

ERGENLİK VE ERİŞKENLİK ÇAĞINDA BAŞLAYAN MANİLERDE KARŞILAŞTIRMALI BİR ÇALIŞMA

Dr. K.Oğuz KARAMUSTAFALIOĞLU (*) Dr.Nesrin BOZKAN (*) Dr. M.Yücel AĞARGÜN (*)
Dr. Nihat ALPAY (*) Dr. Mansur BEYAZYÜREK (*) Dr. Nil DİNCER

ÖZET

Ergenlik başlangıçlı manik hastalarda psikotik semptomlar ve davranış kontrolsüzlüğü daha sık ortaya çıkmaktadır. Öte yandan erişkinlik başlangıçlı hastalarda lohusalık döneminde ilk manik epizod ergenlik başlangıçlı hastalara göre daha fazla izlenmekteydi. Her iki grup için de uzun dönem sonrasında ortaya çıkan sonuç benzerdi.

SUMMARY

Patients with adolescent-onset mania is presented with more psychotic and behavioral dyscontrol. On the other hand in patients with adult-onset mania, the occurrence of first manic episode during puerperium were more than adolescent onset. The long-term outcome were similar in both groups.

ABD'de 20861 hastayı içeren NIMH tarafından sürdürülen epidemiyolojik çalışmada Burke ve arkadaşları (1) mani başlangıç yaşı olarak 15-19 yaş grubunu, hem erkekler hem kadınlarda en önemli risk grubu olarak tespit etmişlerdir. Joyce (2) maninin sıklıkla başladığı 15-19 yaş arasındaki manileri ergenlik başlangıçlı, 20 ve üzeri yaşta başlayan manileri erişkinlik başlangıçlı olarak isimlendirilmiş ve aralarında farklar olduğunu bildirmiştir. Ergenlik döneminde başlayan maniler ile erişkinlik döneminde başlayan maniler karşılaştırıldığında ergenlik döneminde başlayan manilerde "first-rank semptomlar (3) ve özellikle hezeyan ve referans fikirleri olmak üzere psikotik semptomların daha fazla görüldüğü bildirilmiştir. (4,5) Dolayısıyla ergenlik döneminde başlayan maniler erişkinlik döneminde başlayanlara göre daha fazla olarak şizofrenik bozukluk veya şizoaffektif bozukluk olarak değerlendirilebilirler (2,3,4,6)

Bu çalışmamızda mevcut yatışlarında DSM-III-R kriterlerine göre iki uçlu mizaç bozukluğu, manik hecme tanısı konan, ergenlik ve erişkinlik başlangıçlı, ortalama hastalık süreleri 10 yıldan fazla olan hastaların demografik ve klinik özellikleri değerlendirilmiş, klinik gidiş ve mevcut durumları saptanmıştır. Diğer çalışmalardan ayrıcalıklı olarak çalışmaya cinsiyet farklılıklarının (gebelik, lohusalık ve hormonal farklılıklar) klinik gidiş üzerinde yaratabileceği etkilerden (7) sakınma amaçlanarak sadece kadın hastalar alınmıştır.

YÖNTEM

1.1.1990-31.8.1990 tarihleri arasında Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi 6. Psikiyatri Birimi kadın psikoz servisinde yatarak tedavi gören DSM-III-R kriterlerine göre iki uçlu mizaç bozukluğu, manik hecme tanısı alan 43 kadın hasta araştırmaya alınmıştır. Bulgular hasta ve en az bir tane birinci derecede hasta yakını ile görüşülerek ve eski yatış dosyaları ile ayaktan takip dosyaları değerlendirilerek sağlanmıştır. Hastalara bunların yanısıra 17 soruluk bir sor-

gulama formu da uygulanmıştır. 43 kadın hastanın 19 tanesi erişkinlik başlangıçlı (ilk semptomların görülmesi 19 yaşına kadar) grubuna dahildi.

SONUÇLAR

Erişkinlik başlangıçlı grupta başlangıç yaşı ortalama ve standart sapma olarak 26.74±7.15, hastalık süresi 12.89±9.07, şimdiki yaş ortalamaları 39.73±9.76, hospitalizasyon sayıları 5.26±3.45, manik epizod sayısı 7.84±6.01 ve depresif epizod sayısı 2.84±3.79 olarak bulunmuştur. Ergenlik başlangıçlı grupta ortalama ve standart sapma olarak başlangıç yaşı 16.17±1.69 hastalık süresi 17.42±11.77, şimdiki yaş ortalaması 33.58±11.23, hospitalizasyon sayısı 7.92±6.32, manik epizod sayısı 9.75±5.59 ve depresif epizod sayısı 2.96±3.14 olarak bulunmuştur. Bu değişkenlerden sadece başlangıç yaşları arasındaki farklılık çok ileri derecede anlamlı olarak bulunmuştur. (t:7.02 ve p<0.001) Diğer değişkenler arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Ergenlik başlangıçlı hastalarda hezeyanlar ve/veya hallüsinasyonlar erişkinlik başlangıçlı hastalara göre daha fazla bulunmuştur. Ergenlik başlangıçlı hastaların %83'ünde (N=20) hezeyan ve/veya hallüsinasyon mevcutken, erişkinlik başlangıçlı hastaların %21'inde (N=4) bu belirtiler mevcuttu. İki grup arasındaki fark ileri derecede anlamlı bulunmuştur. (X²=6.68 ve p<0.01). Erişkinlik başlangıçlı hastalarda hiçbirisi daha önce şizofrenik bozukluk ve atipik psikoz tanısı almazken ergenlik başlangıçlı hastalardan üç tanesi önceki yatışlarında şizoaffektif bozukluk ve iki tanesi atipik psikoz tanısı almıştır.

