

# Zeka Geriliği ile Birlikte Görülen İki Uçlu Duygudurum Bozukluğu ve Lityum İle Sağaltımı: Olgu Sunumu

K. Fatih Yavuz<sup>1</sup>, Dilek Sarıkaya<sup>2</sup>,  
Hüsnü Erkmən<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Psikiyatrist, <sup>2</sup>Asist. Dr., <sup>3</sup>Doç. Dr.,  
Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, İstanbul - Türkiye

## ÖZET

Zeka geriliği ile birlikte görülen iki uçlu duygudurum bozukluğu ve lityum ile sağaltımı: Olgu sunumu

Zeka geriliği toplumun yaklaşık %1-3'ünü etkilemekte ve sıklıkla komorbid bir psikiyatrik bozuklukla beraber seyretmektedir. Zeka geriliğine eşlik eden psikiyatrik bozukluklar arasında literatürde en az değinilenlerinden biri duygudurum bozukluklarıdır. Zeka geriliği olan bireylerin psikiyatrik bozuklukların belirti ve bulgularını tanımlamalarındaki zorluklar ve klinisyenlerin daha çok zeka geriliğine odaklanmaları, duygudurum bozukluklarının gözönünde bulundurulmasını engelliyor olabilir. Bu olgu sunumunda, zeka geriliğine eşlik eden iki uçlu duygudurum bozukluğu manik dönem tanısıyla izlenen erkek hasta ve tedavi süreci ele alınmaktadır.

**Anahtar kelimeler:** Zeka geriliği, iki uçlu duygudurum bozukluğu, lityum

## ABSTRACT

Mental retardation with a comorbid bipolar affective disorder and its treatment with lithium: a case report

Mental Retardation (MR) affects nearly 1-3% of the population and often goes with comorbid psychiatric disorders. According to the literature, bipolar affective disorders are among the least studied psychiatric disorders in MR. Focusing more on MR than other psychiatric disorders and for mentally retarded persons, difficulty in explaining their signs and symptoms might interfere with considering affective disorders in this population. In this case report, we present a male patient who has MR with comorbid bipolar affective disorder with manic attack, and his treatment process.

**Key words:** Mental retardation, bipolar affective disorder, lithium

Yazışma adresi / Address reprint requests to:  
Psikiyatrist K. Fatih Yavuz, Bakırköy Prof.Dr.  
Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Hastalıkları  
Hastanesi, 9. Psikiyatri Kliniği, İstanbul - Türkiye

Telefon / Phone: +90-212-543-6565/1616

Elektronik posta adresi / E-mail address:  
kfathyavuz@yahoo.com

Geliş tarihi / Date of receipt:  
04 Ocak 2011 / January 04, 2011

Kabul tarihi / Date of acceptance:  
31 Ocak 2011 / January 31, 2011

## GİRİŞ

Zeka geriliği, temel adaptif ve sosyal becerilerde bozukluk ile karakterize olan azalmış algılama kapasitesi olarak ifade edilmektedir ve toplumda yaklaşık olarak %1-3 oranında görülmektedir (1). Zeka geriliği olan bireylerin yaklaşık %30-70'inde psikiyatrik bozuklukların eşlik ettiği gösterilmiştir (2). İki uçlu duygudurum bozukluğunun zeka geriliği ile birlikteliği ise literatürde yeterince araştırılmamış ve ele alınmamıştır. Bu eksikliğin bir nedeni, klinik görünümüne eşlik eden belirti ve bulguların daha çok entelektüel kapasite eksikliğinin sonuçları olarak görülmesi olabilir (3). Bu durum, Reiss ve arkadaşları (4) tarafından tanısız gölgeleme (diagnostic overshadowing) olarak tanımlanmaktadır. Diğer bir nedense, bu bireylerin sözel becerilerindeki zayıflığın, düşünce ve duygularını ifade etmelerine

engel oluşturması olabilir. Buna bağlı olarak da, fenomenolojik bir yaklaşımla psikiyatrik bozuklukları tanımlayan günümüz tanı sistemleri yetersiz kalabilmektedir.

Tanısal sistemlerdeki manik dönem ölçütlerinin önemli bir kısmının sözel ifadeye dayanması nedeniyle, zeka geriliği olan bireylerde iki uçlu bozukluk tanısının netleştirilmesi oldukça zor bir hale gelmektedir (1). Bu hastalarda iki uçlu bozukluk tanısının konulmasında, yukarıda bahsedilen sözel beceri eksikliğinin zorlaştırıcı etkisi nedeniyle çeşitli tanısal şemalar oluşturulmuştur (5,6).

