

**T.C.
ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI**

**YİNELEYEN DEPRESİF BOZUKLUK VE BİPOLAR BOZUKLUK TANILI
EBEVEYNLERİN ERGENLİK ÇAĞINDAKİ ÇOCUKLARI VE EŞLEŞTİRİLMİŞ
SAĞLIKLI KONTROLLERİN ERGENLİK ÇAĞINDAKİ ÇOCUKLARINDA
DUYGUSAL ÇATIŞMALARIN ÇÖZÜMLENMESİ VE YIKICI DUYGUDURUM
BOZUKLUĞU TANISININ YAYGINLIĞI**

DR. ZEHRA TOPAL

**TIPTA UZMANLIK TEZİ
DANIŞMAN: DOÇ. DR. ALİ EVREN TUFAN**

BOLU

2016

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca akademik desteğini hiçbir zaman esirgemeyen; bilgiye ulaşmayı ve bilgiyi paylaşmayı her daim destekleyen ve kolaylaştıran, tez araştırma sürecimde başından beri alandaki ilgi ve isteklerimi göz ardı etmeden tecrübeleriyle beni yönlendiren, asistanı olmaktan ilk günden bu yana gurur duyduğum ve kendimi şanslı hissettiğim Sayın Hocam Doç. Dr. Ali Evren Tufan'a sonsuz teşekkürü borç bilirim.

Rotasyon sürecim boyunca kendimi anabilim dallarının bir üyesi olarak hissettiğim, psikiyatri branşına olan ilgimi ve sevgimi pekiştiren başta Sayın Hocam Prof. Dr. Mustafa Sercan ve tez araştırma sürecimde desteklerini esirgemeyen Doç. Dr. Osman Yıldırım ve Uzm. Dr. Taha Can Tuman olmak üzere Psikiyatri AD' daki tüm Hocalarıma ve değerli asistan arkadaşlarıma teşekkür ediyorum.

Uzmanlık eğitimim içerisinde Doç. Dr. A. Evren Tufan ile beraber desteklerini gördüğüm, tez çalışmam ve diğer araştırmalarda görev alabilmem için nöropsikolojik test eğitimi almamı sağlayan Prof. Dr. Bengi Semerci'ye çok teşekkür ediyorum.

Uzmanlık eğitim sürecinde birlikte uyum içinde çalışmaktan keyif aldığım ve tanıma fırsatı bulduğum için kendimi şanslı hissettiğim başta Dr. Nuran Demir olmak üzere Çocuk Psikiyatri AD. daki tüm arkadaşlarıma ayrı ayrı teşekkür ediyorum.

Ve tabii ki varlıkları mutluluk sebebi olan canım aileme sonsuz teşekkürler.

YİNELEYEN DEPRESİF BOZUKLUK VE BİPOLAR BOZUKLUK TANILI EBEVEYNLERİN ERGENLİK ÇAĞINDA ÇOCUKLARI VE EŞLEŞTİRİLMİŞ SAĞLIKLI KONTROLLERİN ERGENLİK ÇAĞINDAKİ ÇOCUKLARINDA DUYGUSAL ÇATIŞMALARIN ÇÖZÜMLENMESİ VE YIKICI DUYGUDURUM BOZUKLUĞU TANISININ YAYGINLIĞI

ÖZET:

ÖZET:

Amaç: Son yıllarda yapılan araştırmalar çocukluktaki epizodik irritabilitenin erişkinlikteki bipolar bozuklukla, ağır ve süregelen irritabilitenin ise daha çok unipolar depresyon ve anksiyete bozuklukları ile ilişkili olduğunu göstermiştir (Stringaris ve ark. 2009, 2012). Bu çalışmalar doğrultusunda DSM 5'te yeni bir tanı olarak kronik irritabilite ve öfke patlamaları yaşayan çocukları tanımlayan Yıkıcı Duygu durum Düzensizliği Bozukluğu (YDDB) tanısı Depresif Bozukluklar başlığı altında yer almıştır. Bu çalışmada Yineleyen Major Depresif Bozukluk ve Bipolar Bozukluk tanılı ebeveynlerin çocuklarında ruhsal bozuklukların yapılandırılmış görüşme ile değerlendirilmesi, YDDB tanısının yaygınlığı, bilişsel (Stroop Testi- TBAG formu) ve emosyonel çatışmaların (Emosyonel Stroop) çözümlenmesinin değerlendirilmesi ve sağlıklı kontrollerin çocukları ile karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: 2015 Ocak-Haziran ayları arasında araştırma merkezine başvuran ve Depresyon ve ilişkili Bozukluklar ile Bipolar ve ilişkili Bozukluklar tanılarını almış erişkin hastaların geriye dönük dosya taraması yapılmıştır. Yapılan taramalar sonucunda Yineleyen Depresif Bozukluk ve Bipolar Bozukluk tanılarını karşıladığı düşünülen hastalara ulaşılmış ve 12-16 yaş arası çocuğu olup dışlama ölçütleri dışında kalan hastalar SCID ile değerlendirilmiştir. Sonuçta çalışmamızda yineleyen depresif bozukluk, bipolar bozukluk ve sağlıklı kontrol grubunda toplam 81 aile ve 90 çocuk yer almıştır. Çocuklara KDSADS uygulanmış, ek olarak KDSADS içerisinde yer almayan, araştırmacılar tarafından DSM 5 ölçütlerine dayalı olarak oluşturulan ve ön analizleri yapılan YDDB modulu uygulanmıştır. Çocuklarda bilişsel çatışma çözümlemesi için Stroop testi TBAG formu, emosyonel çatışma çözümlemesi için araştırmacılar tarafından oluşturulan ve ön analizleri yapılan yüz-kelime paradigmasına dayalı emosyonel stroop testi uygulanmıştır.

Bulgular: K-SADS ile yapılan değerlendirmelerde en sık karşılanan tanı %18.9 ile DEHB iken bunu %10.1 ile ayrılık anksiyetesi, %7.9 ile KOKGB takip etmektedir. Ebeveyn bildirimlerine göre hiç bir çocuk herhangi bir DDB tanısı almaz iken çocuk bildirimlerinde %5.5 çocuk yaşam boyu MDB

tanısını karşılamaktadır. Tüm örnekleme ebeveynlerden alınan bilgilerle Yıkıcı Duygudurum Düzensizliği Bozukluğu DSM-5 tanı ölçütleri sorgulandığında 5 olgunun (% 5.5) değerlendirme sırasında ve yaşam boyu bu tanıyı karşıladığı saptanmıştır. Ergenlerden alınan bilgilerle ise bu oran % 4.4 (n=4) olarak saptanmıştır. Ebeveynlerden alınan bilgilere göre tanı alan olguların üçü UP, geri kalanları ise BP grubundandır. Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeği-Disregülasyon profili T puanı > 210 olan çocukların duygudurum düzenleme sorunları ile karakterize olan bir patolojiyi gösterebileceği kabul edildiğinde (Mbekou ve ark. 2014) hem anne hem de babaların doldurduğu ölçeklerde ikişer olgunun (% 2.2) patolojik sınırdaki skorlar elde ettiği görülmüştür. Bu olgulardan biri UP, diğeri ise BP grubundadır. Stroop testi TBAG formunda tüm kartlarda testi tamamlama süreleri BP > UP > kontrol şeklinde sıralanmaktadır. Emosyonel Stroop testinde ise BP grubundaki ergenlerin UP ve kontrol gruplarına göre anlamlı ölçüde daha geç yanıt verdikleri görülmüştür (Mann-Whitney U testi, Ki Kare= 6.2, p=0.05).

Sonuç: Bu araştırmada Hem ebeveyn hem de çocuklardan alınan bilgilere göre tüm gruplarda en sık tanının DEHB olduğu, tüm örnekleme ebeveynlerden alınan bilgilerle 5 olgunun (% 5.5) YDDDB tanısını karşıladığı, YDDDB tanısı için UP ve BP gruplarında anlamlı fark saptanamadığı, Stroop Testi-TBAG formunda BP tanılı ebeveynlerin çocuklarının anlamlı derecede uzun yanıt latansı gösterdiği, emosyonel Stroop paradigmasında BP ebeveyn çocuklarının diğer iki gruba göre anlamlı ölçüde daha geç yanıt verdikleri ve daha çok hata yaptıkları ancak bu farkın son deneme bloku içerisinde ortadan kalktığı görülmüştür

EMOTIONAL CONFLICT RESOLUTION AND PREVALENCE OF DISRUPTIVE MOOD DYREGULATION DISORDER IN ADOLESCENT OFFSPRING OF PARENTS DIAGNOSED WITH RECURRENT DEPRESSIVE DISORDER AND BIPOLAR DISORDER AND MATCHED HEALTHY CONTROLS

ABSTRACT:

Aim: Recent studies demonstrated that episodic irritability in childhood is related with bipolar disorder in adulthood while severe and chronic irritability is more closely related with unipolar depression and anxiety disorders in adulthood (Stringaris et al. 2009, 2012). In accordance with those studies the novel diagnosis of Disruptive Mood Dysregulation Disorder (DMDD) is listed under the heading of Depressive Disorder in DSM-5. In this study, it was aimed to evaluate the psychopathologies of parents diagnosed with Recurrent Major Depressive Disorder and Bipolar Disorder with structured interviews, to determine the prevalence of DMDD diagnosis and to evaluate the resolution of cognitive (Stroop Test- TBAG Form) and emotional (Emotional Stroop) conflicts in comparison with children of healthy controls.

Method: Records of adult patients who applied to the study center in between January and June 2015 and diagnosed with Depressive and Related Disorders and Bipolar and related disorders were retrospectively reviewed. After those reviews, patients who were judged to fulfill criteria for Recurrent Major Depressive disorder and Bipolar Disorder were contacted and those who did not fulfill exclusion criteria with offspring between 12-16 years were evaluated with SCID. As a result, 90 offspring from 81 families from recurrent depressive disorder, bipolar disorder and healthy control groups were included in the study. The children were evaluated with K-SADS also, the DMDD module which was not listed in the K-SADS but was developed by the investigators according to DSM-5 criteria was given after preliminary analyses. TBAG form of the Stroop Test was given to evaluate cognitive conflict resolution while emotional stroop test which was developed by the investigators via word- face paradigm was employed after appropriate preliminary analyses.

Results: The most common diagnosis according to K-SADS evaluations was ADHD (18.9 %) followed by Separation Anxiety Disorder (10.1 %) and Oppositional Defiant Disorder (7.9 %). None of the children were diagnosed with mood disorders according to parental reports while according to children's reports 5.5 % fulfilled criteria for lifetime MDD. Among the whole sample questioned for DSM-5 DMDD criteria according to parental reports 5 cases (5.5 %) of lifetime DMDD were found. This rate was found to be 4.4 % (n=4) according to children's reports. Three

of the DMDD cases according to parental reports were from UP while the rest was from the BP group. In accordance with previous reports (Mbekou et al. 2014), when children with Child Behavior Checklist- Dysregulation Profile T scores > 210 were judged to display a pathology characterized with problems in mood regulation problems, two cases each (2.2 %) in forms filled by both mothers and mothers were found to be in the pathological range. One of those was from the UP group while the other was from the BP group. Completion times for all cards in the Stroop Test- TBAG form was ranked as BP > UP > Controls. In the emotional Stroop test adolescent offspring in the BP group were found to respond significantly later than those in UP and control groups (Mann-Whitney U test, Chi Square= 6.2, p=0.05).

Conclusion: In this study, it was found that ADHD was the most common diagnosis in all groups via both parental and child reports, that 5 cases of DMDD (5.5 %) were found in the whole sample according to parental reports, that no significant difference for the DMDD diagnosis could be found between UP and BP groups, that offspring of parents with BP diagnosis displayed significantly longer response latencies in the Stroop Test- TBAG form, and that offspring of BP parents responded significantly later than the other two groups as well as committing significantly more frequent errors. This difference however ceased to exist in the last trial block.

İÇİNDEKİLER

TÜRKÇE ÖZET	iii
İNGİLİZCE ÖZET.....	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. DUYGUDURUM BOZUKLUKLARI.....	4

2.1.1.	Tanımı ve Tarihçesi	4
2.1.2.	Çocuk ve Ergenlerde Duygudurum Bozuklukları.....	5
2.1.2.1.	Çocuk ve Ergenlerde Depresyon.....	6
2.1.2.1.1.	Epidemiyoloji.....	6
2.1.2.1.2.	Etiyoloji.....	7
2.1.2.1.3.	Klinik.....	8
2.1.2.2.	Çocuk ve Ergenlerde Bipolar Duygudurum Bozukluğu	9
2.1.2.2.1.	Epidemiyoloji.....	9
2.1.2.2.2.	Etiyoloji.....	10
2.1.2.2.3.	Klinik	10
2.1.3.	Yıkıcı Duygudurum Düzensizliği Bozukluğu.....	11
2.1.3.1.	Tanımı.....	11
2.1.3.2.	Epidemiyoloji.....	13
2.1.3.3.	Kliniği ve Seyri.....	14
2.2.	DUYGUDURUM BOZUKLUĞU OLAN ANNE BABALARIN ÇOCUKLARI İLE YÜRÜTÜLMÜŞ OLAN ARAŞTIRMALAR.....	15
2.2.1.	Major Depresif Bozukluk tanılı anne babaların çocukları ile yürütülmüş olan araştırmalar.....	15
2.2.2.	Bipolar Bozukluk tanılı anne babaların çocukları ile yürütülmüş olan araştırmalar.....	15
2.2.3.	Unipolar depresyon , diğer ruhsal bozukluk ve bipolar bozukluk tanılı anne babaların çocuklarını karşılaştırmış olan araştırmalar.....	20
2.2.4.	Ülkemizde duygu durum bozukluğu olan anne babaların çocukları ile yürütülmüş olan araştırmalar.....	22
2.3.	EMOSYON KAVRAMI VE BİLİŞSEL VE EMOSYONEL ÇATIŞMALARIN ÇÖZÜMLENMESİ.....	28
2.3.1.	Tanım.....	28
2.3.2.	Bilişsel ve Emosyonel Çatışmalar ve çözümlenmeleri.....	29
2.3.3.	Emosyonel Stroop Paradigmaları.....	31
3.	GEREÇ VE YÖNTEM	
3.1.	Araştırmanın Örnekleme.....	32
3.2.	Araştırma Deseni.....	32
3.3.	Deneklerin Seçimi.....	33
3.3.1.	Araştırma Grupları.....	33

3.3.2 Kontrol Grubu.....	33
3.4 Araştırmada Kullanılan Gereçler.....	34
3.4.1 Görüşme Formu.....	34
3.4.2 Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (K-SADS-PL).....	34
3.4.3 DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I).....	34
3.4.4 Durumluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği (STAI).....	35
3.4.5 Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği (ÇDÖ).....	36
3.4.6 Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ).....	36
3.4.7 Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği.....	36
3.4.8 Pubertal Değerlendirme.....	37
3.4.9 Çocuk ve Gençlerde Davranış Değerlendirme Ölçeği-Disregülasyon Profili (CBCL-DP).....	37
3.4.10 Belirti Tarama Listesi (SCL90-R).....	39
3.4.11 Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü- Çocuk Emosyonel Yüzleri Resim Seti (NIMH-CheFS).....	39
3.4.12 Türkçede Duygusal ve Anlamsal Değerlendirmeli Norm Veri tabanı (TÜDADEN).....	40
3.4.13 Stroop Testi- TBAG formu.....	41
3.4.14 Emosyonel Stroop Paradigması.....	41
3.4.15 Sosyoekonomik düzeyin belirlenmesi.....	42
3.5. İstatistik Analizler.....	42
4. BULGULAR.....	
4.1. Klinisyenler üzerinde NIMH-CheFS Fotoğraf Seti Ön Geçerliğinin Belirlenmesi.....	43
4.2. Sağlıklı Ergenler üzerinde NIMH-CheFS Fotoğraf Seti Ön Geçerliğinin Belirlenmesi.....	43
4.3. Klinisyenler üzerinde Türkçe’de Duygusal ve Anlamsal Değerlendirmeli Norm Veri Tabanı (TÜDADEN) uyaran setlerinin ön geçerliğinin belirlenmesi.....	44
4.3.1. TÜDADEN Soyutluk/ Somutluk verileri.....	44
4.3.2. TÜDADEN Baskınlık (Dominans) Verileri.....	45
4.3.3. TÜDADEN Uyarılma (Arousal) verileri.....	45
4.3.4. TÜDADEN Emosyonel Değerlik (Olumlu/ Olumsuz, valens) verileri.....	46
4.4. Sağlıklı ergenler üzerinde Türkçe’de Duygusal ve Anlamsal Değerlendirmeli Norm Veri Tabanı (TÜDADEN) uyaran setlerinin ön geçerliğinin belirlenmesi (Soyutluk/ somutluk, Baskınlık, Uyarılma, Emosyonel Değerlik).....	47
4.5. Okul çağı çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu’na (K-SADS-PL) eklenen Yıkıcı Duygudurum Düzensizliği Bozukluğu Değerlendirmesi’nin ön geçerliğinin belirlenmesi.....	47
4.6.Sosyodemografik ve klinik bulgular.....	48
4.7.Ergenlerin pubertal gelişimi ile ilgili bulgular.....	50
4.8. Psikolojik testlerle ilgili bulgular.....	51

4.8.1. Ebeveynlerin kendileri için doldurduğu psikolojik testlerle ilgili bulgular.....	51
4.8.1.1. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği.....	51
4.8.1.2. Belirti Tarama Listesi.....	53
4.8.1.3. Durumluk/ süreklilik Kaygı Ölçeği- Süreklilik alt testi.....	54
4.8.1.4. Aile İşlevleri Değerlendirme Ölçeği.....	55
4.8.1.5. Beck Depresyon Ölçeği.....	57
4.8.2. Ebeveynlerin çocukları için doldurduğu psikolojik testlerle ilgili bulgular.....	58
4.8.2.1. DSM-IV'e Dayalı Yıkıcı Davranış Bozuklukları için Tarama ve Değerlendirme Ölçeği.....	58
4.8.2.2.Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeği- Disregülasyon Profili.....	60
4.8.3. Çocukların kendileri için doldurduğu psikolojik testlerle ilgili bulgular.....	62
4.8.3.1. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği.....	62
4.8.3.2. Durumluk/ Süreklilik Kaygı Ölçeği- Süreklilik Alt testi.....	63
4.8.3.3. Çocuk Depresyon Ölçeği.....	63
4.8.4. Çocuklarda psikopatolojilerin ve Yıkıcı Duygudurum Düzensizliği Bozukluğu tanısının yaygınlığı ile ilgili bulgular.....	64
4.8.5. Stroop Testi- TBAG formu ile değerlendirilen bilişsel çatışmaların çözümü ile ilgili bulgular.....	67
4.8.6. Emosyonel Stroop Paradigması ile değerlendirilen emosyonel çatışmaların çözümü ile ilgili bulgular.....	69
5. TARTIŞMA	71
6. SONUÇ.....	79
7. KAYNAKLAR.....	81
8. Ekler.....	95
9. ÖZGEÇMİŞ.....	112

YİNELEYEN DEPRESİF BOZUKLUK VE BİPOLAR BOZUKLUK TANILI EBEVEYNLERİN ERGENLİK ÇAĞINDA ÇOCUKLARI VE EŞLEŞTİRİLMİŞ SAĞLIKLI KONTROLLERİN ERGENLİK ÇAĞINDAKİ ÇOCUKLARINDA DUYGUSAL ÇATIŞMALARIN ÇÖZÜMLENMESİ VE YIKICI DUYGUDURUM BOZUKLUĞU TANISININ YAYGINLIĞI

1. GİRİŞ VE AMAÇ

DSM-IV-TR içerisindeki tanımı ile duygu durum bozuklukları; depresif bozukluklar (Major Depresif Bozukluk, Distimi ve BTA Depresif Bozukluk) ve bipolar bozukluklardan (Bipolar I, II ve BTA Bipolar Bozukluk) oluşmaktadır (APA 2000). Epidemiyolojik araştırmalar dünya çapında depresif bozuklukların anlık yaygınlığının % 8.5 olabileceğini, bipolar bozuklukların anlık yaygınlığının ise % 4.0- 7.0 arasında değişebildiğini düşündürmektedir (Ayuso-Mateos ve ark. 2001, Abell ve Ey 2009).