Ergenlik başlangıçlı hastaların %25'i (N=6) kanuni problemlerle karşılaşmış ve bunlardan ikisi TCK 46. maddesi kapsamına girmişken, erişkinlik başlangıçlı hastaların hiçbirisi kanuni problemlerle karşılaşmamıştır. Aralarındaki farklılık anlamlı olarak bulunmuştur. (X²=5.52, p<0.02). Fiziki saldırganlık ergenlik başlangıçlı hastalarda %54 (N=13) ve erişkinlik başlangıçlı hastalarda %16 (N=3) olarak saptanmış ve aradaki farklılık ileri derecede anlamlı olarak bulun-

(*) Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi-İSTANBUL

muştur. ($X^2=6.68, p<0.01$)

Grubumuzda homojenite sağlamak amacıyla sadece kadın hastaları araştırmaya aldığımız belirtmiştik. Gebelik ve lohusalık esnasında manik hecme ergenlik başlangıçlı grupta %50 (N=12) ve erişkinlik başlangıçlı grupta %73 (N=14) olarak bulunmuştur (Gebelik esnasında manik hecme ergenlik başlangıçlı bir ve erişkinlik başlangıçlı iki hastada görülmüştür.) Fakat istatistiki olarak anlamlı bir farklılık yoktur. Buna karşın ilk manik hecmenin lohusalıkta ortaya çıkması erişkinlik başlangıçlı grupta %8(N=2) olarak saptanmış, aradaki farklılık ileri derecede anlamlı olarak bulunmuştur. ($X^2=6.77, p<0.001$) Anlamlı farklılık gösteren tüm değişkenler Tablo 1'de gösterilmiştir.

Depresif epizodlar açısından iki grup arasında anlamlı farklılıklar görülmediğini daha önce belirtmiştir. İntihara teşebbüs erişkinlik başlangıçta %32 (N=6) ergenlik başlangıçta %42 (N=10) birinci derece akrabalarda ailevi yüklülük erişkinlik başlangıçta %63 (N=12) , ergenlik başlangıçta %83 (N=20) olarak saptanmıştır. Hem intihara teşebbüs hem de ailevi yüklülük ergenlik başlangıçta fazla olmakla birlikte her iki özellik içinde iki grup arasında anlamlı

lemlerle karşılaşma şeklindeki davranış kontrolsüzlüğüne daha sık rastlanmaktadır. Ergenlik başlangıçlı hastalarda hem psikotik bulguların hem de davranış kontrolsüzlüğü fazlalığına rağmen mevcut sonuçları ve kronisiterleri açısından farklılık görülmemesi dikkat çekicidir. McGlashan'ın (5) ergenlik döneminde kişilik yapısının daha esnek olması sebebiyle bireyin hastalıkla başa çıkmada daha etkili yollar geliştirebileceği, buna karşın erişkinlik döneminde hastalık hafif bile olsa yerleşmiş katı savunma mekanizmaları olan ve daha az uyumsal esneklik gösterebilen bireyde hastalığın daha yıkıcı olabileceği hipotezi bu tezati açıklamada yardımcı olabilir.

Erişkinlik başlangıçlılarla lohusalık esnasında ilk manik hecmenin ergenlik başlangıçlılara göre daha fazla ortaya çıktığı diğer çalışmalarda belirtilmeyen yeni bir bulgudur. Dean ve Kendell (9) doğumdan sonra ilk iki haftanın iki uçlu mizaç bozukluğuna predispozisyonu olanlarda manik epizod gelişmesinde en riskli zaman dilimini oluşturduğunu bildirmişlerdir. Katona (10) geçmişte post-partum öyküsünün varlığının tekrarlanma riskini arttırdığını, fakat bu hastalar gebe kalmazlarsa hastalıkları lohusalığa mahsus olmayanla-

TABLO 1

Özellikler :	Ergenlik Başlangıçlı Hasta Sayısı (N)	Erişkinlik Başlangıçlı Hasta Sayısı (N)	X²	P
Hezeyan ve/veya hallüsinasyon	20	6	6.68	<0.001
Kanuni Problem	6	-	5.52	<0.02
Fiziki Saldırganlık	13	3	6.68	<0.01
Lohusalık esnasında İlk Manik Hecme	2	8	6.77	<0.01

bir farklılık yoktur.

