

# Pediatric Bipolar Bozuklukta Epidemiyoloji

## *Epidemiology in Pediatric Bipolar Disorder*

Caner Mutlu, Neslim Güvendeğer Doksat, Ayten Erdoğan

### Özet

Çocuk ve ergenlerde bipolar bozukluk tanısı giderek artış göstermektedir. Çocuk ve ergen popülasyonunda intihar girişiminde bulunanların önemli bir oranının bipolar bozukluğu olanlarda ortaya çıkıyor olması, bu hastalığın tanı ve tedavisini daha da önemli kılmaktadır. Özellikle ergenlik dönemi öncesi örneklerde açık tanı ölçütlerinin olmaması ve değerlendirmelerin belirtilere dayanılarak yapılmasından dolayı yanlış biçimde bipolar bozukluk tanısı konduğu ve yaygınlık oranlarının olduğundan fazla saptandığına dair endişeler vardır. Bunlardan ötürü, çocuk ve ergen bipolar bozukluğunun yaygınlığı konusundaki veriler hem farklılık göstermekte hem de tartışılmaktadır. Bu derleme çalışmasında, bipolar bozukluğun yaygınlığı toplum, poliklinik ve yatan hasta örneklerinde literatür gözden geçirilmiştir.

**Anahtar sözcükler:** Bipolar bozukluk, epidemiyoloji, intihar .

### Abstract

Childhood and adolescent bipolar disorder diagnosis has been increasing recently. Since studies evaluating attempted suicide rates in children and adolescents have shown bipolarity to be a significant risk factor, diagnosis and treatment of bipolarity has become a very important issue. Since there is a lack of specific diagnostic criteria for especially preadolescent samples and evaluations are made mostly symptomatically, suspicions about false true diagnosis and increased prevalence rates have emerged. This situation leads to controversial data about the prevalence rates of bipolar disorder in children and adolescents. The aim of this article is to review the prevalence of childhood and adolescent bipolar disorder in community, inpatient and outpatient based samples in literature.

**Key words:** Bipolar disorder, epidemiology, suicide.

**BİPOLAR BOZUKLUK (BPB)** araştırmalarında, yaklaşık olarak yüz yıldır, çocuk ve ergenlerde seyrek olarak ortaya çıkan mani tabloları bildirilmektedir (Carlson 2009). Pediatrik BPB'nin düşünülen daha sık ancak çocukluk çağına tanı koymanın zor olabileceği belirtilmektedir (Emiroğlu ve Diler 2009). Almanya'da psikiyatristlerin %63'ü ergenlik çağı ve %7.8'i çocukluk çağı BPB tanısı koymaktadır (Meyer ve ark. 2004).

Çocuk ve ergenlerde BPB tanısı alma oranı gittikçe artmaktadır. Son 10 yılda klinik olarak tanı alan çocukların oranının 2 kattan fazla arttığı belirtilmektedir (Youngstrom ve ark. 2008). Poliklinik muayenelerini inceleyen bir araştırmada, 1994-2003 yılları arasında 19 yaş altı çocuk ve ergenlerde BPB tanısının 40 kat arttığı bulunmuştur (Moreno ve ark. 2007). Hastane kayıtlarından 1996-2004 yılları arasında yapılan bir çalış-

mada ise, BPB tanısı ile hastanede yatan çocuk sayısının 10000'de 1.3'ten 7.3'e (yaklaşık 5 kat), ergen sayısının 10000'de 5.1'den 20.4'e (dört kat) yükseldiği saptanmıştır. Bunun sonucunda, 2004 yılında ABD'de, ergenlik dönemi öncesi çocukların tedavi edildiği yataklı psikiyatri kliniklerinde en sık konulan tanı haline gelmiştir (Blader ve Carlson 2007). Almanya'da ise 2000-2007 arasında 19 yaş altındaki yatışları inceleyen bir çalışmada, BPB için yatış oranı 2007'de 1.91/100000 bulunmuş olup bu oranın 2000 yılına göre %68.5 arttığı ve bu artışın 15-19 yaş arasında olduğu saptanmıştır (Blader ve Carlson 2007). Tanı oranında artma, Almanya'da çocuklara göre ergenlerde fazla iken Amerika'da hem çocuk hem ergenlerde görülmektedir (Holtmann ve ark. 2010). Bununla birlikte, çocuk ve ergenlerde BPB Amerika dışında oldukça nadir olduğu ve Avrupa ülkelerinin bu artışlara şüphe ile baktığı ifade edilmektedir (Holtmann ve ark. 2010).

BPB intihar düşüncesi ve intihar girişimine yol açma ihtimalinin yüksek olması nedeniyle de önemli bir hastalıktır. Bu ihtimallerin özellikle yüksek olduğu durumlar; duygudurum ataklarının kısa sürüp keskin olmayan-hızlı çizgilerle geçiş göstermesi (ötimik ara dönem sürelerinin kısa olması), dürtüsellik ve iritabilite düzeylerinin yüksek olması, psikotik mani belirtilerinin görülmesi olarak tanımlanmıştır (Hauser ve ark. 2013). İntihar düşüncesi olan ergenlerin %33.9'nun girişimde bulunduğu, intihar düşüncesi ve girişimi olan ergenlerin intihar etme oranlarının da yüksek olduğu bilinmektedir (Hauser ve ark. 2013). Bu açılardan, pediatrik yaş grubunda, BPB'nin erken tanınan ve gecikmeden tedavi edilmesi gereken bir hastalık olması gerekmektedir.