Bu yazıda, "zeka geriliğine eşlik eden psikotik bozukluk" tanısıyla takip edilen, daha sonra ise tarafımızdan "zeka geriliğine eşlik eden iki uçlu mizaç bozukluğu" olarak değerlendirilen ve lityum ile tedavi edilerek belirti ve bulgularında tam düzelme gözlenen bir olgu tartışılmaktadır. Yazım aşamasından önce olgunun ailesinden bu sunum için gerekli izin alınmıştır.

## OLGU

40 yaşındaki bekar erkek hasta, dört kardeşin üçüncüsüydü. Daha önce okula gitmemiş ve çalışmamıştı, konuşmıyordu, yakınlarını tanıyor ve ailesi ile yaşıyordu. Hastanemiz acil servisine ailesi tarafından; uykusuzluk, yerinde duramama, saldırganlık, havlar tarzda bağırma, kağıtları yırtıp dağıttıktan sonra tekrar toplama, toplum içinde soyunma, sık sık mastürbasyon yapma, sürekli olarak banyoya-tuvalete gitme şikayetleri ile getirilmişti. Acil servisimizde değerlendirildikten sonra, zeka geriliğine eşlik eden davranım bozukluğu tanısıyla servisimize yatırılmıştı. Yapılan psikiyatrik muayenesinde, hastanın özbakımının azalmış olduğu, psiko-motor aktivitesinin artmış olduğu, sözel uyaranlara cevap vermediği, görüşmeceye koopere olamadığı, sürekli olarak "pa pa" şeklinde tek heceli sözel tekrarlamaları olduğu tespit edildi.

Ailesinden alınan öyküye göre, iki yaşına kadar normal olan hastanın bu dönemde konuşamama ve sürekli ağlama şikayetleri başlamış. Hasta, şikayetlerinin olmadığı dönemlerde kendi yemeğini yiyor, tuvalet, tırnak kesme, banyo yapma gibi özbakımıyla ilgili konularla kendisi ilgilenebiliyor, ev yaşamında getir-götür işleri gibi basit emirleri yerine getirebiliyormuş. Hastanın, 22 yaşındayken başlayan, daha çok bahar aylarında olmak üzere kaybolmaları oluyormuş. Hastayı bulduklarında, çok uzak mesafelerdeki semtler arasında yürüyerek dolaştığını öğrenmişler. Ailesi, hastanın şikayetlerinin sürekli olarak devam etmediğini, dönem dönem değişik davranışlar sergilediğini, özellikle bahar aylarında 5-10 gün süren bağırma, uykusuzluk, hareketlilik, sürekli tuvalete gitme, kağıtları toplayarak "para para" diye bağırma, yerinde duramama şikayetlerinin olduğunu belirtti. Dönem dönem tekrarlayan benzer şikayetlerle psikiyatri hekimlerine başvurmuşlar, zeka geriliği olduğu söylenmiş ve ismini hatırlamadıkları psiko-farmakolojik ajanları kullanmışlar.

Hasta, hastanemize ilk olarak 2006 yılında başvurmuş ve yapılan zeka testinde orta derecede (IQ: 45-50) zeka geriliği tespit edilmiş. Hastaya, zeka geriliğine eşlik eden psikotik bozukluk tanısıyla klozapin tedavisi başlanmış, ancak nötropeni gelişmesi üzerine tedavisi sonlandırılmış. Ağustos 2008'de hastanemize ilk yatışı yapılmış. Uykusuzluk, yerinde duramama, bağırımlar şeklinde bulguları

mevcutmuş ve Elektro Konvülsif Terapi (EKT) uygulanmış. Zeka geriliği ile birlikte atipik psikoz tanısıyla taburcu edilen hastanın tedavisi, risperidon 2 mg/gün, biperiden 2 mg/gün olarak düzenlenmiş. Ailesi, taburculuk sonrası hastanın iyi olduğunu, yaklaşık bir yıl bu tedavi ile herhangi bir şikâyetinin olmadığını belirtti.