Erişkin başlangıçlı grupta 10 evli, 5 boşanmış ve 4 dul; ergenlik başlangıçlı grupta 6 evli, 9 boşanmış, 3 dul ve 6 bekar hasta mevcuttu. Evlilik ve boşanmışlık özellikleri açısından iki grup arasında istatistiki bir farklılık saptanmadı. Hastalarımızın hiçbirisi meslek sahibi olmadıklarından mesleki performansları değerlendirilemedi. Hastalarımızın mevcut durumunu gösterebilecek özelliklerden; medeni durum, hospitalizasyon sayısı, ilaç kullanımı, manik ve depresif epizodların sayısı açısından iki grup arasında anlamlı bir farklılık gösterilemedi.

TARTIŞMA

Çalışmamızın neticeleri daha önce yapılmış çalışmaların sonuçlarını tekrarlamış ve genişletmiştir. (3,4,5,8) Ergenlik döneminde başlayan maniler daha çok psikotik semptom göstererek daha fazla şizoaffektif, şizofrenik veya etipik olarak değerlendirilme riskini taşımaktadırlar. (1,4,5) Ergenlik başlangıçlı hastalarda fizik saldırganlık ve kanuni prob-

ra göre daha uzun süre semptomsuz kalabileceklerini bildirmiştir. Fakat lohusalık döneminde görülen tüm manik epizodlar değerlendirildiğinde iki grup arasında bir farklılık yokken, lohusalık döneminde ilk manik epizodun ortaya çıkmasında iki grup arasında anlamlı farklılık saptanması üzerinde önemle durulması gereken bir konudur. Silverstone (7) post-partum maninin muhtemel bir açıklamasının, doğum sonrasında kandaki östrojen seviyesinin ani ve dramatik düşüşünün olabileceğini öne sürmekte, Cook (11) ise önceden organik faktörü olan bipolar hastaların başlangıç yaşının daha manik hecmenin ortaya çıkmasında ergenlik döneminde lohusalık esnasında ilk manik hecmenin ortaya çıkmasında ergenlik dönemine göre anlamlı farklılık, aradaki yaş farkı sebebiyle ani östrojen düşüşlerinin daha fazla veya daha etkin olabileceğini düşündürebilir. Fakat bu hipotez tek başına açıklayıcı olmayabilir ve ayrıca hormonal faktörleri göz önüne alarak kapsamlıca araştırılması da gereklidir.

Sonuç olarak iki grup arasında bazı anlamlı farklılık ortaya koyulmuştur. Molnar (12) her hasta için iki uçlu mizaç

bozukluğunda hem depresyon hem de manide müteakip epizodlarda prodrom, semptomlar ve epizod sürelerinin benzer olduğunu saptamıştır. Dolayısıyla ergenlik başlangıçlı ve erişkinlik başlangıçlı gruplar arasındaki farklılıkların bilinmesi hastaların tanılarını koymada (ergenlik döneminde başlayanlarda şizofrenik bozukluk, şizoaffektif bozukluk olarak değerlendirilebilme ihtimali....) yardımcı olmanın yanısıra, gidiş (ergenlik başlangıçlı hastalarda psikotik semptomların, fiziki saldırganlığın, kanuni problemlerle karşılaşmaların daha fazla olması....) ve tedavilerinde de bize önemli ipuçları verecektir.

KAYNAKLAR

- 1- Burke CB, Burke JD, Regier DA, Rae DS: Age at Onset of Selected Mental Disorders in Five Community Populations. Arch Gen Psychiatry 1990; 47: 511-518.
- 2- Joyse PR: Age of onset in bipolar affective disorder and misdiagnosis as Schizophrenia. Psychol Med 1984;14:146-149.
- 3- Rosen LN, Rosenthal NE, Van Dusen PH, et al: Age at onset and number of psychotic symptoms in bipolar I and schizoaffective disorder. Am J

Psychiatry 1983; 140: 1523-1524.

4- Ballenger JC, Reus VI, Post RM: The "atypical" clinical picture of adolescent mania. Am J Psychiatry 1982; 139: 602-606.

5- McGlashan TH: Adolescent Versus Adult Onset of Mania. Am J Psychiatry 1988; 145:221-223.

6- Rosenthal NE, Rosenthal LN, Stallone F, et al: Toward the validation of RDC schizoaffective disorder. Arch Gen Psychiatry 1980;37: 804-810.

7- Silverstone T, Romans-Clarkson S: Bipolar Affective Disorder: Causes and Prevention of Relapse. Brit J Psychiatry 1989;154: 321-335.

8- Carlson GA, Davenport YB, Jamison K: A comparison of outcome in adolescent-and late-onset bipolar manic-depressive illness. Am J Psychiatry 1977; 134: 919-922.

9- Dean C, Kendell RE: The symptomatology of puerperal illness, Brit J Psychiatry 1981; 139:128-133.

10- Katona CLE: Puerperal Mental Illness: Comparison with Non-Puerperal Controls. Brit J Psychiatry 1982; 141: 447-452.

11- Cook BL, Shukle S, Hoff AL- Aronson TA: Mania with associated organic factors. Acta Psychiatr. Scand 1987; 76: s674-677.

12- Molnar G, Feeney G, Fava GA: Durations and Symptoms of Bipolar Prodromes. Am J Psychiatry 1988; 145: 1576-1578.