Bu çalışmada, çocuk ve ergenlik dönemi BPB yaygınlığını, başlama yaşını, cinsiyete göre farklılığını epidemiyolojik açıdan gözden geçiren bir derleme makalesi yazılması amaçlanmıştır. Hastalığın seyri esnasında tanıların değişimi, bu yaş grubunda tanı ölçütleriyle ilgili olarak yaşanan sorunsallar da güncel bilimsel yayınlar ışığında tartışılmıştır.

## Yaygınlık

### *Toplum Örneklerinde*

BPB'nin toplumda hipomani veya eşik altı manik belirtilerle ortaya çıkma olasılığı daha fazladır. Subsendromal BPB'un yaşam boyu yaygınlığı % 5 olarak belirtilmektedir (Sala ve ark. 2009). Çocuk ve ergenlerde BPB yaygınlığı genel popülasyonda %0.1'den %1.8'e kadar değişmektedir (Goodwin ve Jamison 2007, Merikangas ve ark. 2007). Toplumda dayalı epidemiyolojik çalışmaları içeren bir gözden geçirme yazısında, Amerika'daki ergenlerde BPB'nin yaşam boyu yaygınlığının %1 ile %1.4 arasında olduğu belirtilmiştir (Goodwin ve Jamison 2007). Son epidemiyolojik bulgular ise, ergenlerde eşik altı olgular dahil olmak üzere bipolar spektrum bozukluklarının yaşam boyu yaygınlığının %6.2 olduğunu göstermiştir (Kessler ve ark. 2009).

Epidemiyolojik örneklerde pediatrik BPB'nin Amerika dışında %0 ile %1.9 arasında bulunduğu ve oldukça nadir olduğu düşünülmektedir (Soutullo ve ark. 2007). Beş ile 15 yaş arası 10.438 hastanın Gelişim ve Ruhsal Sağlık Değerlendirmesi (Development and Well-Being Assessment [DAWBA]) ile değerlendirildiği İngiliz Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Araştırması'nda ise olası tanıları arasında BPB'ye rastlanmamıştır (Ford ve ark. 2003).

Pediatrik BPB ile ilişkili, 7-21 yaş arası 16.222 çocuk ve ergeni kapsayan, 1985 ve 2007 yılları arasında yapılan 12 epidemiyolojik (6 Amerikan, 6 uluslararası) çalışmayı

içeren bir meta-analizde ortalama yaygınlık, bipolar spektrum bozukluğu için %1.8 (%1.1-%3.0), bipolar I bozukluk (BPB-I) için %1.2 (%0.7-%1.9) saptanmıştır (Van Meter ve ark. 2011a). Merikangas ve arkadaşlarının, Amerikan ergenlerden oluşan bir toplumsal örneklem grubunda yapmış olduğu çalışmada, BPB-I veya BPB-II için yaşam boyu yaygınlık oranı %2.5, olarak saptanmış olup, 13-14- ilâ 17-18 yaşları arasında mani sıklığının iki kat arttığı ifade edilmiştir (Fristad ve Algorta 2013). Tüm bu oranlardaki farklılıklar, değerlendirme esnasında kullanılan yöntemlerin farklılığına veya ayırıcı tanıda yaşanan sorunlara bağlı olabilir. Genel olarak ergenlerde görülme sıklığı %1 olarak kabul edilmektedir (Cahill ve ark. 2007).

Bazı epidemiyolojik çalışmalarda ise ergenlik öncesi dönemde mani ya da BPB tanısı saptanamamıştır (Soutullo ve ark. 2005). Ülkemizde ise 7-12 yaş arası 2468 çocukta Ebeveyn Young Mani Derecelendirme Ölçeği'ne göre manik belirtilerin incelendiği epidemiyolojik bir çalışma sonucunda ergenlik öncesi dönemde BPB yaygınlığı yaklaşık %1.1 olarak bildirilmiştir (Diler ve ark. 2008). Genel olarak bipolar spektrum bozuklukları, çocukların %0.1'ini, ergenlerin %1'ini etkilemektedir (Blader ve Kafantaris 2007).

BPB'nin alt tipe göre yaygınlığı değerlendirildiğinde BPB-I normal popülasyonda çocuklarda %0.2-0.4, ergenlerde %1 oranında görülmektedir (Berkem 2007, Merikangas ve ark. 2010). BPB-I veya BPB-II yaygınlığının 13-14 ve 17-18 yaşlarında ikiye katlandığı belirtilmiştir (Merikangas ve ark. 2010).