Gerek bipolar bozukluğu olan, gerekse depresif bozukluğu bulunan ebeveynlerin çocukları çeşitli ruhsal bozuklukların gelişimi için artmış risk göstermektedir. Birçok çalışma bipolar bozukluk tanılı ebeveyne sahip çocuklarda depresif ve bipolar bozuklukları içeren duygu durum bozukluklarının ve Dikkat Eksikliği/ Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) gibi davranışsal bozuklukların görülme sıklığının arttığını bildirmektedir (Youngstrom ve ark. 2003). Lapalme ve arkadaşlarının yaptığı meta-analiz (1997) sonucunda bipolar bozuklukları olan ebeveynlerin çocuklarında duygu durum bozukluğu gelişme riskinin 4 kat arttığı saptanmıştır. Benzer şekilde yaşam boyu depresyon öyküsü olan ebeveynlerin çocuklarının “irritabilite” (“sıkıntılı, sabırsız, kolayca ve şiddetli olarak öfkelenen bir duygu durumu”, Snaith ve Taylor 1985) gösterme açısından risk altında olduğu bildirilmektedir (Dougherty ve ark. 2013). Ek olarak depresyonları daha ağır seyreden annelerin çocuklarının daha şiddetli içe ve dışa yönelim sorunları yaşama eğiliminde oldukları ve bu sorunların irritabilite ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (Cents ve ark. 2013). Ebeveynlerinde tekrarlayan depresyon öyküsü olan ve bu ebeveynlerin yakın zamanda depresif epizod geçirmiş olduğu çocuklar; ebeveynlerinde sadece tekrarlayan depresyon öyküsü

olan ve yakın zamanda depresif epizod geçirmemiş olanlara göre anlamlı ölçüde daha çok depresif belirti göstermektedir (Mars ve ark. 2012). Wiggins ve arkadaşları (2014) babada depresyon öyküsünün de çocuklarda irritabiliteyi artırdığını göstermiştir. Dolayısıyla ebeveynlerinde depresif bozukluk öyküsü olan çocukların içe ve dışa yönelim bozuklukları ve irritabilite açısından risklerinin artmış olduğu ve bu riskin hem anne hem babada bulunan bozukluklar için geçerli olduğu söylenebilir.

Yıkıcı Duygu durum Düzensizliği Bozukluğu (YDDB), DSM-5 de yer alan yeni bir tanı olup süregelen irritabilite ve öfke patlamaları ile karakterizedir. YDDB tanısını koyabilmek için çocuk/ergenin en az bir yıldır yakınmalarının olması, haftada en az 3 kere tetikleyicilerle orantılı olmayan öfke patlamaları yaşaması, öfke patlamalarının dışındaki dönemlerde de hemen her gün ve günün çoğu zamanında devam eden irritabilite ve sinirlilik gözlenmesi ve yakınmaların 10 yaşından önce başlaması gerekmektedir (APA 2013). YDDB tanısı 6 yaşından önce ve 18 yaşından sonra konulamamaktadır.

Süregelen irritabilite ve öfke patlamaları sergileyen bu çocukların bipolar bozukluğun çekirdek belirtilerini sergilememelerine karşın geçmişte bipolar bozukluk (“geniş fenotip”) tanısı aldıkları bildirilmektedir (Copeland ve ark. 2013). Bu yaklaşımda bazı araştırmacıların pediatrik bipolar bozukluğun maninin çekirdek belirtilerinin sergilenip sergilenmemesine göre “geniş fenotip” ve “dar fenotip” olarak ayrılmasını önermeleri de rol oynamıştır. Bu tanımlamaya göre “dar fenotip”, klasik mani/hipomani semptomlarını sergileyen olguları, “geniş fenotip” ise (geçmişte “Ağır Duygu durum Düzensizliği Bozukluğu” olarak da adlandırılmıştır) mani/hipomaninin çekirdek belirtilerini içermeyen, süregelen (epizodik olmayan) irritabilite ve aşırı uyarılma belirtilerini sergileyen vakaları tanımlamaktadır (Leibenluft ve ark. 2003a, Leibenluft 2011). Geniş fenotip sınıflamasına ikincil olarak son yirmi yılda çocuk ve ergenlerde bipolar bozukluk tanısı alanların sayısında dramatik bir artış gerçekleşmiştir (Krieger ve ark. 2013). Ancak son yıllarda yapılan araştırmalar çocuk ve ergenlerde epizodik irritabilite ile süregelen irritabilitenin birbirinden farklı seyir sergilediğini de göstermiştir (Deveney ve ark. 2013, Krieger ve ark. 2013). Bu verilere göre çocuklukta epizodik irritabilite erişkinlikteki bipolar bozuklukla ilişkili iken, ağır ve süregelen

irritabilite ise daha çok unipolar depresyon ve anksiyete bozuklukları ile ilişkili görünmektedir (Stringaris ve ark. 2009, 2012).

Bilebildiğimiz kadarıyla ülkemizde sağlıklı kontroller ve Yineleyen Major Depresif Bozukluk ve Bipolar Bozukluk (Tip I ve II) tanılı ebeveynlerin çocuklarında YDDB tanısının yaygınlığı, ve emosyonel ve bilişsel çatışmaların çözömlenmesi ile ilişkisi henüz araştırılmamıştır. Dolayısıyla bu araştırmada aşağıdaki hedefler gözetilmiştir:

- a) Yineleyen Major Depresif Bozukluk ve Bipolar Bozukluk (Tip I ve II) tanılı ebeveynlerin çocuklarındaki ruhsal bozuklukların yapılandırılmış görüşme ile değerlendirilmesi ve sağlıklı kontrollerin çocukları ile karşılaştırılması
- b) Yineleyen Major Depresif Bozukluk ve Bipolar Bozukluk (Tip I ve II) tanılı ebeveynlerin çocuklarında YDDB yaygınlığının DSM-5 ölçütlerine göre araştırılması ve sağlıklı kontrollerin çocukları ile karşılaştırılması
- c) Yineleyen Major Depresif Bozukluk ve Bipolar Bozukluk (Tip I ve II) tanılı ebeveynlerin çocuklarında bilişsel (Stroop Testi- TBAG formu) ve emosyonel çatışmaların (Emosyonel Stroop) çözömlenmesinin değerlendirilmesi ve sağlıklı kontrollerin çocukları ile karşılaştırılması

2. GENEL BİLGİLER

2.1.DUYGUDURUM BOZUKLUKLARI

2.1.1. Tanımı ve Tarihçesi

“Duygu durum bozuklukları” terimi, temel olarak duygulanım düzenlemede işlevi bozacak düzeyde sorun yaşayan bireylerde gözlenen ruhsal bozuklukları tanımlamakta kullanılmaktadır. Duygu durum bozuklukları, aşırı neşe, hareketlilik, büyüklenmecilik (“grandiyozite”) ile karakterize mani dönemleri ve çökkünlük, durgunluk, suskunluk ve yaşamdan ve geçmişte zevk alınan etkinliklerden zevk alamama (“anhedoni”) ile karakterize depresyon dönemleri ile ortaya çıkabilir. Ayrıca bu iki dönemin belirtileri, karışık olarak birlikte de ortaya çıkabilir (“karma dönem”) (Ağaoğlu 2008, Gökler 2008).

Duygu durum bozukluklarının tarihi M.Ö 400 civarına dek uzanmaktadır. Hipokrat duygu durum ile ilgili bozukluklara vücuttaki kan, lenf, sarı ve kara safranin dengesindeki bozulmanın neden olabileceğini (“humoral teori”) ve melankoli, taşkınlık ve şüphenin kara safra ve lenf düzeyleri ile ilişkili olduğunu öne sürmüştür (Angst 2000).

M.S. 1. Yüzyılda Aretaeus “çılgınlık” anlamında “mani” terimini kullanmış ve mani ile melankoli arasında ilişki olduğunu ileri sürmüştür (Angst 2000, Shorter 2012). Bu gün bildiğimiz anlamda depresyonun belirtileri ve içsel yaşantısı Richard Burton’un 1621 yılında yayınlanmış olan “The Anatomy of Melancholy” adlı kitabında tarif edilmiş olsa da, depresyonun ruhsal bir hastalık olarak sınıflandırılması ilk kez Kraepelin tarafından 1896 yılında yapılmıştır (Burton 1621, 2001, Gökler 2008, Shorter 2012). Kraepelin bu durumu “Manik Depresif Hastalık” olarak adlandırmıştır. 1957 de ise Karl Leonhard unipolar depresyon ve bipolar bozukluğu ayrı klinik antiteler olarak sınıflandırmıştır. (Shorter 2012).

Günümüzde ise klinik görünüm, belirtilerin seyri ve sayısı, tedavi yanıtına göre çeşitli sınıflandırma sistemleri kullanılmakla birlikte Amerikan Psikiyatri Birliği'nin 2013 yılında yayınladığı Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı'nın beşinci baskısında (DSM-5) duygu durum bozuklukları şu şekilde sınıflandırılmaktadır:

I. DEPRESİF BOZUKLUKLAR

I.1. Yıkıcı Duygu durum Düzensizliği Bozukluğu

I.2. Major Depresif Bozukluk

I.3. Süreğen (İnatçı) Depresif Bozukluk

I.4. Premenstrual depresif Bozukluk

I.5. Madde ya da İlaçla Ortaya Çıkan Depresif Bozukluk

I.6. Başka tıbbi Durumlardan Kaynaklanan Depresif Bozukluk

I.7. Diğer Belirlenmiş Depresif Bozukluk

I.8. Belirlenmemiş Depresif Bozukluk

II. BİPOLAR VE İLİŞKİLİ BOZUKLUKLAR

II.1. Bipolar I Bozukluk

II.2. Bipolar II Bozukluk

II.3. Siklotimik Bozukluk

II.4. Madde/ İlaçla Ortaya Çıkan Bipolar ve İlişkili Bozukluklar

II.5. Diğer Tıbbi Durumlardan Kaynaklanan Bipolar ve İlişkili Bozukluklar

II.6. Diğer Belirlenmiş Bipolar ve İlişkili Bozukluklar

II.7. Belirlenmemiş Bipolar ve İlişkili Bozukluklar

2.1.2. Çocuk ve Ergenlerde Duygu Durum Bozuklukları

Çocuk ve ergenlerde duygu durum bozuklukları ile ilgili çalışmalar özellikle son otuz yılda artış göstermiştir. Halen mevcut tanılama sistemleri içerisinde çocuk ve ergenlerdeki duygu durum

bozuklukları için ayrı ölçütler bulunmamakta ve gerek depresif bozukluklar gerekse bipolar ve ilişkili bozukluklarda genel olarak erişkinlerle benzer tanı ölçütleri kullanılmaktadır. Küçük çocuklarda belirtilerin daha silik ve daha az özgün olabileceği, ergenlikte klinik tablonun erişkinlere benzer duruma geldiği kabul edilmektedir (Ağaoğlu 2008).

2.1.2.1. Çocuk ve Ergenlerde Depresyon

2.1.2.1.1. Epidemiyoloji

Genel olarak 1960'lardan önce çocuklarda depresyonun ortaya çıkabileceğine kuşku ile bakılır, çocuğun olgunlaşmamış üst benliğinin depresyon gelişimine izin vermeyeceği düşünülürdü (Ağaoğlu 2008). 1970'li yılların ortalarından itibaren klinik görünümde bazı farklılıklar olabilmekle birlikte çocuk ve ergenlerde de depresyonun erişkinlerde görülen belirtilerle seyredebileceği gösterilmiş ve çocuk-ergen depresyonuyla ilgili araştırmalar bu tarihten sonra hız kazanmıştır (Ağaoğlu 2008).

Yurt dışı taramalar eşik altı depresif yakınmaların çocuk ve ergenlerde yaygınlıklarını sırasıyla % 10.0- 13.0 ve % 21.0- 56.0 arasında bildirmektedir. Ülkemizde yürütülmüş olan araştırmalar ise ilköğretim öğrencilerinde orta- ağır derecede depresif yakınmaların % 36.0 oranında bulunabileceğini göstermektedir. Okul öncesi dönem çocuklarında MDB yaygınlığı % 1.0'in altında iken, okul çağı çocuklarında yaygınlığın % 3.0'a kadar çıkabileceği, bu yaygınlığın ergenlerde daha da arttığı bildirilmiştir. Distimik Bozukluk yaygınlığı ise çocuklarda % 0.6- 1.7, ergenlerde ise % 1.6- 8.0 arasında bildirilmiştir. Yurt içi ve yurt dışı yapılan tüm çalışmalar depresyonun çocuklarda ve özellikle ergenlerde sık görüldüğünü ve yaygınlığın yaşla artış gösterdiğini doğrulamaktadır (Ağaoğlu 2008).

2.1.2.1.2. Etiyoloji

Çocuklarda duygu durum bozukluklarının etiyolojisinde ailesel ve kalıtsal etkenlerin yanı sıra biyolojik ve psiko-sosyal etkenlerin de rol aldığı ve bu faktörlerin arasında karmaşık bir etkileşimin olduğu kabul edilmektedir (Ağaoğlu 2008).

Genetik ve Biyolojik Etkenler: Yapılan pek çok çalışmada depresif ebeveyn çocuklarında depresif olmayan ebeveyn çocuklarına göre daha fazla depresif bozukluk görüldüğü gösterilmiştir (Ağaoğlu 2008, Williamson ve ark. 2004). Diğer yandan depresyonu olan çocukların ailelerine bakıldığında birinci derece akrabalarında depresyon görülme sıklığı duygu durum bozukluğu dışında bir psikiyatrik rahatsızlığı olan çocukların akrabalarına göre 2 kat fazladır (Williamson ve ark. 2004).

İkiz çalışmaları da genetik geçişi desteklemektedir. Tek yumurta ikizlerinde eş hastalanma oranı % 70.0 olarak bildirilirken çift yumurta ikizlerinde bu oran % 16.0 olarak bulunmuştur (Ağaoğlu 2008).

Nörokimyasal Etkenler: Günümüze kadar depresyon etiyolojisinde noradrenerjik, dopaminerjik, serotoninerjik ve kolinerjik sistemler başta olmak üzere pek çok nörotransmitter sistem üzerinde durulmuştur. Son zamanlardaki çalışmalar nörotransmitter miktarı ve reseptör sayılarının normal olmasına rağmen monoamin nörotransmitterden postsinaptik nörona sinyal iletiminde bir bozukluk olması neticesinde depresyon geliştiğini düşündürmektedir (Ağaoğlu 2008).

Nöroendokrin Etkenler: Deksametazon supresyon testi (DST) hipotalamus ve hipofizin kortizole yanıtını ölçen bir laboratuvar testidir. Hipofiz bezinden salgılanan kortizol olağan şartlarda negatif geri besleme ile hipotalamustan salgılanan adrenokortikotropik hormonu (ACTH) baskılamaktadır. Yine olağan şartlarda bireye verilen deksametazon, ACTH'ı baskılamalıdır. Depresyondaki bireylerin bir kısmında ise bu baskılanma gerçekleşmemektedir (Doğangün 2008). DST pozitifliğinin erişkinlerde olduğu gibi çocuk ve ergenlerde de bir durumsal belirteç ("state marker") olabileceğini öne süren çalışmalar bulunmaktadır. Ayrıca depresif çocuklarda insüline

büyüme hormonu yanıtının azaldığı gösterilmiştir. Bu azalma depresif çocukların ebeveynlerinde de gözleendiğinden bir yatkınlık belirteci (“trait marker”) olabileceği ileri sürülmüştür. (Ağaoğlu 2008, Doğangün 2008).

Nöro-görüntüleme Bulguları: Depresif çocuk ve ergenlerin başka ruhsal bozuklukları olan çocuk ve ergenlerle karşılaştırıldığı bir çalışmada depresif çocuklarda frontal lob hacminin tüm beyin hacmine oranında azalma, lateral ventrikül hacminin beyin hacmine oranında ise artma tespit edilmiştir. Bu bulgu nedeniyle erken başlayan depresyonda frontal lobun rol aldığı öne sürülmüştür (Ağaoğlu 2008). Son yıllarda yapılan diğer bir çalışmada ise depresyon tanısı alan okul öncesi çocuklarda, kontrol grubuna kıyasla üzgün yüz ifadelerine bakıldığı esnada sağ amigdala aktivitesinde artış olduğu gözlenmiştir. Bu araştırmada sağ amigdala altivitesindeki artış ile depresyonun şiddeti arasında pozitif ilişki olduğu gösterilmiştir. Yazarlar erişkin depresyon çalışmalarında da amigdala yanıtında bozulma gösterilmiş olması ve bu bulgunun okul öncesi çocukluk çağı depresyonunda da görölüyor olmasına dayanarak, bozulmuş amigdala aktivasyonunun yaşam boyu depresyon için nöral bir belirteç olma olasılığını gündeme getirmişlerdir (Gaffrey ve ark. 2011).

Psikososyal Etkenler: Genetik ve biyolojik etkenlerin yanı sıra olumsuz yaşam olayları, sosyal destek eksikliği, bozuk ebeveyn çocuk ilişkisi, sosyal beceri eksikliği gibi pek çok psikosyal faktörün de depresyon gelişmesinde rolü olduğu bilinmektedir (Ağaoğlu 2008).

2.1.2.1.3. Klinik

Çocuk ve ergenlerde depresyonun çekirdek belirtileri erişkin depresyonu ile benzerlik göstermekle birlikte çocuğun yaşına, fiziksel, duygusal, bilişsel ve toplumsal gelişim basamaklarına bağlı olarak bazı farklılıklar gözlenebilmektedir. Çocuk ve ergenler depresif duygularını sözel olarak dile getirmek yerine duygusal oynaklık, irritabilite, engellenme eşiğinde düşme, öfke patlamaları, somatik yakınmalar ve/ veya sosyal içe çekilme şeklinde ifade edebilir (Ağaoğlu 2008)

Gerek DSM-IV gerekse DSM-5 tanı ölçütleri içerisinde irritabilitenin özellikle çocuk ve ergenlerde depresif duygu durumun yerini alabileceği belirtilmektedir (DSM-IV-TR, DSM-5).

İrritabilitenin çocuk ve ergen depresyonunda kardinal bir belirti olabileceği pek çok çalışma ile gösterilmekle birlikte Stringaris ve arkadaşları tarafından 2013 yılında 9-16 yaş arası çocuk ve ergenlerde yürütülmüş olan bir araştırma bu görüşü desteklememiştir. Bu araştırmada depresif duygu durumun çocuk ve ergenlerde de erişkinlerde ki gibi en sık görülen kardinal duygu durum belirtisi olduğu, depresif duygu durum ve iritabilite birlikteliğinin en sık görülen ikinci belirti olduğu ve iritabilitenin daha çok birincil depresyona eşlik eden yıkıcı davranış bozuklukları ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Stringaris ve ark. 2013).

2.1.2.2.Çocuk ve Ergenlerde Bipolar Bozukluk

1970'lere kadar psikanalitik görüşün baskın olmasının etkisi ile çocuklarda bipolar bozukluk tanısı kabul görmemiştir (Gökler 2008). Bipolar bozukluk tanılı erişkin hastaların önemli bir kısmında bozukluğun çocukluk ve ergenlikte başladığının saptanmasıyla birlikte çocuk ve ergenlerde bipolar duygu durum bozukluğu üzerine olan ilgi artmıştır. Günümüzde ise bipolar bozukluğa ilişkin genel görüş, bu tanının ergenlik öncesi var olmakla birlikte nadir görüldüğü, ergenlik ile birlikte görülme oranında artış olduğu yönündedir (Gökler 2008).