Hasta, 2009 Ekim ayında ikinci kez benzer bulgularla hastanemize yatırılmış ve dört seans EKT uygulanmış, ancak EKT sonrası uzamış epileptik nöbet görülmesi nedeni ile tedavi sonlandırılmış. Hasta nöroloji kliniği tarafından değerlendirilmiş, EEG'sinde yaygın biyo-elektrik aksama hali varlığı saptanmış ancak antiepileptik bir tedavi önerilmemiş. Beyin manyetik rezonans görüntülemesinde, sol hemisfer frontal ve temporal loblarda sinyal artışı saptanmış, ancak diffüzyonel manyetik rezonans görüntülemesinde akut iskemik lezyon düşünülmemiş. Bu sırada hastada ileus tablosunun gelişmesi üzerine, kullanmakta olduğu olanzapin 20 mg/gün tedavisi sonlandırılmış. Hastanın tedavisi ketiapin 800 mg/gün, karbamazepin 800 mg/gün, sülpirid 50 mg/gün şeklinde düzenlenmiş ve 2009 Aralık ayında kısmi salah halinde taburcu edilmiş.

2010 Ocak ayında uyuyamama, sürekli bağırma, havlar tarzda sesler çıkarma, kâğıt toplama ve yırtma gibi benzer şikayetlerle hastanemize tekrar yatırılarak ketiapin 1200 mg/gün, karbamazepin 200 mg/gün tedavisi başlanan hasta, 15 gün sonra kısmi salah halinde taburcu edilmiş. Bir hafta sonra aynı şikayetlerle acil servisimize başvurup kliniğimize yatışı yapılan hasta, tedaviye dirençli psikotik bozukluk olarak değerlendirilmiş ve tedavisi ketiapin 750 mg/gün, karbamazepin 200 mg/gün, sülpirid 600 mg/gün, klorpromazin 300 mg/gün olarak düzenlenmiş ve 2010 Şubat tarihinde kısmi salah halinde taburcu edilmiş. 20 gün sonra şikayetlerinin artması üzerine tekrar kliniğimize yatırılmış. Hastanın anksiyetesi de olabileceği düşünülerek tedavisi, ketiapin 700 mg/gün, karbamazepin 200 mg/gün, klonazepam 2 mg/gün, fluoksetin 20 mg/gün, olanzapin 20 mg/gün, biperiden 4 mg/gün şeklinde düzenlenmiş ve kısmi salah halinde taburcu edilmiş. Hasta taburcu edildikten üç gün sonra aynı şikayetlerle hastanemize yatırılmış ve tedavisi amisülpirid 1200 mg/gün, biperiden 4 mg/gün, karbamazepin 400 mg/gün, ketiapin 400 mg/gün olarak düzenlenerek kısmi salah halinde taburcu edilmiş. Üç

gün sonra yine aynı şikayetlerle servisimize yatırılan hastanın tedavisi sülpirid 800 mg/gün, biperiden 4 mg/gün, karbamazepin 400 mg/gün, klorpromazin 600 mg/gün, propranolol 40 mg/gün ve 15 günde bir züklopentiksol dekanoat 200 mg şeklinde düzenlenmiş ve belirtilerde azalma olması üzerine taburcu edilmiş.

Hasta, taburcu edildikten beş gün sonra tekrar acil servisimize getirilerek servisimize yatırıldığında, önceki tanı ve tedavileri ayrıntılı şekilde gözden geçirildi ve aile üyeleriyle hastalık sürecine dair ayrıntılı görüşmeler yapıldı. Hastada zeka geriliği ile birlikte olan iki uçlu duygudurum bozukluğu manik dönem olduğu değerlendirildi ve tedavisine lityum 900 mg/gün eklendi ve diğer tedavileri tedricen azaltılmaya başlandı. Hasta lityum tedavisine 24 saat sonra dramatik şekilde yanıt vermeye başladı ve takip eden günlerde hastanın psikomotor aktivitesi azaldı, uyku süresi düzeldi, bağırmaları ortadan kalktı, toplum önünde soyunma ve mastürbasyon davranışları sonlandı. Aile, son beş aydır hastayı hiç bu derecede iyi görmediklerini belirtti. Hastanın yatış sırasındaki belirtilerinin tamamen ortadan kalkması üzerine, tedavisi lityum 900 mg/gün şeklinde düzenlenerek taburcu edildi.

Taburculuk sonrası yapılmakta olan aylık kontrollerinde, hastada halen herhangi bir manik veya depresif dönem bulgusu saptanmamakta ve ailesinin getirdiği herhangi bir şikâyet bulunmamaktadır. Hastanın tedavisine halen lityum 1200 mg/gün ile devam edilmektedir.