### ***Poliklinik Örneklemelerinde***

Bazı çocuk ve ergen psikiyatri polikliniklerinde BPB yaygınlığı, Brezilya'da 15 yaş altındakiler için %7.2, Amerika'da ise %16 olarak bulunmuştur (Tramontina ve ark. 2003, Biederman ve ark. 2005). İspanya'da 1999-2005 arasında çocuk ve ergen psikiyatri polikliniğinde muayene olan hastaların geriye dönük olarak dosyalarının taranması sonucu hastaların %4.6 (n=38)'sının BPB tanısı aldığı saptanmıştır (Escamilla ve ark. 2011). Almanya'da ise ayaktan takip edilen hastalarda yaygınlık %0.5 bulunmuştur (Meyer ve ark. 2004). Genel olarak, Amerikan poliklinik örneklemelerinde yaygınlık ortalama %6-7 düzeyinde iken (Holtmann 2010). Amerika dışındaki poliklinik örneklemelerinde yaygınlık %0 ile %4 arasındadır (Soutullo ve ark. 2005).

Tanı dağılımına bakıldığında, bir çocuk ve ergen psikiyatri polikliniğinde BPB tanısı alanlar üzerinde yapılan bir çalışmada BPB-I için %48, BPB-II için %16, başka türlü adlandırılmayan BPB (BPB-BTA) için %36 bulunmuştur (Soutullo 2003). Son dönemde yapılan bir çalışmada ise BPB tanısı alanların %44.7'si BPB-I, %5.3'ü BPB-II ve %50'si BPB-BTA olarak ayrıştırılmıştır (Escamilla ve ark. 2011).

### ***Yatan Hasta Örneklemelerinde***

Çocuk ve ergen psikiyatri kliniklerinde yatan hastaların yaklaşık %30-40'ının BPB olduğu belirtilmektedir (Youngstrom ve Duax 2005). Uluslararası epidemiyolojik verileri içeren bir gözden geçirmede, ruh sağlığı kliniklerinde yatan çocuk ve ergenlerde BPB yaygınlığı %1.2-%4.2 arasında değişmektedir (Soutullo ve ark. 2005). İspanya'da yapılan bir çalışmada %2.2 iken (Lazaro ve ark. 2007), Almanya'da bu oran yaklaşık %0.2'dir (Holtmann ve ark. 2008). Finlandiya'da psikiyatrik sorunla hastaneye yatan 2-18 yaş arası 475 çocuk ve ergenin yaklaşık %1.7'si BPB tanısı almıştır (Sourander 2004).

Amerikan çocuk ve ergen klinik örneklemelerinde ise BPB yaygınlığı %5.9 ile %30 arasında değişmektedir (Holtmann ve ark. 2010).

Özellikle ergenlikte psikiyatrik yatışların ana nedeni olarak duygudurum bozuklukları gösterilmektedir (Lasky ve ark. 2011). Blader ve Carlson'un (2007) yaptıkları çalışmada, yataklı kliniklerden BPB tanısı ile taburcu olma oranının çocuklarda (%34.1), ergenlere (%25.9) göre fazla olması dikkat çekicidir. Hastanede yatan ve/veya ayaktan takip edilen BPB tanılı çocuk ve ergenlerin %58.2'sine BPB-I, %6.8'ine BPB-II, %34.9'una BPB-BTA tanısı konulmuştur (Axelson ve ark. 2006).

## Başlama Yaşı

Uzun süredir BPB'nin başlangıcının geç ergenlikten genç erişkinliğe geçişte tepe yaptığı kabul edilmekteydi (Parry ve Levin 2012). Ancak veriler, hastalığın çocukluk çağında da başladığına işaret etmektedir. Tipik olarak 16-24 yaş arasında başlamaktadır (Blader ve Kafantaris 2007). Amerika'da Depresyon ve Bipolar Destek Birliği üyelerinin %59'unda hastalık 20 yaşından önce başlarken, Avrupa ülkelerinde bu oran yaklaşık %33'tür (Soutullo ve ark. 2005). Kesin tanı almış erişkin hastalarda hastalığın başlama yaşı ile ilgili yapılan incelemede 5-9 yaş arası %0.5, 10-14 yaş arası %7.5 olarak belirlenmiştir (Emiroğlu ve Bozabalı 2002).

İspanya'da 4 yıllık süre içinde 3-17 yaş arası BPB tanılı çocuk ve ergenlerde yapılan bir çalışmada, hastalığın başlama yaşı 8.8 ( $\pm$  4.4) yıl bulunmuştur (Soutullo 2003). Geniş kapsamlı çalışmalarda, hastalığın bildirilen ortalama başlama yaşı 7.3 ( $\pm$ 3) yıldır (Goodwin ve Jamison 2007). Bununla birlikte okul öncesi dönemde mani benzeri belirtiler gösteren, hatta 2 yaşında başlayan olgular tanımlanmıştır (Luby ve ark. 2007, Parry ve Levin 2012). Axelson ve arkadaşlarının (2006), hastanede yatan ve/veya ayaktan takipli 7-18 yaş arası 438 bipolar çocuk ve ergen üzerinde yaptığı çalışmada, hastalığın başlama yaşı sırasıyla BPB-I için 9.5 ( $\pm$  4.0) yıl, BPB-II için 11.2 ( $\pm$  3.4) yıl ve BPB-BTA için 8.7 ( $\pm$  3.5) yıl olarak bulunmuştur. Ancak, hastaların belirtilerinin başlamasından ortalama 4.4 yıl sonra tanı aldıkları belirlenmiştir (Soutullo 2003). Başka bir çalışmada ise BPB tedavisi alan çocuk ve ergenlerin yarısından fazlasının belirtilerin ortaya çıkmasından en az 5 yıl sonra bir tanı aldığı bulunmuştur (Marchand ve ark. 2006).