2.1.2.2.1. Epidemiyoloji

Bipolar bozukluk tanılı erişkin hastaların en az % 20.0'sinde hastalığın 19 yaş öncesinde başladığı bilinmektedir (Gökler 2008). Bununla birlikte özellikle ergenlik öncesi dönemde hastalığın görülme sıklığı ile ilgili kesin bilgiler bulunmamaktadır. Bir hastalığın yaygınlığının saptanabilmesi için hastalığın net bir şekilde tanımlanmış olması gerekmektedir. Çocuk ve ergenlerde bipolar bozukluk belirtilerinin çeşitliliği ve hastalığın tanımlanmasına ilişkin net bir görüş birliğinin sağlanamamış olması yaygınlık saptanmasını güçleştirmektedir. Az sayıda örneklem ile yürütülmüş araştırmalarda 14-16 yaş arası mani sıklığı % 0.6 - 1.3 olarak bildirilmiş, 10 yaş öncesinde bipolar bozukluğun nadir görüldüğü ve tüm bipolar hastaların % 0.3-0.5'ini oluşturdukları belirtilmiştir (Duffy 2007, Gökler 2008). Ergenlik döneminde hastalığın görülme sıklığı artmakta ve erişkinlere benzer şekilde % 1.0 – 2.0 arasında değişen oranlar bildirilmektedir. (Gökler 2008)

2.1.2.2.2. Etiyoloji

Yapılan aile araştırmaları ve ikiz çalışmaları bipolar bozukluk oluşumunda genetik faktörlerin etkisini göstermektedir. Bipolar bozukluğu olan kişilerin akrabalarında tüm duygu durum bozukluklarının genel topluma göre arttığı bilinmektedir (Işık ve Işık 2013). Bipolar bozukluğa sahip bireylerin akrabalarında % 1.5 - % 10.2 oranında bipolar bozukluk, % 0.3 - % 4.1 oranında ise unipolar bozukluğa rastlanmıştır (Işık ve Işık 2013). Diğer bir çalışmada ebeveynlerden birinde bipolar bozukluk olması durumunda çocukta bipolarite gelişme riskinin % 24.0 olduğu, her iki ebeveynde bipolar bozukluk olması durumunda ise riskin % 74.0'e yükseldiği bildirilmiştir (Işık ve Işık 2013). Weller ve ark. manik çocukların biyolojik ebeveynlerinde % 31.0 oranında bipolar bozukluk saptamış, evlat edinme durumlarında ise bu oranın % 2.0 olduğunu bildirmişlerdir. (Weller ve ark. 2003). İkiz çalışmalarında monozigot ikizlerde % 65.0, dizigot ikizlerde ise % 14.0 eş hastalanma gözlendiği ve bozukluğun kalıtlılabirliğinin yaklaşık % 80 civarında olduğu bildirilmiştir (Berettini 2004).

2.1.2.2.3. Klinik

Günümüzde ocuk ve ergenlere bipolar bozukluk tanısı koyarken erişkin hastalar göz önüne alınarak tanımlanmış belirtiler kullanılmaktadır. Bu durumun özellikle küçük çocuklarda tanı koyma sırasında karışıklıklara neden olduğu bildirilmiştir. Bipolar bozukluğu olan çocuklarda erişkinlerde olduğu gibi yükselmiş duygu durum, büyükenmecilik, uyku ihtiyacında azalma, cinsel ilgi/ etkinlik artışı ve düşünce akışında hızlanma görölmekle birlikte çocuklar bu durumları erişkinlerden farklı ifade etmektedir. ocukluğun dinamik bir gelişim evresi olduğu ve belli dönemlerde duygu durumunda yükselmenin (örn. beklenmedik bir hediye alma, akranlarla oyun) ya da büyükenmeciliğin (örn. oyun sırasında) olağan olduğu düşünöldüğünde normal davranışlarla patolojik bulguları ayırt etmek de güçtür (Gökler 2008, Işık Taner 2013).

Çocukluk ağında bir psikopatoloji belirtisi olarak işlevi bozan "irritabilite" ise bipolar bozukluk ve depresyonun dışında DEHB, Karşı olma- Karşı gelme bozukluğu, davranım bozukluğu, otistik spektrum bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu gibi pek çok farklı çocukluk ağı ruhsal

bozukluğunda görülebilir. Dolayısıyla bu belirtinin duyarlılığı yüksek ancak özgüllüğü düşüktür (McGough 2014).

Bipolar bozukluk prepubertal dönemde daha az görülmekte ve daha atipik seyretmekte iken ergenlikle birlikte klinik görünüm erişkin bipolar bozukluğa benzemektedir. (Gökler 2008). Geller ve arkadaşları (1994) ergenlerde görülen manide irritabilite, disfori, hiperaktivite, psikotik semptomlar, karma semptomlar ve hızlı döngünün daha fazla olduğunu ve ailede bipolar bozukluk öyküsünün daha fazla olduğunu bildirmişlerdir. Erkıran ve arkadaşları (2003) ülkemizde de ergenlikte başlayan bipolar bozuklukta karma belirtilerin ve psikotik belirtilerin daha sık olduğunu bildirmiştir.

Nöropsikolojik testlerle yürütülmüş olan araştırmalarda ise BP tanılı çocuk ve ergenlerin yarıdan fazlasının toplumsal becerilerde ve sorun çözme becerilerinde güçlük yaşadığı, dikkatin kaydırılması ve görsel uzamsal bellek, planlama ve sözel bellek alanlarında sorun olduğu bildirilmiştir (Dickstein ve ark. 2004, Olvera ve ark. 2005).

2.1.3. Yıkıcı Duygudurum Düzensizliği Bozukluğu

2.1.3.1.Tanım ve tarihçe

Yıkıcı Duygudurum Düzensizliği Bozukluğu (YDDDB), süreğen irritabilite ve öfke patlamaları yaşayan çocukları tanımlayan ve DSM-5 de yer alan yeni bir tanı olup tanı ölçütleri şu şekildedir.

- A) Sözel (örn.öfkeden kudurma) ve/ ya da davranışsal (örn. İnsanlara ya da eşyalara karşı saldırgan bir tutum gösterme) olarak kendini gösteren, içinde bulunulan ya da kışkırtılan duruma göre yoğunluk ya da süre açısından büyük ölçüde orantısız olan, yineleyici ağır öfke patlamaları vardır.
- B) Öfke patlamaları gelişim düzeyi ile tutarsızdır.
- C) Öfke patlamaları ortalama olarak haftada üç ya da daha çok kez ortaya çıkar.
- D) Öfke patlamaları aralarındaki duygu durum, neredeyse hergün, sürekli olarak çabuk kızma ya da kızgınlık gösterme ile belirlidir ve bu durum başkalarınca (örn. ana babaları, öğretmenleri, yaşıtları) gözlenebilir.

- E) A-D tanı ölçütleri 12 aydır ya da daha uzun bir süredir vardır. Bu süre boyunca kişinin A-D tanı ölçütlerindeki bütün belirtilerin olmadığı ardışık 3 ay ya da daha uzun bir süre olmamıştır.
- F) A ve D tanı ölçütleri, üç ortamdan (evde, okulda, yaşlıları ile birlikteyken) en az ikisinde vardır ve bunlardan en az birinde, ağır biçimde kendini gösterir.
- G) Bu tanı ilk kez 6 yaşından önce ya da 18 yaşından sonra konmamalıdır.
- H) Öyküden elde edilen bilgilere ya da yapılan gözleme göre, A-E tanı ölçütlerinin başlangıç yaşı 10 yaşından öncedir.
- İ) Mani ya da hipomani döneminin süre dışında, tanı ölçütlerinin tam karşılandığı, bir günden daha uzun süren ayrı bir dönem hiç olmamıştır.
- Not:** Son derece olumlu bir olay ya da böyle bir beklenti bağlamında ortaya çıkan, gelişime göre uygun duygudurum kabarması, bir mani ya da hipomani belirtisi olarak düşünülmemelidir.
- J) Bu davranışlar yalnızca majör depresyon bozukluğu dönemi sırasında ortaya çıkmaz ve başka bir ruhsal bozuklukla (Örn. otizm spektrum bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, ayrılık kaygısı bozukluğu, distimi) daha iyi açıklanamaz.
- Not:** Bu tanı major depresyon bozukluğu, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, davranım bozukluğu ve madde kullanım bozuklukları gibi diğer bozukluklarla birlikte konabilirse de, karşıt olma karşıt gelme bozukluğu, aralıklı patlayıcı bozukluk, ya da iki uçlu bozukluk ile birlikte konulamaz. Belirtileri hem YDDDB'nin hem de karşıt olma karşı gelme bozukluğunun tanı ölçütlerini karşılayan kişilere yalnızca YDDDB tanısı konur. Kişi, daha önce bir mani ya da hipomani dönemi geçirmişse YDDDB tanısı konmamalıdır.
- K) Bu belirtiler bir maddenin, başka bir sağlık durumunun ya da nöroloji ile ilgili bir durumun etkilerine bağlanamaz (DSM- 5).

Süreğen irritabilite ve öfke patlamaları sergileyen bu çocukların bipolar bozukluğun çekirdek belirtilerini sergilememelerine karşın geçmişte pediatrik bipolar bozukluk (geniş fenotip) tanısı aldıkları bildirilmektedir (Copeland ve ark. 2013). Bazı araştırmacılar pediatrik bipolar bozukluğun maninin çekirdek belirtilerinin sergilenip sergilenmemesine göre “geniş fenotip” ve

“dar fenotip” olarak ayrılmasını önermiştir. Bu tanımlamaya göre dar fenotip, klasik mani/hipomani semptomlarını sergileyen vakaları, geniş fenotip ise (Ağır duygudurum düzensizliği olarak da adlandırılmaktadır) mani/hipomaninin çekirdek belirtilerini içermeyen, kronik/episodik olmayan iritabilite ve aşırı uyarılmışlık belirtilerini sergileyen vakaları tanımlamaktadır (Leibenluft ve ark. 2003a, Leibenluft 2011). Geniş fenotip sınıflamasına ikincil olarak son 20 yılda çocuk ve ergenlerde bipolar bozukluk tanısı alanların sayısında dramatik bir artış gerçekleşmiştir (Krieger ve ark. 2013). Ancak son yıllarda yapılan araştırmalar çocuk ve ergenlerde episodik iritabilite ile kronik iritabilitenin birbirinden farklı seyir sergilediğini göstermiştir (Deveney ve ark. 2013, Krieger ve ark. 2013), Çocukluktaki episodik iritabilite erişkinlikteki bipolar bozuklukla ilişkili iken, ağır kronik iritabilite ise daha çok unipolar depresyon ve anksiyete bozuklukları ile ilişkili görünmektedir (Stringaris ve ark. 2009, 2012). Tüm bu bilgiler eşliğinde 2013 yılında yayımlanan DSM 5’te epizodik olmayan, kronik iritabiliteye sahip ve öfke patlamaları yaşayan çocukları tanımlayan “Yıkıcı Duygudurum Düzenleyememe Bozukluğu” tanısı yeni bir tanı olarak yer almış ve bu çocukların ilerleyen yıllarda bipolar bozukluktan ziyade depresyon geliştirme risklerinin yüksek olmasından ötürü bu tanı Depresyonla İlişkili Bozukluklar başlığı altında yer almıştır.

2.1.3.2. Epidemiyoloji:

Yıkıcı Duygu durum Düzensizliği Bozukluğu DSM-5 içerisinde ilk olarak yer alan bir tanıdır. Bu tanı ile ilgili araştırmalar daha çok belli araştırma merkezlerinde ve tam olarak örtüşmeyen bir sendrom (“Ağır Duygu durum Düzensizliği Bozukluğu”) ile gerçekleştirildiği için yaygınlık üzerine veriler henüz kısıtlıdır (Regier ve ark. 2013). DSM-5 içerisinde hem toplum hem de klinik örneklemelerde bu tanının % 2.0- 5.0 arasında görülebileceği ve erkeklerde daha sık olduğu bildirilmektedir (DSM-5). Yine DSM-5 içerisinde bu tanıya en sık Major Depresif Bozukluk, Dikkat Eksikliği/ Hiperaktivite Bozukluğu ve anksiyete bozukluklarının eşlik edebileceği bildirilmiştir (DSM-5).

2.1.3.3. Kliniği ve Seyri:

DSM-5 içerisinde bir yıllık homotipik devamlılığın yaklaşık % 50.0 olduğu bildirilmiştir (DSM-5). DSM-5 içerisinde verilen bu oran geçmişte Ağır Duygudurum Düzensizliği Bozukluğu

(SMDD, “Severe Mood Dysregulation Disorder”) tanısı ile değerlendirilmiş olan olgulara dayanmaktadır. İşlevi bozacak derecede iritabilite göresten bu olguların uzunlamasına gidişi Brotman (2006) tarafından değerlendirilmiştir. Bu araştırmada çocukluk döneminde SMDD tanısını karşılayan olguların geç ergenlik döneminde depresif spektrum bozuklukları tanısı için yedi kat artmış bir risk gösterdikleri bildirilmiştir. Leibenluft ve arkadaşları (2006) toplum örnekleminde süregelen iritabilitesi olan çocukların erken erişkinlikte MDB tanısı alma risklerinin arttığını bildirmiştir. Stringaris ve arkadaşları (2009) bu çocuklardaki iritabilitenin ilk değerlendirme sırasındaki eş tanıları kontrol edildiğinde yirmi yıllık takip sonrası erişkinlik döneminde MDB, YAB ve Distimi tanılarını yordadığını bildirmektedir. Bu verilere göre çocuklukta SMDD tanısının erişkinlikte duygudurum ve olasılıkla da anksiyete bozuklukları ile ilişkili olabileceği söylenebilir. DSM-5 içerisinde belirtildiği şekliyle DMDD tanısının uzun dönem gidişi ile ilgili bilgiler ise henüz kısıtlıdır (Copeland ve ark. 2014). Bu tanının uzunlamasına gidişi ile ilgili olarak yürütülmüş nadir araştırmalardan birinde Copeland ve arkadaşları (2014) The Great Smoky Mountains Study içerisinde, 10 ve 16 yaşları arasında altı kere yapılandırılmış görüşmelerle (DMDD semptomları dahil olmak üzere) değerlendirilmiş olan 1420 gencin genç erişkinlikte üç kere (19, 21 ve 24- 26 yaşları arası) daha takip edilmiş olan 1273’ünün (89.7 %) psikiyatrik ve işlevsel sonuçlanımlarını analiz etmiştir. Bu araştırmanın verilerine göre çocukluklarında DMDD öyküsü olan genç erişkinlere anksiyete ve depresyon oranları artmıştır, araştırma sırasında verileri toplanan ancak DMDD öyküsü olmayanlara göre (diğer psikiyatrik tanıları karşılasın ya da karşılamasın) erişkinliklerinde anlamlı ölçüde daha yüksek oranda birden fazla psikiyatrik tanı almaktadırlar. Bu verilere dayanarak yazarlar, çocuklukta DMDD tanısı ile uyumlu öykünün hem diğer psikiyatrik tanıları karşılayanlar hem de karşılamayanlara göre erken erişkinlikte olumsuz gidiş ve işlevsellikte bozulma ile ilişkili olduğunu ileri sürmüştür.

DMDD tanısının uzun dönem gidişi ile ilgili verilerin çoğunlukla var olan veri tabanlarının ikincil değerlendirmelerine veya DSM-5 içerisindeki ölçütlerle tam olarak örtüşmeyen SMDD tanısına dayalı olduğu göz önüne alındığında prognozla ilgili verilerin henüz yetersiz olduğu ve ek araştırmalar gerektiği söylenebilir.

2.2.DUYGUDURUM BOZUKLUĞU OLAN ANNE BABALARIN ÇOCUKLARI İLE YÜRÜTÜLMÜŞ OLAN ARAŞTIRMALAR

2.2.1. Major Depresif Bozukluk tanılı anne babaların çocukları ile yürütülmüş olan araştırmalar

Hem yurt dışında hem de ülkemizde yürütülmüş olan araştırmalarda ana babalarında MDB tanısı olan çocukların yaklaşık olarak yarısında yaşamları boyunca psikopatoloji gelişebileceği bildirilmektedir (Öztop ve Uslu 2007, Bijl ve ark. 2002). Pilowsky ve arkadaşları (2006) halen MDB tanısı alan ve tedavi gören annelerin 7- 17 yaş arası çocuklarında yaşam boyu psikopatoloji yaygınlığını % 45.0 olarak saptamıştır. Yine bu araştırmada çocuklarda MDB yaygınlığı % 19.0 olarak bulunmuştur. Hammen ve Brennan (2001), MDB tanılı kadınların 15 yaşındaki çocuklarından oluşan bir örnekleme MDB yaygınlığını benzer olarak saptamıştır. Üç- yirmi yıl gibi sürelerle takip edilen bu çocuklarda yineleyici MDB ve diğer psikopatolojilerin yüksek oranda geliştiği, psikososyal işlev bozukluğu ve sağlık sorunlarının da sık olduğu bildirilmektedir (Weissman ve ark. 2006). Araştırmalar çoğunlukla annelerdeki MDB tanısının çocuklara etkisi üzerinde dursa da, babalardaki MDB tanısının da çocuklar üzerine olumsuz etkileri olduğu saptanmıştır (Kane ve Garber 2004).

2.2.2. Bipolar bozukluk tanılı anne babaların çocukları ile yürütülmüş olan araştırmalar

Çevre-gen etkileşiminin incelenmesini kolaylaştırması, hastalık yordayıcılarının saptanması, öncül dönem belirtilerinin tanınip erken dönem müdahale stratejilerinin geliştirilmesine katkıda bulunması açısından bipolar bozukluk gelişmesi açısından yüksek riskli grup olarak tanımlanan

bipolar duygu durum bozukluğu olan ana babaların çocuklarıyla yürütülen çalışmalarda son yıllarda artış görülmektedir (Beardslee ve ark. 2011). Bu artışın temelinde bipolar duygu durum bozukluğunun patofizyolojisinde güçlü genetik etkilerin bulunması ve hastalığın % 20.0- 40.0 oranda başlangıcının çocukluk ve ergenlikte olması bulunmaktadır (Shorter 2012, Gökler 2008). Bugüne kadar bipolar duygu durum bozukluğu olan anne babaların çocukları ile pek çok araştırma yrtlmş, çocuklardaki psikopatoloji ile anne babanın psikopatolojisi arasındaki ilişki yaş, cinsiyet, sosyo-ekonomik düzey, hastalığın şiddeti, süresi gibi çeşitli açılardan değerlendirilmiştir (Akdemir 2004).

1970'lere kadar bipolar bozukluğu olan ebeveyn çocukları ile yrtlmş herhangi bir çalışma bulunmamaktadır. İlk kez Kestenbaum (1979) bipolar ebeveyne sahip 13 ocuk ile yaptığı bir çalışmada bu çocuklarda "fkeli mizaç", "disfori", "hiperaktivite", "obsesif kompulsif eğilim" bildirmiştir. 1983 - 1993 yılları arasında yürütülen 17 araştırma analiz edilerek Lapalme ve arkadaşları (1997) tarafından bir meta-analiz çalışması yayınlanmıştır. Toplam 772 BP tanılı anne-baba ve 626 sağlıklı anne-baba çocuğunun dahil edildiği bu analizde BP tanılı anne-babaya sahip çocukların % 52.0'sinin DSM-III ve DSM-III-R ltlarına göre psikiyatrik bir tanı aldıkları, sağlıklı ebeveyn çocuklarında ise psikiyatrik tanı alma oranının % 29.0 olduğu bildirilmiştir. Bu meta-analiz sonuçlarına göre bipolar anne-babaya sahip olmak normal populusyona göre herhangi bir psikopatoloji gelişme riskini 2.5 kat artırırken, herhangi bir duygu durum bozukluğu gelişme riskini ise dört kat artırmaktadır. Yine bu çalışmada bipolar anne-babaya sahip çocukların % 5.4'nde bipolar duygu durum bozukluğu saptanırken, kontrol grubundaki çocuklarda bipolar duygu durum bozukluğu tanısı alan olmamıştır.

Bu meta-analiz çalışmasından sonra yürütülen araştırmalarda ise ebeveynlerinde bipolar bozukluk olan ocuk ve ergenlerde yapılan kesitsel araştırmalarda psikopatoloji yaygınlığı % 50.0 civarında bildirilmiştir. Duffy ve arkadaşları (1998) 36 BP anne baba çocuğunun 5'inde (% 13.9), Chang ve arkadaşları (2000, 2003) 60 BP anne baba çocuğunun 9'unda (% 15.0) ve daha sonraki başka bir

çalışmada 24 bipolar anne baba çocuğunun % 50.0'sinde bipolar spektrum bozukluğu bildirmişlerdir.

Dolayısıyla BP tanılı ebeveyne sahip olan çocuklarda saptanan BP tanılarının zaman içerisinde giderek arttığı söylenebilir. Bu artışın DSM-III-R ve DSM -IV'e Bipolar Bozukluk – Tip II ve Başka Türü Adlandırılmayan (BTA) Bipolar Bozukluk tanılarının eklenmiş olmasından ve Bipolar Spektrum kavramındaki genişlemeden kaynaklandığı düşünülmektedir (Duffy ve ark. 1998, Chang ve ark. 2003). Diğer yandan, bazı araştırmacılar bu artışın çocuklara yönelik yapılandırılmış görüşme tekniklerinin kullanılmaya başlanması sonucu olguların daha iyi tanınmasından kaynaklanabileceğini ileri sürmüştür (Chang ve ark. 2003).

