birlikte "Otizm Spektrum Bozukluğu" başlığı altında verilmiştir.³

AS'nin kronik gidişli olduğu ve çekirdek belirtilerinin hayat boyu devam ettiği göz önünde bulundurulduğunda, erişkin popülasyonda da bu hastalığın yaygınlığının benzer olması beklenebilir ancak bu alanda yapılmış çalışmalar kısıtlıdır. Erişkin psikiyatri hastalarında yapılan bir çalışmada AS oranı %1,4 olarak saptanmıştır.⁴

AS tanısı, sıklıkla erken çocukluk ve ergenlik döneminde konuluyor olsa da, literatürde erişkin dönemde tanı konmuş olan olgular da bildirilmiştir. Bu durumun nedenleri şu şekilde sıralanabilir: Otizm spektrum bozukluğundaki diğer tablolar ile kıyaslandığında, AS'de bilişsel becerilerin yüksek olması geç başvuruya sebep olabilir. Hastalığın çocukluk dönemindeki göze çarpan belirtilerinin erişkin dönemde silikleşmesi, erişkin AS'li vakalara farklı tanı konulmasıyla sonuçlanabilir. Bir diğer neden, eşlik eden psikiyatrik durumların varlığının AS tablosunu gölgeleyebilmesidir. Ghaziuddin ve arkadaşlarının çalışmasında, AS'de eşanlı psikiyatrik bozukluk oranı %65 olarak bildirilmiştir. En sık görülen eşanılar dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, duygudurum ve anksiyete bozuklukları olarak belirtilmiştir.²

Literatürde AS ile Bipolar bozukluk ilişkisi üzerine yapılmış çalışmalar mevcuttur. DeLong ve arkadaşlarının bir çalışmasında, Bipolar bozukluğun otizm spektrum bozuklukları içinde en çok AS ile ilişkili olduğunu gösterilmiştir.⁵ Başka bir çalışmada, otizm tanısı olan olguların aile üyelerinde Bipolar bozukluk görülme oranı %4,2 ola-

rak (genel popülasyonun 5 katı), AS tanılı olguların aile üyelerinde ise %6,1 olarak saptanmıştır. AS tanısı olanların aile üyelerinde Bipolar bozukluk görülme oranının daha da yüksek olması, bu iki durumun etiyolojik olarak bağlantılı olabileceğini akla getirmektedir.⁶

Olgumuzda, hastanın lise döneminden itibaren başlayan depresyon dönemleri ve hospitalizasyon gerektiren ciddi intihar girişimleri, zaman zaman alevlenen takıntıları, süregelen antisosyal nitelikte davranışları, psikopatolojilerinin zemininde hep var olan AS tanısını gölgelemiştir. Bu sendromun yerine eşanı olarak görülebilecek bozuklukların öne çıkmasının yanı sıra, aslında AS'ye özgü olan tekrarlayıcı davranışlar, sosyal güçlükler, affektif katılımda azalma gibi belirtiler de farklı değerlendirilerek hasta, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, atipik psikoz, major depresyon, bipolar bozukluk gibi farklı tanımlarla takip edilmiştir. Hastanın tekrarlayıcı dokunma davranışı geçmişte kompülsiyon olarak değerlendirilmiş olup, detaylı öykü alınmasıyla bu davranışa ilişkin bir obsesyon tanımlanmamıştır. Hastanın istemli olarak sergilediği bu davranış otizm spektrum bozukluğuna özgü basmakalıp davranış olarak kabul edilmiştir. Hastanın AS'ye bağlı iletişim zorlukları ve kısıtlı sosyal becerileri nedeniyle yaşadığı olumsuz yaşam olayları, eşlik eden duygudurum dönemlerinin ortaya çıkmasını kolaylaştırmakta, zaten kısıtlı olan sosyal becerileri depresyon dönemlerinde daha da geriletmekte ve sosyal izolasyonunu arttırmaktadır.

AS'li bireyler diğer otizm bozukluklarının tersine sosyal ilişkiler kurmaya isteklidirler ancak bu konudaki yetersizlikleri, arkadaş çevrelerinden gelen ötelemeler ve reddedilmeler bu bireylerin öz güvenini sarsmaktadır. AS'li ergen ve genç erişkinler arasında yapılan bir çalışmada AS'li bireylerin sosyal zorluk ve yetersizliklerinin farkında oldukları bildirilmiştir.⁷ AS'de hastalığa yönelik içgörünün incelendiği bir çalışmada ise yazarlar, içgörü düzeyi yüksek olan bireylerin yaşanan sosyal negatif durumları kendilerine atfettiklerini ve bunun özsaygıda azalmaya katkıda bulunabileceğini belirtmişlerdir.⁸

AS'li bireylerde karşı cinsle duygusal yakınlık kurma çabaları sıklıkla başarısızlıkla sonuçlanır. Bazen bu reddedilme, antisosyal davranışlara yol açabilir. AS'de sosyal ve romantik işlevselliğin incelendiği bir çalışmada AS'li

bireylerin daha az romantik ilişki yaşadıkları ve akran ilişkilerindeki başarının romantik işlevsellikte belirleyici olduğu ifade edilmiştir. Çalışmanın diğer bir bulgusu ise, AS'li bireylerin kontrol grubuna göre daha yüksek oranda sarkıntılığa varabilecek uygunsuz kur yapma davranışı sergilemeleridir.⁹