Klinik belirtiler arasındaki farklılık, fenomenolojik açıdan yaş gruplarına göre kıyaslandığında, okul öncesinden-ergenlik dönemine kadar olan sürede belirtiler benzer seyretmiştir (Demeter ve ark. 2013).

## Cinsiyet

Geçmiş araştırmalarda kız ve erkeklerde eşit oranda görüldüğü belirtilirken, günümüzde cinsiyet farkı olabileceği düşünülmektedir (Merikangas ve ark. 2007). Kızlara göre erkeklerde BPB tanısı alma olasılığı daha fazladır (Moreno ve ark. 2007). İspanya'da bir çocuk ve ergen psikiyatrisi poliklinik dosyalarının 6 yıllık geriye dönük olarak taranması sonucu BPB tanısı alan 38 olgunun 30 (79%)'u erkek idi (Escamilla ve ark. 2011). Benzer bir şekilde, İspanyada bir üniversite hastanesine 4 yıl içinde yatan 5-19 yaş arası BPB tanılı erkek çocuk ve ergenlerin oranı %78'dir (Soutullo 2003). Diğer yandan bazı yazarlar, BPB ile ilişkili hastaneye yatışın kız ergenlerde daha fazla olduğunu öne sürmektedir (Blader ve Carlson 2007).

Bununla birlikte, BPB'nin çocuk ve ergenlerde her iki cinsiyette eşit oranda görülebileceği, ancak erkeklerde daha çok mani, kızlarda daha çok depresyon ile ortaya çıkabileceği belirtilmiştir ( Youngstrom ve ark. 2008, Wozniak ve ark. 2013). BPB'nin alt tiplerine bakıldığında BPB-I'de % 51.8'i, BPB-II'de % 40'ı ve BPB-BTA'da % 58.2'i erkektir (Axelson ve ark. 2006).

## Tanımların Değişimi

Başlangıçta BPB-BTA tanımlı çocuk ve ergenlerin yaklaşık %20'si iki yıldan daha kısa bir sürede, %25'i 3 yıllık sürede (Birmaher ve Axelson 2006) ve %36'sı yaklaşık 4 yıllık takip sonucunda (Sala ve ark. 2009) BPB-I veya BPB-II tanısı almaktadır. BPB-II tanımlı olguların yaklaşık %20'si de 3 yıllık izlem sonucunda BPB-I'e dönüşmektedir (Birmaher ve Axelson 2006). Yatan hastalar arasında ve daha uzun izlem çalışmalarında daha yüksek oranda olmak üzere, klinik olarak major depresyon tanısı alan çocuk ve ergenlerde BPB insidansı 3 ile 6 yıl içinde yaklaşık %15 ile %20 düzeyindedir (Goldstein 2012).

## Siklotimik Bozukluk ve Ağır Duygudurum Bozukluğu

Diğer BPB'nin aksine çocuk ve ergenlerde siklotimik bozukluk ile ilgili veriler kısıtlıdır. Bu kısıtlılık, bu gruptaki olguların, başka bir duygudurum bozukluğu, özellikle BPB-BTA, veya afektif olmayan bir bozukluk olarak yanlış tanımlandığını ve bilimsel veya klinik olarak henüz dikkate alınmadığını düşündürmektedir (Van Meter ve ark. 2011b). Siklotimik bozukluğun, bipolar bozukluğun diğer türlerine göre daha erken yaşta başladığı ve diğer türlerin prodromu olabileceği düşünülmektedir. Siklotimik bozukluğun ilk duygudurum atağı daha çok depresif olup, duygudurum belirtilerinin ortalama başlama yaşı 6 yıl 5 aydır. BPB-I ve BPB-BTA'dan bir yıl, BPB-II'den 2.5 yıl daha erken başlamaktadır. Kız ve erkeklerde eşit oranda görülmektedir (Van Meter ve ark. 2011b).