Hollanda'dan başka bir çalışma ise Amerika'daki çalışmalardan farklı bir sonuç bildirmiştir (Wals ve ark. 2001). Yüz kırk BP tanılı anne babaya sahip çocuğun yer aldığı bu çalışmada yaşam boyu bipolar bozukluk tanısı yalnızca % 3.0 olarak saptanmıştır. Bu bölgesel farklılığın Avrupa'da Amerika'ya kıyasla maniye tetikleyebilen antidepresanların ve stimulanların çok daha az kullanılmasından kaynaklanabileceği ifade edilmiştir (Wals ve ark. 2001).

Bipolar anne babaya sahip çocuklarda dışayönelim ve davranış bozukluklarının da artmış olduğu bildirilmektedir (Duffy 2012). Bu çocuklarda dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) oranını % 20.0 -30.0 arasında bildiren yayınlar mevcuttur. Diğer yandan, bipolar bozukluk yönünden yüklü aile öyküsü olanlarda DEHB'nun ilerde gelişecek olan bipolar bozukluğun öncülü olabileceği de belirtilmektedir (Duffy 2012). Chang ve arkadaşları (2000) anne/ babasında BB tanısı olan 8 BB tanılı çocuğun yedisinin (% 87.5) bu tanıyı almadan önce DEHB ölçütlerini karşıladıklarını saptamıştır. Aynı araştırmacılar ayrıca çocukluk öyküsünde DEHB saptanan BB tanılı ebeveynlerin çocuklarında BB gelişme riskinin anlamlı ölçüde artmış olduğunu da bildirmişlerdir.

Yüzotuzdört BB tanısı olan ebeveyn ve 108 sağlıklı ebeveyn çocuklarından oluşan uzunlamasına bir çalışmada ise bipolar anne-babaya sahip çocukların % 26.7'sinde davranış sorunları, % 30.0'unda ise dikkat sorunları saptanmıştır. Bu çocuklar 18 yaş sonrası tekrar

değerlendirildiklerinde sadece bipolar ebeveyne sahip grupta çocukluk çağında saptanan dikkat ve davranış problemlerinin, ileride bipolar bozukluk gelişimini yordadığı tespit edilmiştir (Chang ve ark. 2003).

DSM sınıflandırma sisteminin kullanıldığı kategorik yaklaşım dışında bipolar anne babaya sahip çocukları boyutsal olarak değerlendiren çalışmalarda bulunmaktadır. Dienes ve arkadaşları (2002) BP I veya II tanısı alan ebeveynlerin çocuklarını DEHB tanısı alanlar ve Depresyon/ Anksiyete tanısı alanlar olarak iki gruba ayırarak değerlendirmiş ve çocuk davranış listesi (CBCL) uygulamışlardır. Bu araştırmaya göre Depresyon/ Anksiyete tanısı alan çocuklar takipte anlamlı ölçüde daha çok BP tanısını almaktadır. Yine bu grupta saldırganlık, içe kapanma, anksiyete ve depresyon yakınmaları anlamlı ölçüde yüksektir (Dienes ve ark. 2002).

Anne-baba davranışlarının, çocuktaki mizaç, psikopatoloji ve uyum/ uyumsuzluk davranışları arasındaki ilişkide doğrudan rol oynadığı bilinmektedir (Beardslee ve ark. 2011). Bu araştırmalara göre baba ile ilişki ile karşılaştırıldığında, anneye ilişkilerdeki sorunlar (annenin olumsuz duygulanım ve davranışları, uzak- soğuk ilişki gibi) ve annenin psikiyatrik yakınmaları çocuğun mizaç özelliklerini daha olumsuz etkilemektedir (Beardslee ve ark. 2011). Bu görüş nedeniyle bipolar anne-baba çocukları ile yapılan çalışmalarda çocukların mizaç ve doğuştan gelen yapısal davranış ve duygu durum özelliklerinin çevresel etkenlerden görece az etkileneceği ve daha doğru olarak değerlendirilebileceği düşünülen erken dönem çocukluk çağına da odaklanılmıştır (Birmaher ve ark. 2010). Bu araştırmalardan birinde Gaensbauer ve ark. (1984) bipolar ebeveyne sahip 12-18 ay aralığındaki 7 erkek çocuk ile ebeveynlerinde herhangi bir psikopatoloji bulunmayan çocukları karşılaştırmış ve bipolar ebeveyn çocuklarının kişiler arası etkileşimlerde daha fazla olumsuz tepki gösterdiklerini ve bu çocukların kendilerini yatıştırma becerilerinin daha düşük olduğunu bildirmişlerdir. Chang ve arkadaşları (2003) bipolar anne babaya sahip olup kendisinde de bipolar bozukluk gelişen çocuklarda; erken çocukluk döneminden itibaren gözlenebilen genel etkinlik düzeyinde artış, dikkati idame ettirme ve uyum sorunları, dürtüsellik gibi özellikler tespit etmişlerdir. Bu çocuklar aynı zamanda yaşitlarıyla sosyalleşmede sorun

yaşamakta, eşyalarını/ oyuncaklarını diğerleri ile paylaşamamakta ve hem yaşıtlarına hem de erişkinlere karşı daha fazla saldırganlık göstermektedir. Bu karakteristik özelliklerin Yıkıcı Davranış Bozukluğu ile ilişkili olduğu da bilinen davranışsal dizinhibisyonu akla getirdiği bildirilmiştir (Chang ve ark. 2003). Genel olarak mizaç kavramı üzerine odaklanan çalışmalarda bipolar anne-baba çocuklarının psiko-sosyal stresörlere uyum sağlama sorunları gösterdiği ve duygu durum bozuklukları geliştirmeye yatkın oldukları bildirilmiştir (Birmaher ve ark. 2010). Bipolar ebeveynlerin çocuklarında mizaç, ebeveyn etkileşimi ve psikopatoloji dışında aile içinde sergilenen ebeveynliğin etkisine de odaklanılmıştır (Chang ve ark. 2003b). Bu çocuklarda gelişen psikopatolojilerde anne-çocuk etkileşiminin ve aile çevresinin etkilerini araştıran çalışmalar da mevcuttur (Chang ve ark. 2003b). Genel olarak bipolar ebeveyn çocuklarında işlev bozukluğu ile aile içinde gözlenen ebeveynlik sorunlarının güçlü bir ilişkisi olduğu gösterilmiştir (Chang ve ark. 2003b). Bipolar anne-babaya sahip otuz dokuz çocuk ile yapılan bir çalışmada çocuklardaki psikopatolojinin ebeveyndeki psikopatolojinin derecesi ile ilişkili olduğu ve ebeveyn hastalığına üç yaşından önce (yani erken çocukluk döneminde) maruz kalanlarda daha fazla psikopatoloji geliştiği gösterilmiştir (Grigoriu- Serbanescu ve ark. 1989). Başka bir çalışmada ise BB tanıılı annelerin, çocuklarına daha az bağlandıkları ve çocukları ile ilişkilerinin daha çatışmalı olduğu tespit edilmiştir (Inoff- Germain ve ark. 1997). Anderson ve Hammen (1993) bipolar ebeveyne sahip 60 çocuğu İşlevselliğin Genel Değerlendirmesi (İGD, GAF) ile değerlendirmiş ve psikopatolojisi olan çocuklarda, psikopatolojisi olmayanlara göre daha düşük skorlar bildirmişlerdir. Bu araştırmada ileride psikopatoloji geliştirecek olan çocukların daha ruhsal bozukluk belirtileri belirginleşmeden önce dahi psikososyal ve akademik işlevselliklerinin düşük olduğu vurgulanmıştır.

Bipolar ebeveyn çocukları ile yapılmış az sayıdaki nöro-görüntüleme çalışmalarından birinde DelBello ve ark. (2000) bu çocuklarda hipokampus hacminin arttığını saptamıştır. Ayrıca bu çocuklarda prefrontal, temporal, serebellar, ventriküler yapılarda, striatum ve amigdalada da hacim değişiklikleri bildiren çalışmalar da bulunmaktadır (Singh ve ark. 2008). Gallelli ve

arkadaşları (2005) manyetik rezonans spektrografisi (MRS) çalışmaları sonucunda bu çocuklarda sağ dorsolateral prefrontal korteksde (DLPFK) NAA/ kreatinin oranında azalma saptayamamış ancak bulgularının çocukların yaşlarından ve gelişim basamaklarından etkilenebileceğini bildirmiştir. Bu çocuklarda en sık rastlanan PET bulgusu ise depresif atak sırasında prefrontal kan akımında azalmadır (Schneider ve ark. 2012).

Bütün bu çalışmaların sonuçları değerlendirildiğinde bipolar anne babaların çocuklarında DEHB, anksiyete bozuklukları ve duygu durum bozuklukları başta olmak üzere birçok psikopatoloji için riskin artmış olduğu söylenebilir. Ancak bu riskin ne kadarının genetik etkilerden ne kadarının ebeveyndeki psikopatolojinin yol açtığı olumsuz çevresel faktörlerden kaynaklandığı belirsizliğini korumaktadır.

2.2.3. Unipolar depresyon, diğer ruhsal bozukluk ve bipolar bozukluk tanılı anne babaların çocuklarını karşılaştırmış olan araştırmalar

Bipolar bozukluk tanılı ebeveynlerin çocukları ile unipolar depresyonu olan ebeveynlerin çocuklarının karşılaştırıldığı çalışmalar görece daha azdır. Bunlardan iki araştırmada gruplar arasında çocuklarda saptanan psikopatolojiler açısından anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (Kashani ve ark. 1985, Klein ve ark. 1985). Diğer iki araştırmada ise unipolar depresyonu olan ebeveynlerin çocuklarında psikopatoloji oranı bipolar bozukluk tanılı ebeveynlerinkine göre anlamlı ölçüde daha fazla bulunmuştur (Hammen ve ark. 1990, Radke- Yarrow ve ark. 1992).

Kashani ve arkadaşlarının (1985) çalışmasında BP tanılı ebeveynlerin çocukları ile UP tanılı ebeveynlerin çocukları karşılaştırılmıştır. Bu araştırmada iki grup çocuğun tanıları arasında anlamlı fark gözlenmemiştir. Semptom düzeyindeki analizlerde ise UP ebeveynlerin çocuklarında içe yönelim semptomları (öz. anksiyete ve somatik), BP ebeveynlerin çocuklarında ise dışa yönelim semptomları (alkol kullanımı) daha sık saptanmıştır.

Klein ve arkadaşlarının (1985) araştırmasında ise BP tanısı alan ebeveynlerin ve BP/ Duygu durum bozukluğu dışında tanı alan ebeveynlerin ergenlik dönemindeki çocukları karşılaştırılmıştır. Bu araştırmada iki grup çocukta duygudurum bozukluğu dışında kalan psikopatolojilerin oranları

benzer olarak bulunmuştur. Ancak BP tanılı ebeveynlerin çocuklarında duygudurum bozuklukları (öz. Siklotimi) anlamlı ölçüde artmış olarak saptanmıştır. Yine Klein ve arkadaşlarının (1985) verilerine göre BP tanılı annelerin çocuklarında BP tanılı babaların çocuklarına göre hem psikopatoloji hem de duygudurum bozuklukları anlamlı ölçüde artmıştır. Dolayısıyla BP tanısının hangi ebeveynde bulunduğu çocuktaki tanıları etkileyebilir.

Hammen ve arkadaşlarının (1990) uzunlamasına tasarımlı araştırmasında BP tanılı annelerin, UP tanılı annelerin, herhangi bir kronik tıbbi hastalığı olan annelerin ve sağlıklı annelerin çocukları üç yıl boyunca takip edilmiştir. Elde edilen veriler hem yaşam boyu herhangi bir psikopatoloji geliştirme hem de yaşam boyu duygu durum bozukluğu tanıları için en yüksek oranın UP tanılı annelerin çocuklarında olduğunu göstermiştir. Yine bu araştırmanın verilerine göre UP tanılı annelerin çocukların psikopatoloji 14 yaş öncesinde başlarken, diğer gruplarda daha geç başlamaktadır (> 14 yaş).

Radke- Yarrow ve arkadaşları ise (1992) araştırmalarında UP tanılı anneler, BP tanılı anneler ve sağlıklı annelerin 1.5- 3.5 yaş ve 5-8 yaş arasında olan çocuklarını karşılaştırmıştır. Bu araştırmaya göre hem UP hem de BP tanılı annelerin çocuklarında orta-geç çocuklukta depresif semptomlar ve yıkıcı davranışlar sağlıklı annelerin çocuklarına göre anlamlı ölçüde artmıştır. Ayrıca UP tanılı annelerin çocuklarında semptomların daha erken ortaya çıktığı ve her iki yaş grubunda da görüldüğü bildirilmiştir. Yine bu araştırmaya göre BP tanılı annelerin çocuklarında erken çocukluk döneminde separasyon anksiyetesi saptanmazken; orta/ geç çocuklukta anksiyete/ depresyon semptomları ve yıkıcı davranış artmaktadır.

Carlson ve Weintraub ise (1993) araştırmalarında BP tanılı ebeveynler, BP dışında herhangi bir tanıyı karşılan ebeveynler ve herhangi bir psikopatolojisi olmayan ebeveynlerin çocuklarını karşılaştırmıştır. Bu araştırmaya göre hem BP tanılı hem de diğer psikopatolojileri olan ebeveynlerin çocuklarında; çocukluk dönemi sırasında dikkat ve davranış sorunları anlamlı ölçüde

artmıştır. Ayrıca bu iki grubun çocuklarının genç erişkinlik dönemine geldiklerinde de anlamlı ölçüde daha sık psikopatoloji ve uyum sorunları sergilediği bildirilmiştir. Bu araştırmaya göre her üç grupta da çocukluk dönemindeki dikkat/ davranış sorunları genç erişkinlik dönemindeki psikopatoloji tanısı ile ilişkilidir. Ancak BP tanılı ebeveynlerin çocuklarında özgün olarak çocukluk dönemindeki dikkat/ davranış sorunları genç erişkinlik döneminde duygudurum bozukluğu tanısı ile ilişkilendirilmiştir.

Anderson ve Hammen (1993) ise UP tanılı annelerin çocuklarını, BP tanısı alanlar, herhangi bir kronik tıbbi hastalığı olanlar ve herhangi bir tanısı olmayan annelerin çocukları ile karşılaştırmıştır. Bu araştırmada çocuklar 2 yıl takip edilmiştir. Takip sürecinde davranış sorunlarının en çok UP tanılı annelerin çocuklarında görüldüğü ve yine bu grupta en düşük psikososyal işlevselliğin olduğu bildirilmiştir. Bu araştırmada BP tanılı annelerin çocuklarının sağlıklı annelerin çocuklarına benzer işlev gösterdiği saptanmıştır.

İçe-dışa yönelim sorunları, okul performansı ve sınıf içindeki tutumları ölçen başka bir çalışmada depresif anne çocuklarında, diğer psikopatolojilere sahip (bipolar dahil) annelerin çocuklarına göre tüm alanlarda daha düşük işlevsellik saptanmıştır. Ayrıca depresif ve sağlıklı anneler ile bipolar tanılı annelerin çocuklarıyla iletişimleri karşılaştırıldığında bipolar tanılı annelerin çocuklarıyla etkileşimlerinin çok daha kötü olduğu görülmüştür (Inoff- Germain ve ark. 1997).

2.2.4. Duygu durum bozukluğu tanısı alan ebeveynlerin çocukları üzerinde Türkiye’de Yürütülmüş Olan Araştırmalar

Ülkemizde BP tanılı ebeveynlerin çocuklarını değerlendiren ilk araştırmalardan birisi Tamar (1991) tarafından yürütülmüştür. Bu araştırmada BP tanılı ebeveynlerin çocukları ile sağlıklı ebeveynlerin çocuklarını karşılaştırılmıştır. Sonuçta BP tanılı ebeveynlerin çocuklarında özellikle

duygudurum bozukluğu olmak üzere psikopatoloji riskinin anlamlı ölçüde arttığı bildirilmiştir. Yine bu araştırma verilerinin analizinde BP tanılı ebeveynlerin kız çocuklarında değerlendirmeden önceki son 2 yıl içerisinde anlamlı ölçüde daha sık psikopatoloji ortaya çıktığı saptanmıştır. Buna karşılık çocuklardaki psikopatoloji ile tanı alan ebeveynin cinsiyeti (anne ya da baba) ve ailenin sosyoekonomik düzeyi ilişkisiz bulunmuştur

İnal Emiroğlu'nun (2001) tez araştırmasında ise anne ya da babasında BB tip I tanısı olan 35 çocuk ile sağlıklı anne babaya sahip 33 çocuğu karşılaştırılmış ve BB tanılı ebeveynlerin çocuklarında sağlıklı ebeveyn çocuklarına göre anlamlı ölçüde daha yüksek oranda psikopatoloji saptanmıştır. Araştırma grubunda en sık saptanan psikopatolojiler sırası ile yıkıcı davranış bozuklukları (DEHB/ KOKGB/ DB), duygudurum bozuklukları, ayrılık anksiyetesi bozukluğu ve enürezis nokturna olarak bildirilmiştir. Aynı çalışmada semptom ve belirti odaklı analizlerde BB tanılı ebeveyn çocuklarında Turgay-DSM IV'e Dayalı Yıkıcı Davranış Bozuklukları Tarama Ölçeği'nde anlamlı oranda daha yüksek DEHB skorları saptanmıştır. Ayrıca K-SADS-PL depresif bozukluklar ve bipolar bozukluk bölümlerinde kızlarda depresif ve iritabilite belirtilerin, erkeklerde ise hiperaktivite, enerji artışı, konuşma hız ve miktarında artma gibi belirtilerin ön planda olduğu görülmüştür. Bu bulgu, bipolar bozukluğun mizaçsal ön belirtilerinin cinsiyete göre farklı olabileceği lehine yorumlanmıştır (İnal Emiroğlu 2001).

Akdemir (2004) tez araştırmasında anne-babalarında Bipolar I bozukluk bulunan çocuklar ile anne babalarında psikopatoloji bulunmayan çocukları; yarı- yapılandırılmış görüşme ile değerlendirilen yaşam boyu psikopatoloji varlığı ve psikopatoloji türü açısından karşılaştırmıştır. Bu çalışmada anne ya da babasında BP tanısı bulunan 36 çocuk ve anne-babasinda herhangi bir psikopatoloji bulunmayan 33 çocuk değerlendirilmiş ve bipolar tanılı ebeveyne sahip çocukların kontrol grubuna göre daha yüksek oranda psikopatoloji ve daha fazla çoklu tanı gösterdiği saptanmıştır. Araştırma grubunda en sık görülen tanıların duygu durum bozukluğu ve yıkıcı davranış bozuklukları olduğu ve bu patolojilerin yüksek riskli bu grupta ileride gelişebilecek olan bipolar bozukluğun öncülü olabileceğini belirtilmiştir.

Deveci (2010) tez araştırmasında şizofreni tanılı hastaların çocukları, bipolar I bozukluk tanılı hastaların çocukları ve sağlıklı anne-baba çocuklarını nöro-bilişsel testler ile değerlendirmiştir. Bu çalışmada BB tanısı alan ebeveynlerin çocuklarının dikkatin yoğunlaştırılması, dikkatte seçicilik, çalışma belleği, yakın bellek ve öğrenme alanlarında kontrol grubuna göre daha kötü performans sergilediği saptanılmıştır. Buna karşın şizofreni tanılı ebeveynlerin çocukları ise bölünmüş dikkat, dikkati odaklama, dikkat hızı, çalışma belleği, kısa süreli bellek, öğrenme, yürütücü işlevler ve sözel akıcılıkta zorlanmadır. Bu araştırma sonucunda elde edilen bulguların birer endofenotip adayı olabileceği ancak bulguların netleştirilmesi için örneklemin yirmili yaşların sonuna kadar takip edilmesi gerektiği bildirilmiştir.