## TARTIŞMA

Zeka geriliği olan bireylerin sözel ifadelendirme eksikliğine sahip olmaları nedeniyle, özellikle iki uçlu duygudurum bozukluğu tanı kriterlerine yönelik bir değerlendirmede klinisyenler zorluk yaşayabilir. Yapılan çalışmalarda, zeka geriliği olan hastalarda da iritabilite, labil duygulanım, artmış motor hareketlilik ve azalmış uyku ihtiyacı gibi bilinen manik dönem semptomları sıklıkla gözlenirken, grandiyozite ve artmış benlik saygısı daha az gözlenmektedir (7-9). DSM-IV-TR'deki manik dönem tanı kriterlerinden olan yükselmiş duygudurum, grandiyozite, düşünce uçuşması, distraktibilite gibi daha çok sözel ifadeye dayanan belirti ve bulguların zeka geriliği olan bireylerde saptanmasında güçlükler yaşanması tanı kriterlerinde

bir düzenleme yapılması ihtiyacını ortaya çıkarmıştır (8,10). Bizim olgumuzda da, konuşma yetisi olmaması nedeniyle manik dönem kriterleri tam olarak değerlendirilememiş ve daha çok manik hecmeyi düşündüren heyecanın hakim olduğu duygudurum, sinirlilik, uyku süresinde azalma, önceki durumuna göre uyumsuz davranışlarında artış, konuşma miktarında artış, işlevsellikte azalma ve toplum içerisinde cinsel organını gösterme ve aşırı mastürbasyon semptomları görülmüştür. Ayrıca olgumuzun ailesinden alınan ayrıntılı anamnezde, şikayetlerinin dönemsel özellikler göstermesi ve şikayetlerinin ortadan kalktığı dönemlerin tariflenmesi de tanı aşamasında iki uçlu duygudurum bozukluğunu düşündüren etkenlerden birisidir. Sonuç olarak, olgumuzun kliniği literatürdeki zeka geriliği ile birlikte görülen iki uçlu bozukluk olgularıyla benzer bir klinik görünüm arz etmektedir (8,10). Güncel tanısın sınıflama sistemleri, henüz zeka geriliğine eşlik eden Eksen I bozukluklarının fenomenolojik görünümüne ve buna bağlı olarak da tanısın kriterlerine yer vermemektedir. Bu nedenle, zeka geriliği olan bireylerde görülen duygudurum bozukluğu tablolarının tanısın sınıflama sistemlerinde adlandırılma problemleri devam etmektedir. Bu yetersizlikler nedeniyle, tanısın adlandırılmada, bu yazıda anlatılan olgunun, 'iki uçlu duygudurum bozukluğu tip 1' olarak mı, yoksa 'başka türlü adlandırılmayan iki uçlu duygudurum bozukluğu' olarak mı adlandırılacağı hususu belirsizliğini sürdürmektedir. Bu alanda yapılacak olan tanı odaklı çalışmalar, gelecekte bu eksiklikleri ortadan kaldıracaktır.

Olgumuzun aile öyküsünde herhangi bir duygudurum bozukluğu varlığı saptanmamıştır. Hiroshi ve arkadaşlarının (10) araştırmalarında da, iki uçlu duygudurum bozukluğu olan ve olmayan zeka geriliğine sahip bireylerin aile öyküsü açısından bir fark saptanmamıştır. Ancak olgu sayıları göz önüne alındığında, ailesel yükünlüğün değerlendirilebilmesi için daha çok sayıda vaka ile araştırmalar yapılmalıdır.

Zeka geriliği ile beraber seyreden iki uçlu duygudurum bozukluğu vakalarına dair literatürdeki olgu bildirimleri ve çift kör izlem çalışmalarında, duygudurum dengeleyici olarak kullanılan lityum ile belirgin bir iyileşme gözlemlenmektedir (11-13). Valproik asidin etkinliğine dair olgu bildirimleri daha az olmakla birlikte, Kastner ve arkadaşları (14) tarafından yapılan izlem çalışmasında valproik

asidin zeka geriliği olan bireylerdeki duygudurum belirtilerine yönelik etkililiği gösterilmiştir. Karbamazepinin etkililiğine dair ise literatürde sınırlı sayıda veri vardır (15) ve bizim olgumuzda da, davranım bozukluğu tanısı düşünülerek de olsa karbamazepin tedavisi uygulanmış, ancak hastanın kliniğinde belirgin bir düzelme gözlenmemiştir. Lityum tedavisine başladıktan 24 saat sonra olgumuzun psikomotor aktivitesinde azalma görülmüş ve takip eden birkaç gün içinde semptomları hızlı bir şekilde ortadan kalkmıştır. Lityumun hızlı yükleme şeklinde uygulanmasını takiben manik semptomlarda hızlı bir şekilde azalma görülmesi literatürde yer alan, ancak etkililiği tekrar gösterilmesi gereken bir seçenektir (16). Yine literatürde, EKT'nin zeka geriliği olan bireylerdeki afektif tablolarla

etkili olduğu gösterilmiştir (17). Bu olguda da, literatürle uyumlu olarak, EKT etkili olmuş, ancak uzamış nöbet tespit edilmesi nedeniyle tedavi sonlandırılmak zorunda kalınmıştır.