Son yıllarda özellikle ergenlik öncesi BPB için iki yeni tanı grubu tanımlanmıştır: kronik irritabl duygudurum grubu geniş fenotip BPB ve yükselmiş duygudurum grubu dar fenotip BPB (Pavuluri ve ark. 2005). Ataklar halinde seyretmeyen irritabl geniş fenotip BPB'nin erişkin BPB'ye ilerlemediği izlem çalışmalarında gösterilmiş ve bu grup, ağır duygudurum bozukluğu (ADB-Severe mood dysregulation) olarak yeniden tanımlanmıştır (Stringaris ve ark. 2010). Ayrı manik atakları olmayan irritabl çocukları kapsaması için tanımlanan ADB, çocukluk döneminde oldukça sık görülür. Uzunlamasına 9-19 yaş arası 1420 çocukta yapılan epidemiyolojik bir çalışmada, yaşam boyu yaygınlığı %3.3 bulunmuştur. Bu olguların 7 yıllık izlemi, depresif bozukluğu öngörmüştür (Brotman ve ark. 2006). Benzer şekilde, ataklar halinde seyretmeyen irritabiliteyi araştıran toplum bazlı başka bir çalışmada, 20 yıllık izlemede depresif bozuklukların ve yaygın anksiyete bozukluğunun öngörüldüğü gösterilmiştir (Stringaris ve ark. 2009). Diğer yandan, ortalama 29 ay izlenen 84 ADB olgusundan sadece birinin (%1.2) BPB-I veya BPB-II'ye dönüştüğü ve bu hastalarda hipo (manik) veya karma atakların dar fenotip BPB ataklarına göre 50 kat daha sık görüldüğü bildirilmiştir.

Özetle, ADB, BPB ve depresif sendromlar arasında yer edinecek bir patofizyolojik spektrum olarak düşünülebilir (Stringaris ve ark. 2010). Bu çocuk ve ergenlerin dar veya geniş fenotip bipolar bozukluk şeklinde tanımlanmaları durumunda, erişkin dönemde de süreklilik gösterecekleri belirsizdir (Washburn ve ark. 2011).

## Yüksek Risk Grubunda Epidemiyoloji

BPB'nin yüksek oranda ailesel olduğu bilinmektedir (Goldstein 2012). BPB'si olan ebeveynlerin çocukları, hastalığın ortaya çıkması açısından yüksek risk grubu olarak kabul edilmektedir (Emiroğlu ve Diler 2009). Bu çocuklarda genel psikopatoloji gelişme riski, sağlıklı ebeveyni olan çocuklara göre iki kattan fazla olup (Hodgins ve ark. 2002), psikiyatrik bir tanı alma riski ise yaklaşık 9.5 kata kadar çıkmaktadır (İnal-Emiroğlu ve ark. 2008). Başka bir çalışmada bu risk, kontrol grubuna göre 13 kat daha fazla bulunmuştur (Birmaher ve ark. 2009). BPB-I gelişme riski ise 4 kat artmaktadır (Wozniak ve ark. 2010).

Yüksek risk grubunda yapılan bir meta-analiz çalışmasında, değerlendirme anında yaşam boyu bipolar spektrum bozukluğu tanı oranı %5 olarak bulunmuştur (Hodgins ve ark. 2002). Yaşam boyu BPB oranı, 16-26 yaşına kadar izlemde %10'lara yükselmektedir (Youngstrom ve ark. 2008). Birmaher ve arkadaşlarının (2009) yaptığı geniş ölçekli Pittsburgh Bipolar Offspring Çalışması'nda BPB tanılı ebeveyni olan 388 çocuğun sadece %10.6'sında bipolar spektrum bozukluğu gelişmiştir. BPB'si olan ebeveynlerin okul çağı çocuklarında öncül anksiyete bozuklukları ve yıkıcı davranış bozukluklarının BPB için risk faktörü olabileceği ve her iki ebeveynde BPB olması ile bu riskin artabileceği belirtilmektedir (Goldstein ve ark. 2010).

Pediatrik BPB'si olanların birinci derece akrabalarında BPB görülme oranı %12-35 arasında değişmektedir (Wozniak ve ark. 2010). Çift yumurta ikizlerinde BPB-I görülme oranı %7-20 iken, tek yumurta ikizlerinde %43-67 arasındadır (Gökler 2008).

## Tartışma

Yazında da görüldüğü üzere çocuk ve ergen BPB yaygınlığı konusundaki veriler, farklılıklar göstermekle birlikte çok tartışmalıdır. Özellikle ergenlik öncesi döneme ait yaygınlık tahminlerinin güvenilirliği azdır. Bu dönemde sıklıkla tercih edilen BPB-BTA tanısı, açık tanısız ölçütleri olmaması nedeniyle özünde tartışmalıdır (Goldstein ve ark. 2010). Bazı yazarlar, bu tanıyı BPB-I veya BPB-II tanı ölçütlerini tam karşılamayan manik belirtiler için kullanırken, diğerleri bu tanı ile ciddi, sık, kronik ve uygun olmayan öfke patlamalarını tanımlamaktadır (Goldstein ve ark. 2010). Ek olarak, pediatrik unipolar depresyonla, bipolar depresyon arasında da ayırıcı tanı yapabilme sorunları devam etmektedir. Yapılan bir çalışma, BPB'de ortaya çıkan depresyonun daha ağır olduğunu, işlevsellikte daha ciddi sorunlara yol açtığını, karşıt olma karşı gelme bozukluğu, davranım bozukluğu ve anksiyete bozukluklarıyla daha fazla birlikte görüldüğünü, birinci derece akrabalarında duygudurum ve yıkıcı davranış bozukluklarının daha sık görüldüğünü, tüm bu özelliklerin ise, ayırıcı tanıyı kolaylaştırdığını ileri sürmüştür (Uchida ve ark. 2015). BPB-BTA tanımlaması, BPB'den çok DSM-5 için önerilen ve ölçütleri ADB'ye benzeyen, "disforinin eşlik ettiği öfke kontrol bozukluğu" (temper dysregulation disorder with dysphoria) veya "yıkıcı duygudurum kontrol bozukluğu"na (disruptive mood dysregulation disorder) uymaktadır (Goldstein ve ark. 2010, Krieger ve ark. 2013). Bu bozukluk, kronik irritabilitesi ve duygusal patlamaları olan çocukları tanımlamaktadır. Ancak yeni önerilen bu tanı grubu, ciddi irritabilitesi olan her çocuğu kapsama ve dolayısıyla bu çocuklar için yedek tanı olma riskini içermektedir (Goldstein ve ark. 2010).