Kökçü ve Kesebir ise (2010) bipolar bozukluğu olan hastalar ve çocuklarında bağlanma biçimlerini ve bağlanma biçimi ile mizaç, kişilik ve hastalığın klinik özellikleri arasındaki ilişkiyi araştırmışlardır. BB tanılı 44 ebeveynin 35 çocuğu ile yaş ve cinsiyet yönünden eşleştirilmiş 84 sağlıklı bireyin karşılaştırıldığı bu araştırma sonucunda hem bipolar ebeveynler hem de çocuklarında güvensiz bağlanmanın sağlıklı bireylerdekinden anlamlı ölçüde daha sık olduğu görölmüştür. Bu araştırmanın bulgularına göre BB olgularının kaçınan ve kaygılı /ikircikli bağlanma puanları sağlıklı kontrollerden anlamlı ölçüde yüksektir. Dahası BB olgularının çocuklarının kaygılı/ ikircikli bağlanma puanları tanı alan ebeveynlerinininkinden de yüksektir. Bipolar tanılı ebeveynlerin çocuklarında, ebeveynin kaçınan ve kaygılı/ ikircikli bağlanması, depresif dönem sayısı, irritabl mizaç, düşük sosyal işlevsellik ve depresyon-mani-iyilik gidiş örüntüsü güvensiz bağlanmanın yordayıcıları olarak saptanmıştır. Sonuç olarak yazarlar güvensiz bağlanma ve duygudurum bozukluğu tanısı arasında karşılıklı ve çift yönlü, olumsuz bir etkileşim olduğunu, mizacın bağlanma biçimi ile ilişkili olabileceğini bildirmiştir.

Ülkemizde depresif spektrum bozuklukları tanısı alan ebeveynlerin çocukları üzerinde yürütölmüş olan araştırmaların Aslan ve arkadaşlarının (1998) araştırması ile başladığı görölmüştür. Bu araştırmada annede süregelen depresyonun çocuktaki kaygı ve depresyon üzerine etkisi değerlendirilmiştir. DSM-IV ölçütlerine göre Distimik Bozukluk tanısı alan 44 kadın hastanın 8-

17 yaş arası 79 çocuğu ile herhangi bir ruhsal/ organik hastalık nedeniyle tedavi başvurusu olmayan 45 annenin 75 çocuğu karşılaştırılmıştır. Bu araştırma verilerine göre Distimik Bozukluk grubundaki çocukların % 14.0'ünün klinik öz bildirm ölçeklerinde klinik olarak anlamlı depresif yakınmalar bildirdiği, ayrıca bu çocuklarda depresyon, durumluk ve sürekli kaygı puanlarının anlamlı ölçüde daha yüksek olduğu saptanmıştır. İkincil analizlerde anneleri Distimik Bozukluk tanısı alan 12-17 yaş grubundaki çocukların bildirdiği depresyon ve anksiyete yakınmalarının anlamlı ölçüde daha yüksek olduğu görölmüş ve bu bulgu ergenlik döneminin depresif bozukluklar için riskli olması ve bu dönemde karşılaşılan çevresel stresörlerin fazlalığı ile açıklanmaya çalışılmıştır.

Öztop ve Uslu ise (2007) çalışmalarında MDB tanılı annelerin oyun çağındaki çocuklarını (14- 38 ay) değerlendirmiştir. Bu çalışmada MDB grubu 15 anne ve çocuk çiftinden oluşturulmuş, kontrol grubuna ise herhangi bir psikiyatrik tanı almayan 16 anne-çocuk çifti dahil edilmiştir. Bu çalışmada MDB tanılı annelerin çocuklarında gelişimsel gecikmenin kontrol grubundaki çocuklara göre anlamlı ölçüde daha fazla olduğu, anne-çocuk ilişkisinde daha çok sorun yaşandığı ve çocuklarda güvensiz bağlanmanın anlamlı ölçüde daha fazla olduğu saptanmıştır. İkincil analizler annedeki MDB tanısının çocukta özellikle dil bilişsel gelişimi etkileyebileceğini düşündürmüştür. MDB grubunda Vineland Uyumsal Davranış ölçeği ile değerlendirilen iletişim, alıcı/ ifade edici dil, sosyalleşme ve başa çıkma becerileri anlamlı ölçüde daha düşüktür. Yine bu grupta 0:3 tanı sistemine göre saptanan ilişki bozukluğu anlamlı ölçüde daha yüksektir.

Yıldız Öç ve arkadaşları (2006) MDB tanılı onsekiz (17 anne, 1 baba), Anksiyete Bozukluğu tanılı onbeş (14 anne, 1 baba) ve psikotik bozukluk tanılı yirmisekiz (10 anne, 18 baba) ebeveynin çocukları ile herhangi bir psikiyatrik tanı/ tedavi öyküsü olmayan 35 erişkinin 8- 14 yaş arası çocuklarını değerlendirmiştir. Bu çalışmada anne/ babasında psikiyatrik tanı olan çocuklarda ruhsal bozuklukların anlamlı ölçüde daha yaygın olduğu saptanmıştır (% 62.3'e karşı % 34.3). MDB tanılı annelerin çocuklarında DEHB % 29.4, Anksiyete Bozuklukları % 11.8, Dışa atım Bozuklukları % 11.8, MDB % 5.9, Kekemelik ve tik bozuklukları ise % 11.8 oranında

saptanmıştır. MDB tanılı babanın tek çocuğu MDB tanısı almıştır. Anksiyete bozukluğu tanılı annelerin çocuklarında saptanan tanılar ise DEHB % 35.7, Anksiyete Bozuklukları % 21.4, MDB % 14.3, Kekemelik ve Tik Bozuklukları ise % 7.1 olarak sıralanmıştır. Anksiyete Bozukluğu tanısı olan babanın tek çocuğu DEHB tanısı almıştır. Psikotik Bozukluk tanılı annelerin çocuklarındaki tanılar DEHB % 20.0, MDB % 10.0, Anksiyete Bozukluğu % 10.0 olarak sıralanmıştır. Babaları psikotik bozukluk tanısı alan çocuklardaki tanılar ise DEHB % 33.3, MDB % 11.1, diğer psikopatolojiler ise % 5.6 olarak bulunmuştur.

Deniz (2008) tez araştırmasında Distimik Bozukluk tanısı alan 25 ebeveyn (23'ü anne olmak üzere) ve bu ebeveynlerin 7- 18 yaş arası 28 çocuğu ile hean rhangi bir psikiyatrik tanı almayan 24 annenin 27 çocuğunu karşılaştırmıştır. Bu araştırmada DB tanılı ebeveynlerin çocuklarında ruhsal bozuklukların yaygınlığının kontrol grubuna göre anlamlı ölçüde artmış olduğu (% 60.0'a karşı % 18.5) saptanmıştır. DB tanılı ebeveynlerin çocuklarında K-SADS-PL ile saptanan en sık tanılar; duygudurum bozuklukları (% 17.0), anksiyete bozuklukları (% 17.0) ve yıkıcı davranış bozuklukları (% 14.0) olarak bulunmuştur. Öz bildirim ölçekleri ile değerlendirilen benlik saygısı ve algılanan sosyal destek düzeyleri açısından iki grup arasında anlamlı fark saptanamamıştır. İkincil analizlerde ise benlik saygısının ebeveyni on yıldan uzun süredir tedavi alan çocuklarda anlamlı ölçüde daha düşük olduğu bulunmuştur. Bu araştırma verilerine göre DB tanılı ebeveynlerde evlilik uyumu ve sosyal işlevsellik kontrol grubuna göre daha düşüktür. On yıldan uzun süredir tedavi alan ve DB tanısı alan ebeveynlerde evlilik uyumunun daha kısa süredir tedavi alanlarınkine göre anlamlı ölçüde daha düşük olduğu da görülmüştür.

Tufan ve Boşgelmez (2009), MDB, YAB ve panik bozukluğu tanısı alan annelerin çocuklarında ÇGDDÖ ile bildirilen yakınmaları değerlendirdikleri araştırmalarında annelerin çocuklarında en sık dikkat sorunları, saldırgan davranışlar ve sosyal çekilme bildirdiklerini saptamıştır. Bu araştırmada birincil olarak odaklanılan bedensel yakınmalar için gruplar arası anlamlı fark saptanamamıştır. Tüm örnekleme kız çocuklar anksiyete/ depresyon ve içe yönelim sorunları alt testlerinden anlamlı ölçüde daha yüksek puanlar almıştır. Bu araştırmada ayrıca MDB tanısı alan

annelerin çocuklarının suça yönelik davranışlar alt testinden anlamlı ölçüde daha yüksek puanlar aldığı bildirilmiştir. Diğer alt testlerde ise anlamlı fark saptanamamıştır. Yazarlar ebeveyndeki psikopatoloji ile çocuğun ruhsal durumu arasında ilişki olabileceğini ancak bu ilişkileri daha iyi belirleyebilmek için ek araştırmalar gerektiğini bildirmiştir.

Babalarda duygudurum bozukluğu tanısının çocuklara etkisi üzerine ülkemiz yazınında kısıtlı veri bulunmaktadır. Tufan ve arkadaşları (2014); bir bölge hastanesinin alkol/ madde kullanım bozuklukları polikliniğine ilk kez başvuran Tip I alkolizm ölçütlerini karşılayan 20 baba, aynı tedavi merkezinde ayaktan takip ve tedavi edilen MDB (Tek Epizod, Kronik) tanısı alan 41 baba ve yaşça eşleştirilmiş, psikiyatrik tedavi öyküsü olmayan 36 babanın çocuklarını (sırasıyla; 40, 41 ve 36 çocuk) anne ve babaların ortak olarak doldurduğu ÇGDDÖ ile değerlendirmiştir. Bu araştırmada MDB grubu ve alkol/ madde kullanım bozuklukları grubu Klinik Global İzlenim Ölçeği ile değerlendirilen bozukluk şiddeti bakımından eşleştirilmiştir. Ebeveynlerde ikinci eksen tanıları ise klinik muayene ile dışlanmıştır. Sonuç olarak ÇGDDÖ puanlarının alkol/ madde kullanım bozuklukları, MDB ve kontrol grubu şeklinde sıralandığı ve gruplar arasında anlamlı fark olduğu görülmüştür. MDB tanılı babaların çocuklarından ÇGDDÖ toplam sorun puanı klinik olarak anlamlı ölçüde olanların oranı % 9.6'dır. İç ve dış yönelim sorunları için aynı oranlar sırasıyla % 12.2 ve % 9.6 olarak saptanmıştır.

Yürümez ve arkadaşlarının (2014) 18- 48 ay arası 50 çocuk ve annelerini değerlendirdiği araştırması ise anne- çocuk ilişkisinde depresyon veya anksiyete yakınmalarından çok aleksitiminin etkili olabileceğini düşündürmektedir. Bu araştırmada annelerdeki aleksitimi düzeyinin anne-bebek ilişkisini bozduğu ve annedeki depresif yakınmaları artırdığı görülmüştür. Annede depresyon ve anksiyete düzeyleri kontrol edildiğinde ise tek başına aleksitimi anne- bebek ilişkisini bozmaktadır.

2.3. EMOSYON KAVRAMI

2.3.1. Tanım

Psikiyatri yazınında “emosyon” (duygu) başlığı altında sıklıkla duygulanım (“afekt”) ve duygu durum (“mood”) olmak üzere iki durum ifade edilmektedir (Işık ve Işık 2013). Bu yaklaşımda “duygulanım”; zihinsel bir duruma eşlik eden, yüzde ve beden hareketlerinde nesnel olarak gözlenebilen duygu tonu olarak tanımlanır. Duygu durum ise görece dengeli ve uzun süreli bir ruh halidir (Işık ve Işık 2013).

Nöro-bilim yazınında ise “emosyon” farklı bir kavram olarak ele alınır. Bu yaklaşımda duygusal uyarının vücutta oluşturduğu iç ortam değişikliği ile yüksek beyin yapılarının devreye girdiği “hissetme” sürecine dikkat çekilir (Rolls 1999). Nöro-psikiyatrik açıdan “emosyon” dediğimizde anlaşılacak olan, uyarana veya düşünceye karşılık olarak iç ortamın değişmesi ve bir davranışsal cevabın oluşmasıdır (Panksepp 1998, Rolls 1999). Bu süreçte afektin bilinçli olarak algılanması ve otonomik davranışsal göstergeler ile dışa vurulması yer aldığından emosyon kavramı “duygu vurum” terimi ile de açıklanabilmektedir. (Panksepp 1998). Sonuç olarak insanlarda emosyonel durumların; biliş, eyleme güdülenme ve bilinçli bir his boyutunu içerdiği söylenebilir (Kalat 2007).

Nöro-bilimsel açıdan emosyonlar birincil ve ikincil olarak sınıflandırılabilir (ref?). Birincil emosyonlar, amigdala ve anterior singulat korteksin bulunduğu limbik devrelerden kaynaklanır, doğuştan beri vardır ve bedeni “savaş ya da kaç” durumuna hazırlar. Kùltürler arası araştırma ve karşılaştırmalar, evrensel olarak var olan altı temel, birincil emosyonun varlığını desteklemektedir. Bunlar; mutluluk, üzüntü, öfke, korku, tikslenme ve şaşkınlık olarak sıralanmaktadır (Lewis 2007). İkincil emosyonlar ise yaşanan deneyimlerle sonrada edinilir ve öğrenilmiş tepkilere yol açar. Bunların utanç, kıskançlık, suçluluk gibi sosyal emosyonlar olduğu ve prefrontal bölge ile ilişkili oldukları ileri sürülmüştür (Lewis 2007).

Duygu içeriğinin ifade edilmesinde geleneksel yaklaşım duygusal içerikleri ayrık duygu kategorileri (üzgün, kızgın, mutlu vb.) içerisinde sınıflandırmaktadır. Son yıllarda yapılan

alışmalar ise kategorik yaklaşımın yetersiz kaldığını ve duygusal içeriklerin çok boyutlu bir yaklaşımla değerlendirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır (Niedenthal 2007). Duygusal durumların çok boyutlu bir uzay üzerinde temsil edilmesinin duyguyu daha doğru şekilde tanımladığını ileri sürülmektedir. (Niedenthal 2007). Duygunun boyutsal olarak değerlendirilmesinde ilk olarak duygusal uzay pozitiften negatife (“valence” - değerlik) ve sakinlikten heyecanlıya (“arousal” - uyarılma) doğru bir skala üzerinde değerlendirilmiştir (Posner ve ark. 2005, Niedenthal 2007). Daha sonraki araştırmalar bu iki eksene baskınlık (“dominans”) boyutunun da eklenmesinin tepkilerin mlenmesini kolaylaştıracaklarını göstermiştir (Niedenthal 2007). Güncel araştırmalarda duygunun değerlik, uyarılma ve baskınlığa göre üç boyutlu olarak değerlendirilmesinin uygun olduğu kabul edilmektedir (Başze 2008, Niedenthal 2007).

2.3.2. Bilişsel ve Emosyonel çatışmalar ve mlenmeleri

İnsanlar yaşamları boyunca sürekli çeşitli duyusal uyaranlara maruz kalmakta ve hayatta kalabilmek için bu uyaranlara dikkatini vererek, kararlar almaktadır. Çevreden gelen bir uyaran görevle uygunsuz olduğunda bireyin performansı üzerine bozucu etki gösterdiğinden insan beyni uygun uyaranları işlemlerken görevle uygunsuz olan uyaranları “dikkat yanlılığı” düzeneklerini kullanarak görmezden gelebilmektedir. Çatışmalı durumların üstesinden gelinmesini sağlayan bu düzeneğe “atışma mlmesi” denilmektedir (Egner ve ark. 2008, Egner 2008). Egner ve arkadaşları (2008); bilişsel çatışmaların mlenmesinde lateral prefrontal korteksin, emosyonel çatışmaların mlenmesinde ise rostral ve subgenua anterior singula korteks ve amigdalanın görev aldığını bildirmiştir. Haas ve arkadaşları (2006) ise çatışma varlığının kaudal anterior singula korteks tarafından gözlendiğini, çatışmanın tipine göre (bilişsel/ emosyonel) mlenin ise rostral anterior singula korteks veya dorsolateral prefrontal korteks tarafından gerçekleştirildiğini bildirmektedir. Dolayısıyla bilişsel ve emosyonel çatışmaların mlenmesinde birbirleri ile kısmen örtüşen ve karşılıklı ilişki içinde olan nöral ağlar yer aldığını

ve bu nöral ağlardan herhangi birinde bir bozukluk ortaya çıktığında çatışma çözümleme sürecinin bozulduğu söylenebilir (Egner ve ark. 2008, Egner 2008).

Bilişsel çatışmanın klasik örneği farklı renklerde basılmış olan renk isimlerinin okunması sırasında renkli basılmış nötr kelimelerin okunmasına göre daha fazla zorlanıldığını (tepki zamanlarının uzadığını) gösteren Stroop interferans etkisidir (van Maanen ve ark. 2009, Milham 2003, Karakaş 2011). Görüntüleme çalışmaları bu görev sırasında anterior singulat korteks ve dorsolateral PFK'in tutarlı bir şekilde aktive olduğunu göstermiştir (Karakaş 2011). Bu görev sırasında hem ASK hem de DLDPFK çatışma çözümleme ve hataların yakalanmasında aktive olurken, DLDPFK yürütücü işlevler ve bellek işlevlerine yardımcı olmakta, ASK ise dikkat kaynaklarının paylaşılmasında ve uygun yanıtın seçilmesinde görev almaktadır (van Maanen ve ark. 2009, Karakaş 2011).

Klasik Stroop interferans etkisinden emosyonel bilgi işlemenin değerlendirilmesi amacıyla faydalanabilmesi için emosyonel Stroop paradigmaları geliştirilmiştir (Frings ve ark. 2010). Bu paradigmada emosyonel çatışma, emosyonel kelimeler ve renkleri veya emosyonel kelimeler ve sayıları arasında bir çatışma yaratarak dolaylı olarak ölçülebilir. Ancak bu paradigmanın sınırlılığı hem biliş hem de emosyonla ilgili düzenekleri aktive etmesidir (Frings ve ark. 2010). Örneğin bireye “yas”, “şiddet”, “acı” gibi negatif emosyonel kelimeler ve “saat”, “kapı” ve benzeri daha nötr kelimeler karışık olarak sunulabilir. Görevde kullanılan kelimeler farklı renklerde olabilir ve bireyden kelimelerin renklerini söylemesi istenebilir. Günümüze kadar uygulanmış olan araştırmalarda MDB tanılı bireylerin negatif değerlikli kelimelerin renklerini nötr olanlarınkine göre daha geç söyleyebildiği gösterilmiştir (Frings ve ark. 2010). Hem klasik hem de emosyonel Stroop paradigmalarında bireyin görevle ilişkisiz/ çeldirici bilgiyi bastırabilme becerisi ölçülmektedir. Ancak emosyonel Stroop testinde çatışma uyarının birey için taşıdığı emosyonel anlam ve uyarının kendisi arasındayken, klasik Stroop paradigması uyumsuz renk ve kelime arasındaki çatışmayı ölçmektedir (Frings ve ark. 2010).

Çatışma çözümleme kavramını derinlemesine anlayabilmek ve değerlendirebilmek için çeşitli ölçüm araçları geliştirilmeye çalışılmış, çatışma çözümlemesini kolaylaştıran ve zorlaştıran faktörler üzerinde durulmuş, çözümleme sürecinde görev alan nöral devreleri tanımlayabilmek için nöro-görüntüleme çalışmaları yapılmıştır. Bu çalışmalarda Stroop paradigmasının farklı biçimleri kullanılmıştır (Haas ve ark. 2006, Frings ve ark. 2010, Compton ve ark. 2003).

2.3.3. Emosyonel Stroop Paradigması

Klasik Stroop paradigması bilişsel çatışmaların çözülmesinde en sık kullanılan ve etkisi kanıtlanmış paradigmalardan biridir (Karakaş 2011). Son yıllarda stroop testinin emosyon düzenleme becerilerini de değerlendirebilecek şekilde değiştirilmiş biçimleri araştırmalarda kullanılmaya başlanmıştır (Frings ve ark. 2010). Emosyonel süreçlerin değerlendirilebilmesinde sıklıkla duygulara yönelik Stroop renk-isimlendirme görevi (“Emotional Stroop Color Naming Test”) kullanılmıştır. Bu testte deneklere farklı renklerde yazılmış bir takım kelimeler sunulmakta ve deneklerden kelimelerin anlamlarını dikkate almadan renklerini söylemeleri istenmektedir. Tepki süresindeki uzamanın, kelimenin anlamını bastırma konusunda deneğin gösterdiği çabanın arttığına işaret ettiği düşünülmektedir (Frings ve ark. 2010).