Zihinselleştirme problemleri nedeniyle AS'li bireylerde, sosyal ilişkilerdeki davranış ve işaretleri anlamada güçlüğü yanı sıra, çözüm üretme becerisinde de yetersizlik bildirilmiştir.¹⁰ Sosyal açıdan yaşadıkları engeller, AS'li bireyleri çevrelerinin bakışlarına daha hassas hale getirir ve bu bireylerde agresyona dönüşebilir.¹¹ Olgumuzun da, AS'ye özgü tuhaflıkları ve iletişim sıkıntıları ile lise döneminden itibaren başlayan izolasyonu, zaman zaman agresyona dönüşmüş, üniversite arkadaşlarına yönelik hakaret ve tehdit suçu nedeniyle mahkeme kararıyla hospitalizasyonuna yol açmıştır.

Hastanın son yatışında, çocukluk ve ergenlik dönemi hikayesi ve sosyal yaşamdaki problemleri farklı kaynaklardan detaylı olarak öğrenilmiş ve var olan duygudurum bozukluğuna ek olarak AS tanısı konmuştur. Hasta ile

AS'ye ilişkin içgörü ve empati geliştirmeye yönelik görüşmeler yapıldığında çevresindeki bireylerin kendisine verdiği tepkileri yorumlamakta güçlük çektiğini belirtmiştir.

Bu yazı, eşitlikler nedeni ile geç tanı konmuş erişkin dönem bir AS olgusunun adli bir süreçle sonlanan öyküsünü betimlemesi nedeniyle önem taşımaktadır. AS, çocuk ve ergen psikiyatrisi pratiğinde sıkça akla gelmekle birlikte, erişkin dönemde başka psikiyatrik bozukluklara eşlik eden bir bozukluk olduğundan tanı konulabilmesi için çocukluk ve ergenlik dönemlerindeki ipuçlarının yakalanması gerekir. AS'de zihinselleştirme ve sosyal biliş becerilerinin müdahale ve eğitim programları ile geliştirilebileceğini gösteren çalışmalar bulunmaktadır.^{10,12} AS tanısının atlanması tedavi etkilemesinin yanı sıra hastanın yaşam kalitesinde ve işlevselliğinde anlamlı değişiklik sağlayabilecek özel eğitim, psikososyal programlar gibi olanaklardan yararlanmasını da olanaksız kılmaktadır. Bu nedenle erişkin dönem AS olgularının atlanmaması adına çocukluk ve ergenlik dönemi gelişimsel süreçlerinin detaylı ve farklı kaynaklardan değerlendirilmesi gereklidir.

KAYNAKLAR

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Text Revision DSM IV-TR 4th Ed. 2000; Washington, DC: American Psychiatric Association 2000; p 80-84.
2. Ghaziuddin M, Weidmer-Mikhail E, Ghaziuddin N. Comorbidity of Asperger syndrome: a preliminary report. J Intell Disabil Res 1998; 42: 279-283.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Text Revision DSM-5 5th Ed. 2013; Washington, DC: American Psychiatric Association 2013; p 50-59.
4. Nylander L, Gillberg C. Screening for autism spectrum disorders in adult psychiatric out-patients: a preliminary report. Acta Psychiatr Scand 2001; 103:428-434.
5. Delong GR, Nohria C. Psychiatric Family History and Neurological Disease in Autistic Spectrum Disorders. Dev Med Child Neurol 1994; 36(5): 441-48.
6. 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.
7. Cederlund M, Hagberg B, Gillberg C. Asperger syndrome in adolescent and young adult males. Interview, self - and parent assessment of social, emotional and cognitive problems. Res Dev Disabil 2010; 31(2): 287-98.
8. Didehban N, Shad MU, Kandalafi MR, Allen TT, Tamminga CA, Krawczyk DC ve ark. Brief report: Insight into illness and social attributional style in Asperger's syndrome. J Autism Dev Disord 2012; 42(12): 2754-60.
9. Stokes M, Newton N, Kaur A. Stalking, and social and romantic functioning among adolescents and adults with autism spectrum disorder. J Autism Dev Disord 2007; 37(10): 1969-86.
10. Channon S, Crawford S, Orlowska D, Parikh N, Thoma P. Mentalising and social problem solving in adults with Asperger's syndrome. Cogn Neuropsychiatry 2014; 19(2): 149-63.
11. Tantam D. Psychological disorder in adolescents and adults with Asperger syndrome. Autism 2000; 4(1): 47-62.
12. Stichter JP, Herzog MJ, Visovsky K, Schmidt C, Randolph J, Schultz T ve ark. Social competence intervention for youth with Asperger Syndrome and high-functioning autism: an initial investigation. J Autism Dev Disord 2010; 40(9): 1067-79.