Son yıllarda, pediatrik BPB tanısının konulamaması ve düşük yaygınlık tahminlerine ilişkin endişelerin yerini, yanlış BPB tanılması ve tahmin üstü yaygınlık oranı ile ilişkili endişeler almıştır (Goldstein 2012). 1990'ların ortalarından itibaren oluşan kavramsal değişiklikler, özellikle Amerika'da BPB tanılarının artmasına yol açmıştır (Parry ve Levin 2012). Buna karşın bir meta-analiz çalışmasında Amerika'da pediatrik BPB'nin daha yüksek ve zaman içinde artan yaygınlık oranı saptanamamıştır (Van Meter ve ark. 2011a, Goldstein 2012). Yine de birçok araştırmacı pediatrik BPB tanısının Amerika'da fazla konduğunu düşünmektedir (Parry ve Levin 2012). Bu durum, Avrupa'ya göre, Amerika'da olguların daha fazla kesitsel ve belirtisel bazı değerlendirilmesi, daha fazla stimulan ve antidepresan kullanımı olması, sağlık sisteminin geri ödeme koşulları ve uygulanan yoğun pazarlama yöntemleri ile ilişkilendirilmiştir Diğer yandan çalışmalar arası olgu alımı, yaş, araştırma alanı gibi yöntemsel farklılıklar da pediatrik BPB yaygınlığını etkilemektedir (Holtmann ve ark. 2010). Bazı pediatrik BPB formlarının başka bir atak olmadan erken erişkin dönemde sonlanabileceğine ilişkin kanıtların olması da akılda tutulması gereken başka bir bulgudur (Cicero ve ark. 2009).

## Sonuç

Özellikle ergenlik dönemi öncesi örneklerde, açık tanı ölçütlerinin olmaması, değerlendirmelerin belirtilere dayandırılarak yapılıyor olması sebepleriyle, yanlış BPB tanılarının konmasıyla ilişkili olarak artmış yaygınlık oranıyla ilgili endişelerin fazlalaşmasından ötürü, çocuk ve ergen BPB'nin yaygınlığı konusundaki veriler hem farklılık göstermekte hem de tartışılmaktadır.

## Kaynaklar

- Axelson D, Birmaher B, Strober M, Gill MK, Valeri S, Chiappetta et al. (2006) Phenomenology of children and adolescents with bipolar spectrum disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 63:1139-1148.
- Berkem M (2007) İki Uçlu Bozukluk. In *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kitabı* (Eds AS Aysev, YI Taner):373-382. İstanbul, Golden Print.
- Biederman J, Faraone SV, Wozniak J, Mick E, Kwon A, Cayton GA et al. (2005) Clinical correlates of bipolar disorder in a large, referred sample of children and adolescents. *J Psychiatric Res*, 39:611– 622.
- Birmaher B, Axelson D (2006) Course and outcome of bipolar spectrum disorder in children and adolescents: a review of the existing literature. *Dev Psychopathol*, 18:1023-1035.
- Birmaher B, Axelson D, Monk K, Kalas C, Goldstein B, Hickey et al (2009) Lifetime psychiatric disorders in schooled offspring of parents with bipolar disorder: the Pittsburgh Bipolar Offspring study. *Arch Gen Psychiatry*, 66:287-296.
- Blader JC, Carlson GA (2007) Increased rates of bipolar disorder diagnoses among U.S. child, adolescent, and adult inpatients, 1996-2004. *Biol Psychiatry*, 62:107-114.
- Blader JC, Kafantaris V (2007) Pharmacological treatment of bipolar disorder among children and adolescents. *Expert Rev Neurother*, 7:259-270.
- Brotman MA, Schmajuk M, Rich BA, Dickstein DP, Guyer AE, Costello et al. (2006) Prevalence, clinical correlates, and longitudinal course of severe mood dysregulation in children. *Biol Psychiatry*, 60:991–997.
- Cahill C, Hanstock T, Jairam R, Hazell P, Walter G, Malhi GS (2007) Comparison of diagnostic guidelines for juvenile bipolar disorder. *Aust N Z J Psychiatry*, 41:479-484.
- Carlson GA, Gloverinsky I (2009) The concept of bipolar disorder in children: a history of the bipolar controversy. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 18:257-271.
- Cicero D, Epler A, Sher K (2009) Are there developmentally limited forms of bipolar disorder? *J Abnorm Psychol*, 118:431–447.
- Demeter CA, Youngstrom EA, Carlson GA, Frazier TW, Rowles BM et al. (2013) Age differences in the phenomenology of pediatric bipolar disorder. *J Affect Disord*, 147:295-303.
- Diler RS, Uguz S, Seydaoglu G, Avci A (2008) Mania profile in a community sample of prepubertal children in Turkey. *Bipolar Disord*, 10:546-553.