Teorik olarak emosyonel çatışma çözümlemesinin doğru bir şekilde değerlendirilebilmesi için yalnızca emosyonel ağları aktive eden ve diğer açılardan etkinliği dikkatli bir şekilde kontrol edilebilen uyaranların kullanılmasına ihtiyaç vardır. Emosyonel Stroop-Renk İsimlendirme Testi’nin emosyonel sistemin yanı sıra bilişsel sistemi de aktive ettiği, bu nedenle emosyonel çatışmaların çözülmesini yeterince değerlendiremediği düşünülmüş ve farklı emosyonel Stroop paradigmaları geliştirilmiştir (Frings ve ark. 2010, Haas ve ark. 2006). Haas ve arkadaşları (2006) emosyonel kelime ve emosyonel yüzleri kullanarak yeni bir kelime-yüz testi geliştirmiş ve deneklerin testteki duygusal uyaranların birbirleri ile uyumlu, uyumsuz veya nötr olma durumlarına göre tepki sürelerinin anlamlı farklılık gösterdiğini bildirmiştir. Haas ve arkadaşlarının geliştirdikleri kelime-yüz paradigması nöro-görüntüleme ile birleştirilmiş ve uyumsuz uyaran denemeleri sırasında anterior singulat korteks etkinliğinde artış saptanmıştır

(Haas ve ark. 2006). Bu bulgu, kaudal ASK'in "çatışma izlem merkezi" olduğunu öne süren model ile uyumludur. Bu da Haas'ın emosyonel kelime- yüz paradigmasının geçerliliğini destekleyen bir veri olarak değerlendirilmiştir (Haas ve ark. 2006). Kelime- yüz emosyonel stroop paradigması ülkemizde daha önce yürütülmüş olan araştırmalarda kullanılmış ve emosyonel çatışmaları çözümleme becerisini değerlendirebildiği gösterilmiştir (Başgöze 2008, Aruntaş 2013). Sonuçta ülkemizde daha önce yürütülmüş olan araştırmalarda kullanılmış olması ve ergenlere uygulanabilir olması nedeniyle bu araştırmada Haas ve arkadaşlarının (2006) kelime- yüz emosyonel Stroop paradigmasının kullanılmasına karar verilmiştir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Belirtilen tez araştırması T.C. S.B. Bolu KHB İzzet Baysal EAH İzzet Baysal Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ve Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniklerinde 2015 Haziran- Aralık ayları arasında yürütülmüştür. Araştırma için Abant İzzet Baysal Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 10.06.2015 tarihinde onay alınmıştır (Karar No: 2015/ 48).

2015 Ocak-Haziran ayları arasında araştırma merkezine başvuran ve Depresyon ve İlişkili Bozukluklar ile Bipolar ve İlişkili Bozukluklar tanılarını almış erişkin hastaların geriye dönük dosya taraması yapılmıştır. Yapılan taramalar sonucunda belirtilen tarihler arasında erişkin psikiyatri kliniğine başvuran ve depresyon ve ilişkili bozukluklardan herhangi birisinin tanısını alan 918 hastadan 216 kadarının yineleyen depresif bozukluk tanılarını karşıladığı düşünülmüş ve bu hastalardan 113'üne telefon ile ulaşılabilmektedir. Bu olgulardan 38'inin evli ve uygun yaş aralığında (12- 16) çocuğu olduğu öğrenilmiştir. On olgu araştırma hakkında bilgilendirildiklerinde katılımı kabul etmemiş, bir olgunun ise SCID-I ile tanısı yeniden değerlendirildiğinde Yaygın Anksiyete Bozukluğu tanısı aldığı saptanarak araştırmadan dışlanmıştır. Sonuçta çalışmamızın yineleyen depresif bozukluk ayağına 27 ebeveyn ve çocukları alınabilmektedir.

Belirtilen tarihler arasında erişkin psikiyatri kliniğine başvuran, uygun yaş aralığında (30- 50) olan ve BP spektrum bozuklukları (BP-I, II, BTA-BP, GTD/ Madde Kullanımına bağlı BP) tanısını alan 385 hasta olduğu görülmüştür. Bu olgulardan genel tıbbi durum ve tedaviye bağlı olanlar çıkarıldığında uygun yaş aralığında 163 BP olgu (I, II) saptanabilmektedir. Hastalardan 95'ine telefon ile ulaşılabilmiştir. Bu olgulardan 23'ünün çocuklarının yaşça küçük, onbirinin yaşça büyük olduğu, 22 olgunun bekar olduğu, 12'sinin ise çocuğu bulunmadığı saptanmıştır. Beş olgu çocuklarının belirtilen yaş aralığında olduğunu ancak çalışmaya katılmak istemediklerini belirtmiştir. Olguların tanıları SCID-I ile netleştirildiğinde üçü BP değil UP Depresyon tanısı alırken, bir olgu Psikotik Bozukluk tanısı almıştır. Bir olgu okuma yazma bilmemektedir, diğer bir olgunun ise çocuğunda zeka geriliği olduğu saptanmıştır. Sonuçta çalışmamızın bipolar bozukluk ayağına 20 ebeveyn ve çocukları alınabilmektedir.

Belirtilen tarihler arasında, kontrol grubu için işleme şartlarına uygun 34 ebeveyn saptanabilmektedir. Bu ebeveynlerden birinde duygu durum bozukluğu dışında psikopatoloji (YAB) olduğu öğrenilmiş ve çalışmadan dışlanmıştır. Kontrol grubundaki üç ebeveyn SCID-I ile yineleyen depresyon tanısı almış ve depresyon grubuna dahil edilmiştir. Sonuçta çalışmamızın kontrol grubu ayağına 30 ebeveyn ve çocukları alınabilmektedir.

Sonuç olarak çalışmaya 30- 65 yaş arasındaki, DSM-IV ölçütlerine göre yapılandırılmış klinik görüşme (SCID-I) ile yineleyen MDB ve BP-I/ II tanılarını karşıladığı doğrulanan, epilepsi/ süregelen nörolojik hastalığı olmayan, zeka geriliği veya aktif psikotik bulguları olmayan, evli/ dul/ boşanmış/ ayrı yaşayan, 12- 16 yaş arası ergen çocuğu olan ve çalışmaya katılmak için aydınlanmış onam veren toplam 81 aileden 90 çocuk dahil edilmiştir..Ergenlerin çalışmaya dahil edilebilmeleri için kendilerinin de sözel onamları alınmıştır.

Araştırma öncesi yapılan güç analizinde 3 grup (yineleyen MDB/ BP I ve II/ Sağlıklı kontroller) arasında, % 80 güç ve $p= 0.05$ anlamlılık seviyesi ve 5 serbestlik derecesinde, 3 ortak değişken (cinsiyet, tanı alan ebeveyn cinsiyeti ve yaş grubu 12- 14, 15-16) ile yürütülecek ANCOVA için toplam 86 kişilik bir örneklemin yeterli olduğu saptanmıştır (Faul ve ark. 2007). Takip ve hasta

toplama sürecinde % 10.0'luk bir kayıp olabileceği değerlendirildiğinde çalışma grubunun toplam 95 kişiden oluşturulması planlanmış ancak araştırma sürecinde 90 kişiye ulaşılabılmıştır.

Ölçüm Araçları:

- 1. Görüşme Formu:** Araştırmacılar tarafından geliştirilmiş olan görüşme formunda ergenin yaşı, cinsiyeti, el tercihi, sınıfı, ebeveynlerin yaşları, eğitim düzeyleri ve meslekleri, ailede psikiyatrik öykü olup olmadığı, tanı alan ebeveyn varlığı ve tanısı, ergenin geçmiş tıbbi/psikiyatrik öyküsü sorulmuştur.
- 2. Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (ÇDŞG- ŞY, Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children Kiddie- SADS- Lifetime Version; K-SADS-PL):** K-SADS-PL, çocuk ve ergenlerin DSM-III-R (APA 1987) ve DSM-IV (APA 1994) tanı ölçütlerine göre geçmişteki ve şu andaki psikopatolojilerini saptamak amacıyla Kaufman ve arkadaşları (1997) tarafından geliştirilmiş, yarı yapılandırılmış bir görüşme formudur. K-SADS-PL'nin Türkçe uyarlaması, geçerlik ve güvenirlik çalışması Gökler ve arkadaşları (2004) tarafından yapılmıştır. Dört ana tanı grubuna (kaygı bozuklukları, DEHB, dışa atım bozuklukları ve tik bozuklukları) yönelik olarak dört hafta aralıklı yapılan test-tekrar test güvenirliği ise 0.62 ile 0.87 arasında değişmektedir. DEHB için (n=8) güvenirlik ise 0.68 olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada görev alacak olan araştırma görevlilerine K-SADS PL uygulama eğitimi verilmiştir.
- 3. DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, SCID-I):** Ana DSM –IV Eksen I tanılarının konması için geliştirilmiş, yapılandırılmış bir klinik görüşme ölçeğidir (First ve ark. 1997). Değerlendirmenin standart bir biçimde uygulanmasını ve DSM-IV tanı ölçütlerinin sistematik olarak taranmasını sağlayarak tanıların geçerlilik ve güvenilirliğini artırır. SCID-I'in Türkiye için uyarlama ve güvenirlik çalışmaları Çorapçıoğlu ve

arkadaşları (1999) tarafından yapılmıştır. SCID-I bu araştırmada yineleyen MDB ve BP I/II tanılı ebeveynlerde tanıyı doğrulamak, sağlıklı kontrol grubundaki ebeveynlerde ise psikopatolojiyi dışlamak için kullanılmıştır. Ebeveynlerle görüşmeler SCID-I görüşmesi için eğitim almış bir yetişkin ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı tarafından yapılmıştır.

- 4. State- Trait Anxiety Inventory (STAI-T):** Durumluk- Sürekli Kaygı Ölçeği; Spielberger ve arkadaşları (1970) tarafından geliştirilmiş, Öner ve Le Compte (1983) tarafından Türk toplumuna uyarlaması yapılmıştır. Durumluk ve sürekli kaygı düzeylerini 20 soru ile ayrı ayrı ölçek likert tipi bir öz bildirim ölçeğidir. Durumluk Kaygı Ölçeği (DKÖ), ani değişiklik gösteren heyecansal reaksiyonları değerlendirmede oldukça duyarlı bir araçtır. Envanterin ikinci bölümünde yer alan yine 20 maddeden oluşan Sürekli Kaygı Ölçeği (SKÖ), kişinin genelde, yaşama eğilimi gösterdiği kaygının sürekliliğini ölçmeyi amaçlamaktadır. Alınan puanlar kaygı düzeyleri ile orantılıdır. Yirmişer maddelik “durumluk kaygı” ve “sürekli kaygı” alt ölçeklerinden oluşmaktadır. Her iki ölçekten elde edilen toplam puan değeri 20-80 arasında değişmektedir (Öner ve Le Compte 1983). “Durumluk - Sürekli Kaygı Envanterlerinde iki tür ifade vardır . Doğrudan ifadeler olumsuz duyguları, tersine dönmüş ifadeler ise olumlu duyguları dile getirir. Durumluk Kaygı Envanterindeki tersine dönmüş ifadeler 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20. maddelerdir. Sürekli Kaygı Envanterindeki tersine dönmüş ifadeler ise 21, 26, 27, 30, 33, 36 ve 39 uncu maddeleri oluşturur. Doğrudan ve tersine dönmüş ifadelerin ayrı ayrı toplam ağırlıkları bulunduktan sonra doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlık puanından, ters ifadelerin toplam ağırlık puanı çıkarılır. Bu sayıya, önceden saptanmış, sabit bir değer eklenir. Durumluk Kaygı Envanteri için sabit değer 50, Sürekli Kaygı Envanteri için ise 35’dir. Bu araştırmada ölçeğin Sürekli Kaygı Envanteri bölümü kullanılmış, ölçek hem ebeveynler hem de çocukları tarafından doldurulmuştur.

5. Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği (ÇDÖ, Children's Depression Inventory, CDI):

Çocuklar için Depresyon Ölçeği, 6-17 yaş çocuklarına uygulanabilen ve depresyonla uyumlu yakınmaları değerlendiren bir kendini değerlendirme ölçeğidir (Kovacs 1985). Ölçek çocuğa okunarak ya da çocuk tarafından Okunarak doldurulur. 27 maddelik ölçekte her madde için üç değişik seçenek bulunmaktadır. Çocuktan son iki hafta için kendisine en uygun cümleyi seçmesi istenir. Örneğin; 1.Kendimi arada sırada üzgün hissederim. 2. Kendimi sık sık üzgün hissederim.3. Kendimi her zaman üzgün hissederim. Her madde belirtinin şiddetine göre 0, 1 ya da 2 Puan alır. Maksimum puan 54'tür. Alınan Puan ne kadar yüksekse, depresyon o kadar ağır demektir. Kesim puanı 19 olarak önerilir (Öy 1991). Ülkemizde geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır. ÇDÖ bu çalışmada 12- 16 yaş arası ergenlerde doldurtulmuştur.

6. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ, Beck Depression Inventory, BDI): Depresyonda görülen bedensel, duygusal, bilişsel belirtileri ölçen yirmi bir maddelik bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Alınacak en yüksek puan 63'tür. Toplam puanın yüksekliği depresyonun şiddetini gösterir. Beck ve arkadaşları (1961) tarafından geliştirilmiş olup ülkemizde geçerlilik ve güvenirlik çalışması, Hisli (1989) tarafından yapılmıştır. Araştırmamızda bu ölçek ebeveynler tarafından kendileri için doldurulmuştur.

7. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği: Bu ölçek 20 yaş öncesi istismar ve ihmal yaşantılarını geriye dönük ve niceliksel olarak değerlendirmede yararlıdır. Öz bildirim ölçeğidir. 3 tanesi minimizasyon olmak üzere toplam 28 addeden oluşur. Beşli likert tipi değerlendirme sağlar (1: Hiç bir zaman, 2: Nadiren, 3: Kimi zaman, 4: Sık olarak, 5: Çok sık). Çocukluk çağı istismarıyla ilişkili olarak cinsel, fiziksel, emosyonel istismarı ve emosyonel ve fiziksel ihmali konu alan 5 alt boyutu içerir. CTQ hesaplanırken önce olumlu ifadelerden (2, 5, 7, 13, 19, 26, 28) elde edilen puanlar ters çevrilir. Beş alt puanın toplamı CTQ-28 toplam puanını verir. Alt puanlar 5- 25, toplam puan 25- 125 arasındadır. Olumlu ifade olmasına rağmen minimizasyon (10, 16, 22) ile ilgili ifadeler ters çevrilmez, çünkü

bu maddeler travmanın inkarını ölçer ve toplam puanı etkilemez. Minimizasyon puanının hesaplamak için bu 3 maddenin her birinden alınan sadece 5 (en yüksek puan) hesaba katılır ve 1 puan olarak sayılır. Dolısıyla minimizasyon puanı 0- 3 arasında değişir. Emosyonel istismar 3, 8, 14, 18, 25. maddelerle, fiziksel istismar 9, 11, 12, 15, 17. maddeler ile fiziksel istismar 1, 4, 6, 2, 26. maddeler ile emosyonel ihmal 5, 7, 13, 19, 28. maddeler ile, cinsel istismar 20, 21, 23, 24, 27. Maddeler ile ölçülür (Bernstein ve ark. 1994). Ölçeğin Türkçe çevirisinin kesim puanı hesaplanmamıştır (Şar ve ark. 2012, Aydemir ve Köroğlu 2012). Araştırmamızda ölçek ebeveynler ve ergenler tarafından ayrı ayrı kendileri için doldurulmuştur.

8. **“Pubertal değerlendirme:** Genel olarak ebeveynlerinde psikopatoloji bulunan çocuklarda, özelde de duygu durum bozukluğu tanısı alan ebeveynlerin çocuklarında yürütülmüş olan araştırmalarda en önemli kısıtlılıklardan biri çocukların pubertal durumlarının değerlendirilmemiş olmasıdır (Akdemir 2004, Wals ve ark. 2001). Oysa, çocukların pubertal gelişimlerinin duygu durum bozukluğu gelişimini, özellikle de kızlarda etkilediği bilinmektedir (Harrington 2001). Daha önce yurt dışında yapılmış araştırmalar çocuk ve ergenlerde pubertal gelişimin öz bildirim ölçekleri ile geçerli ve güvenilir bir şekilde değerlendirilebileceğini göstermiştir (Rasmussen ve ark. 2015, Carskadon ve Acebo 1993). Ülkemizde, bildiğimiz kadarıyla çocuk ve ergenlerin pubertal gelişimlerini öz bildirime dayalı olarak değerlendiren bir ölçek bulunmamaktadır. Bu araştırmada Carskadon ve Acebo (1993) tarafından geliştirilmiş olan ölçeğin bu amaçla kullanılıp kullanılmayacağı da değerlendirilmiştir. Ölçek, iyi derecede İngilizce bilen bir öğretim üyesi tarafından Türkçeye çevrilmiş, metin ardından iyi derecede İngilizce bilen bir Araştırma Görevlisi tarafından bağımsız olarak İngilizceye çevrilerek anlam kaybı/değişimi olup olmadığı araştırılmıştır. Araştırmamızda bu ölçek ergenlere doldurtulmuştur.

9. **Çocuk ve Gençlerde Davranış Değerlendirme Ölçeği (ÇGDÖ, Child Behavior Checklist) Disregülasyon Profili (ÇGDÖ-DP).** Çocuk ve Gençlerde Davranış

Değerlendirme Ölçeği (ÇGDÖ), 6–18 yaş grubu çocuk ve gençlerin yeterlilik alanları ve sorun davranışlarını ebeveynlerinden elde edilen bilgiler doğrultusunda değerlendirmek için Achenbach ve Edelbrock (1981) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin 1991 formunun Türkçeye çevirisi Erol ve Kılıç tarafından yapılmış ve ülkemizdeki 1985 formuyla (Akçakın 1985) devamlılığı sağlayabilmek için gözden geçirilmiştir (aktaran Erol ve ark. 1995). ÇGDÖ'den "İçe Yönelim" ve "Dışa Yönelim" olmak üzere iki ayrı davranış belirti puanı elde edilmektedir. İçe yönelim grubu "Sosyal İçe Dönüklük", "Somatik Yakınmalar", "Anksiyete/Depresyon", Dışa yönelim grubu ise "Suça Yönelik Davranışlar" ve "Saldırgan Davranışlar" alt ölçeklerinin toplamından oluşmaktadır. Ayrıca her iki gruba da girmeyen "Sosyal Sorunlar", "Düşünce Sorunları" ve "Dikkat Sorunları" da ölçekte yer almaktadır. Bu alt ölçek puanlarının toplamından "Toplam Sorun" puanı elde edilmektedir. Ölçeğin test-tekrar test güvenirliği 0.70 ve 0.84; iç tutarlılık değerleri ise 0.39 ve 0.86 olarak bulunmuştur (Erol ve ark. 1995, Erol ve Şimşek 2010). Ölçeğin Türkçe yayın hakkını elinde bulunduran Prof. Dr. Neşe EROL ile bağlantı kurularak araştırmada kullanma izni alınmıştır (13/ 12/ 2013).

ÇGDÖ- Disregülasyon Profili ise ÇGDÖ Dikkat Sorunları (beş madde, $\alpha = 0.63$), Anksiyete/ Depresyon (Sekiz Madde, $\alpha = 0.70$) ve Saldırgan Davranışlar (on dokuz madde, $\alpha = 0.90$) alt ölçeklerinde yükselme olarak tanımlanmaktadır (Boomsma ve ark. 2006, Mbekou ve ark. 2014). ÇGDÖ-DP'nin beş yıllık sürede homotipik devamlılığının yüksek olduğu ($r=0.66$) bildirilmiştir (Boomsma ve ark. 2006).

ÇGDÖ-DP bu araştırmada ergenlerin emosyon düzenleme becerilerini ölçmek üzere ebeveynleri tarafından doldurulmuş ve Dikkat Sorunları, Anksiyete/ Depresyon ve Saldırgan davranışlar alt ölçekleri için T puanları hesaplanmıştır. Geçmiş yazınla uyumlu olarak Disregülasyon Profili T puanı > 210 olan çocukların duygudurum düzenleme sorunları ile karakterize olan bir patolojiyi gösterebileceği kabul edilmiştir (Mbekou ve ark. 2014).