Sonuç olarak, zeka geriliği birçok psikiyatrik bozukluğun görünümünde değişikliğe yol açmakta ve klinisyenler için zorlayıcı olabilmektedir. Bu yazıda, zeka geriliği olan bireylerdeki davranış değişikliklerinin kaynağının her zaman davranım bozukluğu veya psikotik bozukluklar olmayabileceği, benzer durumlarda afektif bozuklukların da göz önünde tutulması gerektiği bir olgu üzerinden gösterilmeye çalışılmıştır. Bahsedilen zorluklardan dolayı bu alanda daha fazla klinik araştırmaların yapılmasına ihtiyaç vardır.

## KAYNAKLAR

- King BH, Hodapp RM, Dykens EM. Mental Retardation: In Sadock BJ and Sadock VA (editors). Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Eight Ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005, 3085-3098.
- Szymanski L, Madow L, Mallory G, Menolascino F, Pace L, Eidelman S. Task Force Report 30: Psychiatric Services to Adult Mentally Retarded and Developmentally Disabled Persons. Washington: American Psychiatric Association Press, 1990.
- McCracken JT, Diamond RP. Case study bipolar disorder in mentally retarded adolescents. J Am Acad Child Adol Psychiatry 1988; 27:494-499.
- Reiss S, Levitan GW, Szyszko J. Emotional disturbance and mental retardation: diagnostic overshadowing. Am J Ment Defic 1982; 86:567-74.
- Sovner R, Hurley AD. Do the retarded suffer from affective illness? Arch Gen Psychiatry 1983; 40:61-67.
- Sovner R, Lowry MA. A behavioral methodology for diagnosing affective disorders in individuals with mental retardation. Habilitative Mental Healthcare Newsletter 1990; 9:7.
- Sovner R, Hurley AD. Diagnosing mania in the mentally retarded. Psychiatric Aspects of Mental Retardation 1982; 1:10-12.
- Ruedrich S, Noyers-Hurley AD, Sovner R. Treatment of Mood Disorders in Mentally Retarded Persons: In Došen A, Day K (editors). Treating Mental Illness and Behavior Disorders in Children and Adults With Mental Retardation. Washington: American Psychiatric Press Inc., 2001, 201-203.
- Sturme P. Psychopathology: Depression, Anxiety, and related Disorders: In Matson JL (editor). Handbook of Assessment in Persons with Intellectual Disability. London: Elsevier Inc., 2007, 209-210.
- Hiroshi K, Hirokazu O, Kaoru S, Hisateru T. Bipolar disorders in mentally retarded persons with pervasive developmental disorders. J Dev Phys Disabil 2004; 16:377-389.
- Reid AH, Naylor GJ. Short cycle manic depressive psychosis in mental defectives: a clinical and psychological study. J Ment Defic Res 1976; 20:67-76.
- Naylor GJ, Donald JM, Le Poidevin D, Reid AH. A double-blind trial of long-term lithium therapy in mental defectives. Br J Psychiatry 1974; 124:52-57.
- Rivinus TM, Harmatz JS. Diagnosis and lithium treatment of affective disorder in the retarded: five case studies. Am J Psychiatry 1979; 136:551-554.
- Kastner T, Finesmith R, Walsh K. Long-term administration of valproic acid in the treatment of affective symptoms in people with mental retardation. J Clin Psychopharmacol 1993; 13:448-451.
- Vanstraelen M, Tyrer SP. Rapid cycling bipolar affective disorder in people with intellectual disability: a systematic review. J Intellect Disabil Res 1999; 43:349-359.
- Moscovich DG, Shapira B, Lerer DB, Belmaker RH. Rapid lithiumization in acute manic patients. Hum Psychopharmacol 1992; 7:343-345.
- Kessler RJ. Electroconvulsive therapy for affective disorders in persons with mental retardation. Psychiatr Q 2004; 75:99-104.