- Emiroğlu FN, Bozabalı ÖG (2002) Çocukluk ve ergenlik çağı bipolar bozukluğu tanı ve ayırıcı tanı. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 9:178-189.
- Emiroğlu FN, Diler RS (2009) Pediatric bipolar disorders: from the perspective of Turkey. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*, 18:206-214.
- Escamilla I, Wozniak J, Soutullo CA, Gamazo-Garran P, Figueroa-Quintana A, Biederman J (2011) Pediatric bipolar disorder in a Spanish sample: results after 2.6years of follow-up. *J Affect Disord*, 132:270-274.
- Ford T, Goodman R, Meltzer H (2003) The British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999: the prevalence of DSM-IV disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 42:1203-1211.
- Fristad MA, Algorta GP (2013) Future directions for research on youth with bipolar spectrum disorders. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 42:734-747.
- Goldstein BI (2012) Recent progress in understanding pediatric bipolar disorder. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 166:362-371.
- Goodwin FK, Jamison KR (2007) *Manic-Depressive Illness: Bipolar Disorders and Recurrent Depression*, 2nd edition. Oxford, UK, Oxford University Press.
- Goldstein BI, Shamsedden W, Axelson DA, Kalas C, Monk K, Brent DA et al. (2010) Clinical, demographic, and familial correlates of bipolar spectrum disorders among offspring of parents with bipolar disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 49:388-396.
- Gökler B (2008) Bipolar Duygudurum Bozukluğu. In *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı* (Eds FÇ Çuhadaroğlu, A Coşkun, E İşeri, S Miral, N Motavalli, B Pehlivan Türk):383-393. Ankara, Hekimler Yayın Birliği.
- Hauser M, Galling B, Corell CU (2013) Suicidal ideation and suicide attempts in children and adolescents with bipolar disorder: a systematic review of prevalence and incidence rates, correlates and targeted interventions. *Bipolar Disord*, 15:507-523.
- Hodgins S, Faucher B, Zarac A, Ellenbogen M (2002) Children of parents with bipolar disorder: a population at high risk for major affective disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 11:533-553.
- Holtmann M, Duketis E, Poustika L, Zepf F, Poustika F, Bolte S (2010) Bipolar disorder in children and adolescents in Germany: national trends in the rates of inpatients, 2000-2007. *Bipolar Disord*, 12:155-163.
- Holtmann M, Goth K, Wockel L, Poustika F, Bolte S (2008) CBCL-pediatric bipolar disorder phenotype: severe ADHD or bipolar disorder? *J Neural Transm*, 115:155-161.
- İnal-Emiroğlu FN, Ozerdem A, Miklowitz DJ, Baykara A, Akay A (2008) Mood and disruptive behavior disorders and symptoms in the offspring of patients with bipolar I disorder. *World Psychiatry*, 7:110-112.
- Kessler RC, Avenevoli S, Green J, Gruber MJ, Guyer M, He Y et al. (2009) National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement (NCS-A): III. Concordance of DSM-IV/CIDI diagnoses with clinical reassessments. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 48:386-399.
- Krieger FV, Leibenluft E, Stringaris A, Polanczyk GV (2013) Irritability in children and adolescents: past concepts, current debates and future opportunities. *Rev Bras Psiquiatr*, 35 (Suppl 1):S32-S39.
- Lasky T, Krieger A, Elixhauser A, Vitello B (2011) Children's hospitalizations with a mood disorder diagnosis in general hospitals in the united states 2000-2006. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*, 7:5-27.
- Lazaro L, Castro-Fornieles J, de la Fuente JE, Baeza I, Morer A, Pamiás M (2007) Differences between prepubertal versus adolescent-onset bipolar disorder in a Spanish clinical sample. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 16:510-516.
- Luby J, Tandon M, Nicol G (2007) Three clinical cases of DSM-IV mania symptoms in preschoolers. *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 17:237-243.
- Marchand WR, Wirth L, Simon C (2006) Delayed diagnosis of pediatric bipolar disorder in a community mental health setting. *J Psychiatr Pract*, 12:128-133.
- Merikangas KR, Akiskal HS, Angst J, Greenberg PE, Hirschfeld RM, Petukhova M et al. (2007) Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. *Arch Gen Psychiatry*, 64:543-552.
- Merikangas KR, He JP, Burstein M, Swanson SA, Avenevoli S, Cui L et al. (2010) Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication-Adolescent Supplement (NCS-A). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 49 (suppl):980-989.
- Meyer T, Kobmann-Bohm S, Schlottke P (2004) Do child psychiatrists in Germany diagnose bipolar disorders in children and adolescents? results from a survey. *Bipolar Disord*, 5:426-431.
- Moreno C, Laje G, Blanco C, Jiang H, Schmidt AB, Olfson M (2007) National trends in the outpatient diagnosis and treatment of bipolar disorder in youth. *Arch Gen Psychiatry*, 64:1032-1039.
- Parry PJ, Levin EC (2012) Pediatric bipolar disorder in an era of "mindless psychiatry". *J Trauma Dissociation*, 13:51-68.
- Pavuluri MN, Birmaher B, Naylor MW (2005) Paediatric bipolar disorder: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 44:846-871.