10. **SCL-90-R:** Derogatis (1977) tarafından geliştirilmiş ve Dağ (1991) tarafından Türkçe geçerlik güvenirliği gösterilmiş 90 maddeden oluşan 5-li likert tipi bir öz bildirim ölçeğidir. 17 yaş ve üzerindeki bireylere uygulanır. Genel Belirti Düzeyi, Pozitif Belirti Toplamı ve Pozitif Belirti Düzeyi olarak üç kapsayıcı puan ve 9 alt ölçekten oluşmaktadır. Alt ölçekler somatizasyon, obsesif kompulsif belirtiler, kişiler arası duyarlılık, depresyon, kaygı, düşmanlık, fobik kaygı, paranoid düşünce ve psikotizm olarak sıralanmaktadır. Ölçek genel ortalama puanı olan GBD'nin ölçeğin en iyi endeksi olduğu ve bireydeki psikiyatrik belirtilerden duyulan sıkıntının artışı gösterdiği bildirilmiştir (Dağ 1991). Türkçe formun iç tutarlılığı 0.97, test- tekrar test güvenirliği ise (GBD için) 0.90 olarak saptanmıştır. Yapı geçerliği için temel bileşenler analizi uygulandığında toplam varyansın % 68.7'sini açıklayan tek bir faktör elde edilmiştir (Dağ 1991). Araştırmamızda SCL-90R ebeveynler tarafından kendileri için doldurulmuş ve Genel Belirti Düzeyi puanları hesaplanmıştır.

11. **Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü- Çocuk Emosyonel Yüzleri Resim Seti (The NIMH- Child Emotional Faces Picture Set (NIMH- ChEFS):** Bu resim seti Egger ve arkadaşları tarafından (2011) çocuk ve ergenlerde duygusal yüz ifadelerinin araştırmalarda değerlendirilebilmesi için geliştirilmiştir ve yayın hakkı bulunmamaktadır. Korku, öfke, mutluluk, üzüntü ve nötr olmak üzere beş duyguyu içermektedir. Her duygu hem doğrudan hem de dolaylı bakışlarla ifade edilmektedir. Dolayısıyla 10 farklı durumu içeren 482 fotoğraf bulunmaktadır. Özgün fotoğraf setinde duygular 10- 17 yaş arası 39 kız ve 20 erkek çocuk aktör bulunmaktadır. Özgün araştırmada değerlendiriciler arası uyumun oldukça yüksek olduğu saptanmıştır (Kappa > 0.9). NIMH-ChEFS fotoğraf seti Duke Üniversitesi Gelişimsel Epidemiyoloji Birimi ve Amerika Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü tarafından herhangi bir yayın hakkı veya ücret talebi olmadan araştırmacıların kullanımına sunulmuştur. Ayrıca araştırma hakkında Duke Üniversitesi Gelişimsel Epidemiyoloji

Birimi Şefi Doçent Dr. Helen Egger ile yazışılarak araştırmada kullanım için onay alınmıştır.

NIMH-CHEFS fotoğraf setinin araştırmamızda kullanılabilmesi ve ülkemiz yazınına kazandırılabilmesi için ilk olarak bir ön çalışma yapılmış ve fotoğraflar 5 ayrı oturumda, 0.5- 2 metre arasında değişen uzaklıklarda 15 inçlik bir bilgisayar monitöründe 1280 X 760 piksel çözünürlükte Windows™ Photo Viewer ile değerlendirilmiştir. Değerlendirme beş Araştırma Görevlisi Dr. ve bir Öğretim Üyesi tarafından birbirinden bağımsız olarak yapılmış ve aktörün cinsiyeti, korku/ öfke/ mutluluk/ üzüntü/ nötr gibi duygulardan hangisinin sergilendiği, aktörün yüz ifadesinin doğrudan mı dolaylı mı olduğu, sergilenen duygunun şiddeti (0- 100 arası) ve değerlendiriciye göre sergilenen duygunun sergilenmek istenenle ne ölçüde uyumlu olduğu (0- 100 arası) kodlanmıştır. Değerlendirmeler SPSS 15.0™ paket programı ile hazırlanan bir veri tabanına girilmiş ve değerlendiriciler arası uyum Kappa ve Intra-Class Correlation analizleri ile değerlendirilmiştir. Pilot araştırmanın ikinci basamağında her duygu ve yüz ifadesi (doğrudan/ dolaylı) için en yüksek uyumun sağlandığı fotoğraflar 12- 16 yaş arası sağlıklı 20 ergene (10 kız, 10erkek) uygulanmış ve ardından seçilen fotoğraf seti UP/ BP tanılı ebeveynler ve kontrollerin ergenlik çağındaki çocuklarında Emosyonel Stroop testi için kullanılmıştır.

12. Türkçede Duygusal ve Anlamsal Değerlendirmeli Norm Veri tabanı (TÜDADEN):

Gökçay ve Smith (2011) tarafından uyarılma (pozitif/ nötr/ negatif), değer (valens, pozitif/ nötr/ negatif), baskınlık ve soyut/ somutluklarına göre geliştirilmiş olan bir veri tabanıdır. Veri tabanından seçilmiş olan kelimeler daha önce ülkemizde yürütülmüş olan araştırmalarda kullanılmıştır (Basgöze 2008, Aruntas 2013).

TÜDADEN kelime listesinin araştırmamızda kullanılabilmesi için ilk olarak bir ön çalışma yapılmış ve kelimeler 5 ayrı oturumda, uyarılma, değer, baskınlık ve soyut/ somutluklarına göre beş klinisyen tarafından birbirinden bağımsız olarak değerlendirilmiştir. Değerlendirmeler SPSS 15.0™ paket programı ile hazırlanan bir veri tabanına girilmiş

ve değerlendiriciler arası uyum Kappa ve Intra-Class Correlation analizleri ile değerlendirilmiştir. Pilot araştırmanın ikinci basamağında her uyarılma, değer, baskınlık ve soyut/ somutluk düzeyi için en yüksek uyumun sağlandığı kelimeler 12- 16 yaş arası sağlıklı 20 ergene (10 kız, 10 erkek) uygulanmış ve ardından seçilen kelimeler Emosyonel Stroop testi için kullanılmıştır.

13. Stroop Testi- TBAG formu: Stroop Testi TBAG formu BİLNOT (Bilişsel Potansiyeller için Nöropsikolojik Test) bataryası testlerinin standardizasyonu kapsamında ülkemize uyarlanmış ve standardize edilmiş bir testtir (Karakaş 2011). Siyah basılmış renk isimleri, farklı renkte basılmış renk isimleri, renkli basılmış daireler ve renkli basılmış nötr kelimeler olmak üzere dört kartı içerir. Farklı renkte basılmış renk isimleri kartı ilk kez sunulduğunda renk isimleri okutulurken, ikinci sunumda mürekkebin renginin söylenmesi istenir (Karakaş 2011). Bilişsel atışmaları çözümleyebilme ve bozucu etkiye karşı koyabilme becerisini ölçer. Çalışmamızda Stroop Testi- TBAG formu katılımcı ergenlere eğitimli bir araştırma görevlisi tarafından uygulanmıştır.

14. Emosyonel Stroop: Emosyonel Stroop, emosyonel olarak uyumsuz uyaran çiftlerinin bir arada sunulması ile emosyonel çatışmaları çözümleme becerisini ler (Frings ve ark. 2010). Araştırmamızda Haas ve arkadaşları (2006) tarafından geliştirilen Kelime- Yüz Emosyonel Stroop paradigması kullanılmış ve emosyonel kelimeler ve emosyonel yüzler arasında çatışma oluşturulmuştur. Bu paradigma daha önce ülkemizde yrtlmş araştırmalarda sağlıklı ve MDB tanılı erişkinler ve sağlıklı ergenlerde kullanılmış ve emosyonel çatışmayı değerlendirebildiğı gösterilmiştir (Başgöze 2008, Aruntas 2013).

Çalışmamızda uzunlukları, baskınlıkları, soyut/ somutlukları ve uyarılma değerleri eşlenmiş, pozitif, negatif ve nötr değerlikli beşer kelime dört mutlu (iki kız, iki erkek), dört üzüntülü (iki kız, iki erkek), dört nötr (iki kız, iki erkek), dört öfkeli (iki kız, iki erkek) ve dört korkulu (iki kız, iki erkek) olmak üzere toplam 20 yüz eşliğinde sunulmuştur. Nötr yüz ifadesi eşliğinde sunulan nötr kelimeler ile bazal ölçüm sağlamıştır. Uyarılar 1280 X

760 piksel çözünürlükte, 15 inçlik bir bilgisayar ekranının merkezinde verilmiştir. Geçmiş araştırmalara uygun olarak uyaran süresi 2000 ms, uyaranlar arası aralık 1500 ms olacak şekilde ayarlanmış, denek ekrana 60 cm uzakta oturtulmuş ve kelimeler gri renkli olarak sunulmuştur (Basgöze 2008, Aruntas 2013). Yönerge verilmesi sonrası iki nötr yüz- nötr kelime uygulaması ile alıştırmaya yapılmış, ardından her biri 50 resim içeren, ve pozitif/ negatif/ nötr kelime sayılarının dengelendiği (“counter-balancing”) üç blokta toplam 150 deneme yapılmıştır. Ülkemizde daha önce yapılmış olan araştırmalardaki benzer biçimde katılımcının pozitif kelimeler için L, negatif kelimeler için S, nötr kelimeler için Y tuşuna basması istenmiştir. Yönergelerle birlikte Emosyonel Stroop uygulamasının katılımcı başına 20 dakika sürmesi planlanmıştır (Basgöze 2008, Aruntas 2013). Uyaranlar kullanım hakkı sorumlu öğretim üyesi tarafından satın alınmış olan Inquisit 4.0 programı ile sunulmuştur (Millisecond Software 2014).

15. **Sosyodemografik düzeyin belirlenmesi:** Katılımcıların sosyodemografik düzeyleri Türkiye Aile Yapısı Araştırması (ASPB 2014) içerisinde belirtildiği şekilde hanedeki 18 yaş üstü çalışanların mesleki konum ve eğitim puanlarının hesaplanması ve indeks değerlerine dönüştürülmesinin ardından elde edilen sonuca yaşanan konutun niteliği ve mülkiyet durumu ve gelir düzeyi puanlarının eklenmesi ile hesaplanmıştır. TAYA-2011 indeks puanları toplamı 14- 22 üst, 8-13 orta ve 2-7 ise alt sosyo-ekonomik düzey olarak kabul edilmiştir (ASPB 2014).

3.5. İstatistik analizler:

Araştırma verilerinin tanımlanmasında nominal ve ordinal veriler için yüzdeler, ordinal veriler için ortanca ve çeyrekler arası aralık (IQR), sürekli veriler için aritmetik ortalama ve standart sapmalar kullanılmıştır. Testlerde değerlendirmeciler arası uyum sınıf içi korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. Yıkıcı Duygudurum Düzensizliği Bozukluğu tanısı ve tanı ölçütleri için değerlendirmeciler arası uyum için Kendall Konkordans Katsayısı hesaplanmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğunu değerlendirebilmek için

Shapiro-Wilk, D'Agostino-Pearson ve Kolmogorov-Smirnov analizleri yapılmıştır. Veriler normal dağılıma uymadığı için gruplar arası karşılaştırmalarda Kruskal-Wallis non-parametrik varyans analizi uygulanmıştır. Tez araştırması içerisinde uygulanmış olan psikometrik ölçeklerin güvenilirliği için Cronbach alfa katsayısı ve madde-toplam puan korelasyonları hesaplanmıştır. Analizlerde STATA™ 13.0, SPSS™ 22.0, MedCalc™ 15.0 programları kullanılmıştır. P değeri 0.05 olarak alınmıştır (çift yönlü).

4. BULGULAR

4.1. Klinisyenler üzerinde NIMH-CheFS Fotoğraf Seti Ön Geçerliliğinin Belirlenmesi

Bu deney içerisinde fotoğraf seti 30 dakikalık 5 ayrı oturumda 0.5- 2 metre arasında değişen uzaklıklarda 15 inçlik bir bilgisayar monitöründe 1280 X 760 piksel çözünürlükte Windows™ Photo Viewer ile değerlendirilmiştir. Değerlendirme altı klinisyen tarafından birbirinden bağımsız olarak yapılmıştır. Fotoğraf setindeki 533 resmin değerlendirilmesi sonucunda; örneklemin % 91.2'sinde (n=486) tüm değerlendirmecilerin aynı duygunun sergilendiği görüşüne vardığı görülmüştür. Sınıf- içi korelasyon analizi (ICC), değerlendirmeciler arası uyumun yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğunu göstermiştir (ICC Katsayısı=1.0, % 95 CI= 0.98- 1.0, F Testi= 215.5, p=0.000). Fotoğrafların 33'ünde (% 6.8) değerlendirmeciler arası tam uyum sağlanmıştır.

Fotoğraflarda sergilenen duyguların şiddeti için sınıf-içi korelasyon analizi de değerlendirmeciler arası uyumun yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğunu göstermiştir (ICC Katsayısı=1.0, % 95 CI= 0.98- 1.0, F Testi= 303.8, p=0.000). Fotoğrafların 55'inde (% 10.3) değerlendirmeciler arası tam uyum sağlanmıştır.

Değerlendirmeciler arası tam uyumun sağlandığı 36 fotoğraf daha sonra kendilerinde ve ailelerinde psikopatoloji saptanmayan ve tedavi öyküleri olmayan 12- 16 yaş arası 10 kız, 10 erkek ergene uygulanmıştır

4.2. Sağlıklı Ergenler üzerinde NIMH-CheFS Fotoğraf Seti Ön Geçerliliğinin Belirlenmesi:

Değerlendirmeciler arası tam uyumun sağlandığı 36 fotoğraf daha sonra kendilerinde ve

ailelerinde psikopatoloji saptanmayan ve tedavi öyküleri olmayan 12- 16 yaş arası 10 kız, 10 erkek ergene uygulanmıştır. Ergenlerin Tanner Evrelemesi ve okudukları sınıfların ortancaları; sırasıyla 4.0 (IQR= 2.0) ve 9.0 (IQR=2.8)'dur. Ergenler ortalama 14.7 (S.D.= 1.1) yaşındadır. Analiz sonucunda 15 fotoğrafta bakış yönü (% 41.7) konusunda tam uyumun sağlandığı, diğer fotoğraflarda ise bakış yönü konusunda uyumun % 85- 95 arasında değiştiği görülmüştür. Dokuz fotoğrafta (% 25.0) sergilenen duygulanım konusunda tam uyum sağlanmıştır. Üzerinde en çok uzlaşılan duygulanım mutluluktur (n=7), bu duygulanımı nötr (n=1) ve öfkeli (n=1) izlemektedir. Sekiz fotoğrafta (% 22.2) sergilenen duygulanım üzerinde % 95 uyum sağlanmıştır. Bu grupta en sık duygulanım korkulu (n= 4), öfkeli (n=2), mutlu ve üzgün (n=1) olmuştur. İki fotoğrafta (üzgün ve öfkeli) % 85, dört fotoğrafta % 80 uyum (üç korkulu ve bir üzgün) sağlanmıştır. Bir fotoğrafta (korkulu) % 75, dört fotoğrafta (bir nötr, iki üzgün ve bir korkulu) % 70 uyum sağlanmıştır. Bu verilere göre uygulanacak fotoğraf seti 8 mutlu, 2 nötr, 4 öfkeli, 9 korkulu, 5 üzgün fotoğraftan seçilmiş ve eksikler (nötr, öfkeli) ilk denemede üzerinde uyushulan verilerden karşılanmıştır. Fotoğraflarda duygular için sınıf-içi korelasyon analizi de değerlendirmeciler arası uyumun yüksek derecede ve istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğunu göstermiştir (ICC Katsayısı= 0.96, % 95 CI= 0.93- 0.98, F Testi= 25.7, p=0.000). Ergenlerin sergilenen duyguların şiddeti konusunda da yüksek uyum gösterdiklerin görülmüştür (ICC= 0.95, % 95 CI= 0.90-0.98, F Testi= 18.4, p=0.000).

4.3. Klinisyenler üzerinde Türkçe'de Duygusal ve Anlamsal Değerlendirmeli Norm Veri Tabanı (TÜDADEN) uyaran setlerinin ön geçerliğinin belirlenmesi

4.3.1. TÜDADEN Soyutluk/ Somutluk verileri :

Gökçay ve Smith (2011) tarafından uyarılma (pozitif/ nötr/ negatif), değer (valens, pozitif/ nötr/ negatif), baskınlık ve soyut/ somutluklarına göre geliştirilmiş olan bir veri tabanından seçilmiş olan 170 kelime daha önce ülkemizde yürütölmüş olan araştırmalardakine benzer şekilde tamamen soyut- biraz soyut- çok az soyut- nötr- çok az somut- biraz somut- tamamen somut şeklinde yedi seçenekli Likert ölçeği ile değerlendirilmiştir (Basgöze 2008, Aruntas 2013). Değerlendirme beş

klinisyen tarafından birbirinden bağımsız olarak 45 dakikalık tek oturum içerisinde gerçekleştirilmiştir. Analiz sonucunda değerlendiricilerin 36 kelimenin (% 21.8) soyutluk/ somutlukları üzerinde tam olarak uyum sağladıkları görülmüştür. Bu kelimelerin yedisi (% 18.9) soyut, geri kalanı somuttur. Değerlendirmeciler arası tam uyumun sağlandığı 36 kelime daha sonra kendilerinde ve ailelerinde psikopatoloji saptanmayan ve tedavi öyküleri olmayan 12- 16 yaş arası 10 kız, 10 erkek ergene uygulanmıştır.

4.3.2. TÜDADEN Baskınlık (Dominans) Verileri:

Gökçay ve Smith (2011) tarafından uyarılma (pozitif/ nötr/ negatif), değer (valens, pozitif/ nötr/ negatif), baskınlık ve soyut/ somutluklarına göre geliştirilmiş olan bir veri tabanından seçilmiş olan 197 kelime daha önce ülkemizde yürütülmüş olan araştırmalardakine benzer şekilde tamamen zayıf, oldukça zayıf, biraz zayıf, çok az zayıf, nötr, çok az baskın, biraz baskın, oldukça baskın ve tamamen baskın şeklinde sekiz seçenekli Likert ölçeği ile değerlendirilmiştir (Basgöze 2008, Aruntas 2013). Değerlendirme üç klinisyen tarafından birbirinden bağımsız olarak 45 dakikalık tek oturum içerisinde gerçekleştirilmiştir. Analiz sonucunda değerlendiriciler arası tam uyumun sadece 8 kelimede (% 4.1) sağlanabildiği görülmüştür. Bu sekiz kelime çoğunlukla (% 62.5) “nötr” olarak değerlendirilmiştir. Geri kalan üç kelimedenden ikisi “çok az zayıf”, biri ise “biraz zayıf” olarak değerlendirilmiştir.

Ek olarak otuz sekiz kelimede (% 19.3) değerlendiricilerin baskınlık/ zayıflık yönünde uyumlu yanıtlar verdikleri ancak baskınlık/ zayıflığın derecesi üzerinde uyuşma sağlayamadıkları görülmüştür. Değerlendirmeciler arası tam ve kısmi uyumun sağlandığı 46 kelime daha sonra kendilerinde ve ailelerinde psikopatoloji saptanmayan ve tedavi öyküleri olmayan 12- 16 yaş arası 10 kız, 10 erkek ergene uygulanmıştır.

4.3.3. TÜDADEN Uyarılma (Arousal) verileri:

Gökçay ve Smith (2011) tarafından uyarılma (pozitif/ nötr/ negatif), değer (valens, pozitif/ nötr/ negatif), baskınlık ve soyut/ somutluklarına göre geliştirilmiş olan bir veri tabanından seçilmiş olan 197 kelime daha önce ülkemizde yürütülmüş olan araştırmalardakine benzer şekilde tamamen

sakinleştirici, oldukça sakınleştirici, biraz sakınleştirici, çok az sakınleştirici, nötr, çok az heyecan verici, biraz heyecan verici, oldukça heyecan verici ve tamamen heyecan verici şeklinde sekiz seçenekli Likert ölçeği ile değerlendirilmiştir (Basgöze 2008, Aruntas 2013). Değerlendirme üç klinisyen tarafından birbirinden bağımsız olarak 45 dakikalık tek oturum içerisinde gerçekleştirilmiştir. Analiz sonucunda değerlendiricilerin altı kelimenin (% 3.1) uyarılma düzeyi üzerinde tam uyuma sağladığı saptanmıştır. Bu kelimeler çoğunlukla (% 66.7) “nötr” olarak değerlendirilmiştir. Geri kalan iki kelimedenden biri “çok az heyecan verici”, diğer ise “oldukça sakınleştirici” olarak değerlendirilmiştir.