- Sala R, Axelson D, Birmaher B (2009) Phenomenology, longitudinal course, and outcome of children and adolescents with bipolar spectrum disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 18:273-289.
- Sourander A (2004) Combined psychopharmacological treatment among child and adolescent inpatients in Finland. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 13: 179-184.
- Soutullo CA (2003) Pediatric bipolarity: international perspective on epidemiology and phenomenology. In AACAP Symposium 63. Scientific Proceedings (Eds K Saxena, R Kowatch, E Liebenluft, KD Chang):99-100. Miami, FL, USA, October 18 2003.
- Soutullo CA, Chang KD, Diez-Suarez A, Figueroa-Quintana A, Escamilla-Canales I, Rapado-Castro M et al. (2005) Bipolar disorder in children and adolescents: international perspective on epidemiology and phenomenology. *Bipolar Disord*, 7:497-506.
- Stringaris A, Baroni A, Haimm C, Brotman M, Lowe CH, Myers F et al. (2010) Pediatric bipolar disorder versus severe mood dysregulation: risk for manic episodes on follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 49:397-405.
- Stringaris A, Cohen P, Pine DS, Liebenluft E (2009) Adult outcomes of youth irritability: a 20-year prospective community-based study. *Am J Psychiatry*, 166:1048-1054.
- Tramontina S, Schmitz M, Polanczyk G, Rohde L (2003) Juvenile bipolar disorder in Brazil: clinical and treatment findings. *Biol Psychiatry*, 53:1043-1049.
- Uchida M, Serra G, Zayas L, Kentworthy T, Faraone SV, Biederman J (2015) Can unipolar and bipolar pediatric major depression be differentiated from each other? a systematic review of crosssectional studies examining differences in unipolar and bipolar depression. *J Affect Disord*, 176:1-7.
- Van Meter AR, Moreira AL, Youngstrom EA (2011a) Meta-analysis of epidemiologic studies of pediatric bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*, 72:1250-1256.
- Van Meter A, Youngstrom EA, Youngstrom JK, Feeny NC, Findling RL (2011b) Examining the validity of cyclothymic disorder in a youth sample. *J Affect Disord*, 132:55-63.
- Washburn JJ, West AE, Heil JA (2011) Treatment of pediatric bipolar disorder: a review. *Minerva Psychiatr*, 52:21-35.
- Wozniak J, Biederman J, Faraone SV (2013) Does sex moderate the clinical correlates of pediatric bipolar-1 disorder? Results from a large controlled family-genetic study. *J Affect Disord*, 49:269-276.
- Wozniak J, Faraone SV, Mick E, Monuteaux M, Coville A, Biederman J (2010) A controlled family study of children with DSM-IV bipolar-I disorder and psychiatric co-morbidity. *Psychol Med*, 40:1079-1088.
- Youngstrom EA, Birmaher B, Findling RL (2008) Pediatric bipolar disorder: validity, phenomenology, and recommendations for diagnosis. *Bipolar Disord*, 10:194-214.
- Youngstrom EA, Duax J (2005) Evidence-based assessment of pediatric bipolar disorder, part I: base rate and family history. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 44:712-717.

---

**Caner Mutlu**, Uzm. Dr., Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul; **Neslim Güvendeğer Doksat**, Yrd.Doç.Dr., Beykent Üniversitesi, İstanbul; **Ayten Erdoğan**, Prof.Dr., Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul.

**Yazışma Adresi/Correspondence:** Neslim Güvendeğer Doksat, Beykent Üniversitesi Psikoloji Bölümü, İstanbul, Turkey.  
E-mail: neslimdoksat@doksat.com

Bu makale ile ilgili herhangi bir çıkar çatışması bildirilmemiştir - No conflict of interest is declared related to this article

**Çevrimiçi adresi / Available online:** [www.cappsy.org/archives/vol7/no4/](http://www.cappsy.org/archives/vol7/no4/)

**Geliş tarihi/Submission date:** 1 Mart/March 1, 2015 · **Çevrimiçi yayım/Published online** 10 Nisan/April 10, 2015

---