Ayrıca, 70 kelimenin (% 35.5) heyecan verici/ sakınleştirici özellikleri üzerinde uyumun sağlandığı ancak bu özelliğin derecesi konusunda uyumsuzluk olduğu görülmüştür. Değerlendirmeciler arası tam ve kısmi uyumun sağlandığı 76 kelime daha sonra kendilerinde ve ailelerinde psikopatoloji saptanmayan ve tedavi öyküleri olmayan 12- 16 yaş arası 10 kız, 10 erkek ergene uygulanmıştır.

4.3.4. TÛDADEN Emosyonel Değerlik (Olumlu/ Olumsuz, valens) verileri:

Gökçay ve Smith (2011) tarafından uyarılma (pozitif/ nötr/ negatif), değer (valens, pozitif/ nötr/ negatif), baskınlık ve soyut/ somutluklarına göre geliştirilmiş olan bir veri tabanından seçilmiş olan 197 kelime daha önce ülkemizde yürütölmüş olan araştırmalardakine benzer şekilde tamamen olumsuz, oldukça olumsuz, biraz olumsuz, çok az olumsuz, nötr, çok az olumlu, biraz olumlu, oldukça olumlu ve tamamen olumlu şeklinde sekiz seçenekli Likert ölçeği ile değerlendirilmiştir (Basgöze 2008, Aruntas 2013). Değerlendirme beş klinisyen tarafından birbirinden bağımsız olarak 45 dakikalık tek oturum içerisinde gerçekleştirilmiştir. Analiz sonucunda 5 kelimenin (% 2.5) emosyonel değeri konusunda tam uyum sağlandığı görölmüştür. Bu kelimeler çoğunlukla nötr (n=2) veya tamamen olumsuz (n=2) olarak değerlendirilmiştir. Ayrıca, 81 kelimenin (% 41.1) olumlu veya olumsuz olduğu konusunda uyum sağlanmakla beraber, bu değerin derecesi konusunda değerlendirme farkı olduğu görölmüştür.

Değerlendirmeciler arası tam ve kısmi uyumun sağlandığı 86 kelime daha sonra kendilerinde ve ailelerinde psikopatoloji saptanmayan ve tedavi öyküleri olmayan 12- 16 yaş arası 10 kız, 10 erkek ergene uygulanmıştır.

4.4. Sağlıklı ergenler üzerinde Türkçe’de Duygusal ve Anlamsal Değerlendirmeli Norm Veri Tabanı (TÜDADEN) uyarın setlerinin ön geçerliğinin belirlenmesi (Soyutluk/ somutluk, Baskınlık, Uyarılma, Emosyonel Değerlik)

Değerlendirmeciler arası tam ve kısmi uyumun sağlandığı kelimeler daha sonra kendilerinde ve ailelerinde psikopatoloji saptanmayan ve tedavi öyküleri olmayan 12- 16 yaş arası 10 kız, 10 erkek ergene uygulanmıştır. Ergenlerin Tanner Evrelemesi ve okuudukları sınıfların ortancaları; sırasıyla 5.0 (IQR= 2.0) ve 9.0 (IQR=2.0)’dur. Ergenler ortalama 14.9 (S.D.= 1.1) yaşındadır. Sonuçta ergenlerin 15 kelimenin (5 nötr, 5 pozitif, 5 negatif değerlikli) dominans, uyarılma ve soyutluk/ somutluk dereceleri üzerinde en az % 70.0 uyum sağladıkları görülmüştür. Nötr değerlikli kelimeler ortalama 5.6 (S.D.=0.9), pozitif ve negatif değerlikli kelimeler ise sırasıyla; ortalama 6.2 (S.D.=1.3) ve 7.2 (S.D.=0.8) harf içermektedir.

Bu kelimelerin harf sayıları bakımından dengeli olup olmadıkları Kruskal-Wallis non parametrik varyans analizi ile değerlendirilmiş ve gruplar arası anlamlı fark saptanamamıştır (Ki Kare= 5.1, $df=2$, $p=0.08$). Sonuçta 15 kelimenin emosyonel Stroop paradigması için kullanılmasına karar verilmiştir.

4.5. Okul çağı çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu’na (K-SADS-PL) eklenen Yıkıcı Duygudurum Düzensizliği Bozukluğu (YDDB) Değerlendirmesi’nin Ön geçerliğinin belirlenmesi:

K-SADS-PL içerisinde YDDB ölçütleri yer almamaktadır. Bu nedenle bu araştırmada YDDB ölçütleri şimdi/ yaşam boyu şeklinde ergenler ve ebeveynlerine sorulacak ve K-SADS-PL içerisinde yer alan diğer tanılarda olduğu gibi 0: Bilgi yok, 1: Belirti yok, 2: Eşik altı, işlevselliği etkilemeyen belirtiler ve 3: Eşik ve üzeri, işlevsellik belirgin olarak etkilenmekte şeklinde kodlanacak şekilde hazırlanmıştır. Yakınmalar ve YDDB tanısı için değerlendirmeciler arası

uyumu değerlendirmek amacıyla dört olgunun dosyası çocuk psikiyatristi olan  değerlendirmeci tarafından birbirinden bağımsız olarak değerlendirilmiştir. Değerlendiricilerin yakınmalar ve YDDDB tanısı açısından uyumları Kendall Konkordans Katsayısı ile analiz edilmiştir. Analiz sonucunda değerlendiricilerin hem yakınmalar hem de YDDDB tanısı açısından yüksek derecede ve istatistik olarak anlamlı bir uyum gösterdikleri saptanmıştır (Kendall's Coeff. Of Concordance=0.76, Ki Kare=172.1, dF=19, p=0.000).

4.6. Sosyodemografik ve klinik bulgular:

Araştırmaya belirtilen zaman aralığında 81 aileden 90 çocuk dahil edilebilmiştir. rneklemede Yineleyen Depresif Bozukluk (UP) tanılı ebeveynlerin çocuklarının oranı % 40.0 (n=36), Bipolar Bozukluk (BP) ve Kontrol grubu ebeveynlerin çocuklarının oranları ise sırasıyla; % 28.9 (n= 26) ve % 31.1 (n= 28) olarak bulunmuştur. Seksen bir aileden 55'inde (% 67.9) ebeveynlerde duygu durum bozukluğu tanısı bulunmaktadır. Bu ailelerde birincil tanı alan ebeveynler daha çok annelerdir (n= 33, % 60.0). Buna karşılık 22 ailede çocukların babaları (% 40.0) tanı almıştır. SCID-I ile kontrol grubundaki anne- babalardan hiç biri DSM-IV-TR tanıları için şimdi veya yaşam boyu ltleri karşılamamaktadır. Araştırmaya katılan çocukların cinsiyetleri ve ebeveyn tanıları Tablo 1 içerisinde sunulmuştur.

Tablo 1: Yineleyen depresif bozukluk, bipolar bozukluk ve kontrol gruplarındaki çocukların cinsiyetlere göre dağılımı

Grup			Çocuk Cinsiyeti		Toplam
			Erkek (n= 47)	Kız (n= 43)	
Unipolar Depresyon	Tanı alan Ebeveyn (n= 36)	Anne	11 (%) 30.6)	13 (%) 36.1)	24 (66.7 %)
		Baba	7 (%) 19.4)	5 (%) 13.9)	12 (33.3 %)
Bipolar Bzk.	Tanı Alan Ebeveyn (n= 26)	Anne	5 (%) 19.2)	6 (%) 23.1)	11 (%) 42.3)
		Baba	10 (%) 38.5)	5 (%) 19.2)	15 (%) 57.7)
Kontrol Grubu			14 (%) 50)	14 (%) 50)	-

Tüm örnekleme baba ve annelerin yaşları ortalaması sırasıyla; 41.9 (S.D.= 4.8) ve 39.2 (S.D.=4.4) yıldır. Örnekleme ergenlerin yaşları ortalaması ise 13.7 (S.D.=1.2) yıldır. Olguların ve ebeveynlerinin sosyo-demografik verileri Tablo 2 içerisinde sunulmuştur.

Tanı grupları içerisinde, ebeveyn ve ergenlerin yaşlarının dağılımı ($n < 30$ olduğu için) Shapiro-Wilk testi ile değerlendirilmiştir. Bu testlere göre kontrol grubu içerisinde çocukların yaşları normal dağılmamakta ($p=0.002$), anne ve baba yaşları içerisinde ise uç değerler bulunmaktadır. Yineleyen depresif bozukluk (UP) grubunda, baba ve çocukların yaşları normal dağılmamakta (sırasıyla; $p=0.006$ ve 0.001), annelerin yaşları içerisinde ise uç değerler bulunmaktadır. Bipolar Bozukluk tanılı grupta ise anne, baba ve çocukların yaşlarının hiç biri normal dağılım göstermemektedir (sırasıyla; $p= 0.02$, 0.03 ve 0.001). Bu nedenle gruplar arası karşılaştırmalar Kruskal- Wallis nonparametrik varyans analizi ile yapılmıştır.

Tablo 2: Yineleyen depresif bozukluk (UP) ve bipolar bozukluk (BP) tanılı ebeveynler ve eşleştirilmiş sağlıklı kontrollerin ergenlik çağındaki çocuklarının sosyo-demografik verileri

	UP (n= 36)	BP (n= 26)	Kontrol (n= 28)	p
Çocuk yaşı	13.9 (1.5)	13.8 (1.6)	13.4 (1.4)	0.60
Anne yaşı	39.7 (5.2)	39.1 (3.7)	37.7 (3.3)	0.44
Baba yaşı	42.5 (5.1)	40.4 (4.0)	42.4 (4.5)	0.15
Kardeş sayısı*	2.0 (1.0)	2.0 (0.3)	2.0 (0.8)	0.99
Çocuk sınıfı*	9.0 (3.0)	8.0 (3.3)	8.0 (1.8)	0.69
Sosyoekonomik düzey (Üst, TAYAD 2011'e göre, %)	21 (% 58.3)	11 (% 42.3)	17 (% 60.7)	0.15

UP= Yineleyen Depresif Bozukluk, BP= Bipolar Bozukluk, *=kesikli veriler ortanca ve çeyrekler arası aralık olarak sunulmuştur, p= Kruskal-Wallis Non-parametrik varyans analizi ve Ki kare testi, TAYAD 2011: Türkiye Aile Yapısı Araştırması 2011'e göre

Kruskal-Wallis nonparametrik varyans analizine göre grupların çocuklar, anneleri ve babalarının yaşları, kardeş sayıları, sınıf düzeyleri ve sosyoekonomik düzeylerine göre anlamlı fark göstermedikleri saptanmıştır (Tablo 2).

4.7.Ergenlerin pubertal gelişimi ile ilgili bulgular

Pubertal gelişimin değerlendirilmesi için Carskadon öz-bildirim ölçeği uygulanmıştır. Bu ölçeğin kız ve erkek çocuklar için güvenirliği ayrı ayrı hesaplanmıştır. Kız çocukları için (n=30) Carskadon ölçeğinin Cronbach alfa katsayısı 0.701 olarak hesaplanmıştır. Maddeler ve toplam puan arası korelasyonlar 0.09- 0.74 arasında değişmektedir. En düşük madde- toplam puan korelasyonu kızlarda adet başlangıç yaşı ile ilgili soruda saptanmıştır. Bu maddenin çıkarılması halinde Cronbach alfa katsayısı 0.78'e yükselmektedir. Tutarlılık için hesaplanan sınıf içi korelasyon katsayısı (ICC) 0.701'dir (% 95 Güven aralığı 0.490-0.842, p=0.000). Erkek çocukları

için (n=42) Cronbach alfa katsayısı 0.626 olarak bulunmuştur. Madde- toplam korelasyonları 0.16-0.56 arasında değişmektedir. Erkek çocuklarında da en düşük madde- toplam puan korelasyonu 5. Soru (sakal çıkışı) için saptanmıştır. Bu maddenin çıkarılması halinde Cronbach alfa 0.690'a yükselmektedir. Tutarlılık için hesaplanan sınıf içi korelasyon katsayısı (ICC) 0.626'dır (% 95 Güven aralığı 0.412-0.779, p=0.000).

Öz-bildirim ölçeğine göre değerlendirilen Tanner pubertal gelişim evresi ortancası tüm örneklem için 3.0 olarak bulunmuştur (Çeyrekler Arası Aralık, IQR= 2.0). Kruskal Wallis varyans analizi ile değerlendirildiğinde gruplardaki ergenlerin Tanner evrelerinin ortancaları bakımından anlamlı fark göstermediği saptanmıştır (Ki Kare= 0.02, dF=2, p=0.99).

4.8. Psikolojik testlerle ilgili bulgular

4.8.1. Ebeveynlerin kendileri için doldurduğu psikolojik testlerle ilgili bulgular

4.8.1.1. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

Tüm örneklemde annelerin doldurduğu CTQ-28 ölçeği için Cronbach alfa 0.941 olarak saptanmıştır. Madde- toplam puan korelasyonları 0.298- 0.808 arasında değişmektedir. Babaların doldurduğu CTQ-28 ölçeği için Cronbach alfa 0.900 olarak saptanmıştır. Madde- toplam puan korelasyonları ise -0.014- 0.836 arasında değişmektedir.

Tüm örneklemde babaların CTQ-28 alt test puanları ise; Fiziksel İhmal (Ortalama= 7.7, % 95 GA= 7.1- 8.3), Fiziksel İstismar (Ortalama= 6.1, % 95 GA= 5.5- 6.7), Emosyonel İhmal (Ortalama= 12.2, % 95 GA= 11.2- 13.1), Emosyonel İstismar (Ortalama= 6.8, % 95 GA= 6.2- 7.4), Cinsel İstismar (Ortalama= 5.2, % 95 GA= 5.0- 5.3) ve Minimizasyon (Ortalama= 0.5, % 95 GA= 0.3- 0.7) olarak sıralanmaktadır. Bu alt testlerden emosyonel ihmal dışında tüm alt testlerin basıklık ve çarpıklık katsayıları ve D'Agostino-Pearson testine göre normal olarak dağılmadığı görülmüştür (sırasıyla; p=0.0001, < 0.0001, <0.0001, ve 0.0001).

Tüm örneklemde annelerin CTQ-28 alt test puanları; Fiziksel İhmal (Ortalama= 7.8, % 95 GA= 7.2- 8.5), Fiziksel İstismar (Ortalama= 6.1, % 95 GA= 5.5-6.7), Emosyonel İhmal (Ortalama= 12, % 95 GA= 10.9- 13.2), Emosyonel İstismar (Ortalama= 7.4, % 95 GA=6.6-8.2), Cinsel İstismar

(Ortalama= 5.8, % 95 GA= 5.2- 6.4) ve Minimizasyon (Ortalama= 0.5, % 95 GA= 0.3- 0.7) olarak sıralanmaktadır. Annelerin doldurduğu alt testlerin dağılımı basıklık ve çarpıklık katsayıları ve D’Agostino- Pearson testine göre değerlendirildiğinde sadece Emosyonel İhmal alt testinin normal dağılım gösterdiği görülmüştür (p=0.076).

Tanı gruplarına göre ebeveynlerin CTQ-28 alt testlerinden almış oldukları puanlar Tablo 3 içerisinde gösterilmiştir.

Tablo 3: Tanı gruplarına göre ebeveynlerin Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ-28) alt testlerinden almış oldukları puanlar

	Anne			Baba		
	UP	BP	Kontrol	UP	BP	Kontrol
CTQ-28- Fiziksel İhmal	7.8 (3.5)	9.0 (2.7)	6.7 (1.8)	7.9 (2.6)	8.9 (3.3)	6.4 (1.3)
CTQ-28-Fiziksel İstismar	6.2 (2.7)	6.6 (3.7)	5.4 (0.8)	5.8 (1.6)	7.6 (4.3)	5.1 (0.3)
CTQ-28- Emosyonel İhmal	13.1 (5.6)	12.7 (5.2)	9.8 (2.9)	12.0 (4.9)	13.6 (4.4)	11.1 (2.8)
CTQ-28- Emosyonel İstismar	8.1 (4.1)	7.5 (3.6)	6.2 (2.0)	6.8 (2.3)	7.9 (3.7)	5.8 (1.2)
CTQ-28-Cinsel İstismar	6.1 (4.0)	6.0 (2.0)	5.1 (0.4)	5.4 (0.9)	5.1 (0.5)	5.0 (0.0)
CTQ-28- Minimizasyon	0.5 (0.8)	0.6 (0.9)	0.4 (0.7)	0.6 (0.8)	0.3 (0.7)	0.5 (0.9)

UP: Unipolar depresyon tanılı ebeveynler, BP: Bipolar Bozukluk tanılı ebeveynler, CTQ-28:

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

Sayılan nedenlerle ebeveynlerin doldurduğu CTQ-28 alt testlerinin ortancalarının gruplara göre anlamlı fark gösterip göstermediği Kruskal- Wallis nonparametrik varyans analizi ile değerlendirilmiştir.

Katılımcı gruplarındaki babaların CTQ-28 alt testleri Kruskal- Wallis nonparametrik varyans analizi ile değerlendirildiğinde; grupların fiziksel ihmal ve fiziksel istismar alt testlerinde anlamlı fark gösterdiği saptanmıştır (her ikisi için de; BP > UP > Kontrol, sırasıyla Ki Kare= 8.5, p=0.014 ve Ki Kare= 9.2, p=0.01). Babaların doldurduğu diğer CTQ-28 alt testlerinde anlamlı fark saptanamamıştır.

Kruskal- Wallis nonparametrik varyans analizi ile annelerin fiziksel ihmal alt testi dışında CTQ-28 ölçeğinin hiçbir alt testinde anlamlı fark göstermediği saptanmıştır. Fiziksel İhmal alt testinde anneler anlamlı fark göstermektedir (BP > UP > Kontrol, Ki Kare= 7.7, dF= 2, p= 0.02). Üç gruptaki anneler CTQ-28 emosyonel ihmal alt testinde fark göstermekle birlikte, bu fark istatistiksel anlamlılığa ulaşamamıştır (UP> BP> Kontrol, Ki Kare= 5.7, dF=2, p=0.058).

4.8.1.2. Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R)

Tüm örnekleme annelerin doldurduğu SCL90R testi için Cronbach alfa katsayısı 0.982 olarak saptanmıştır. Ölçeğin madde- toplam puan korelasyonları 0.218- 0.860 arasında değişmektedir. Tüm örnekleme babaların doldurduğu SCL90R testi için Cronbach alfa katsayısı 0.985 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin madde-toplam puan korelasyonları 0.269- 0.838 arasında değişmektedir. Araştırmamız içerisinde SCL90-R ölçeğinin en iyi endeksi olduğu belirlenen Genel Belirti Düzeyi (Global Symptom Index) hesaplanmıştır. Araştırmamızdaki örneklemin tümünde annelerin ve babaların ortalama genel belirti düzeyi puanları sırasıyla 0.9 (% 95 GA= 0.8- 1.1) ve 0.7 (% 95 GA= 0.5- 0.9) olarak bulunmuştur. Hem anne hem de babaların genel belirti düzeyi puanları basıklık ve çarpıklık katsayılarının yanı sıra D'Agostino-Pearson testi ile değerlendirildiğinde normal olarak dağılmamaktadır (her ikisi için de $p < 0.0001$). Bu nedenle gruplar arası karşılaştırmalar Kruskal-Wallis nonparametrik varyans analizi ile yapılmıştır (Tablo 4).

Hem anne (UP > BP > Kontrol) hem de babaların (UP > BP > Kontrol) SCL-90R ile değerlendirilen genel belirti düzeyi ortancalarının anlamlı fark gösterdiği saptanmıştır (sırasıyla; Ki Kare= 21.5, p=0.000 ve Ki Kare= 7.9, p=0.02).

Tablo 4: Tanı gruplarına göre ebeveynlerin Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R) Genel Belirti Düzeyi alt testinden almış olduğu puanlar ve kesim puanı üzerindeki ebeveynlerin oranları

	Anne			Baba		
	UP	BP	Kontrol	UP	BP	Kontrol
Genel Belirti Düzeyi	1.3 (0.7)	0.9 (0.7)	0.5 (0.2)	0.8 (0.6)	0.8 (0.8)	0.4 (0.2)
GBD >1.0 oranı (n, %)	20 (% 55.6)	10 (% 38.5)	0 (% 0.0)	10 (% 27.8)	5 (% 19.2)	1 (% 3.6)

UP: Unipolar depresyon tanılı ebeveynler, BP: Bipolar Bozukluk tanılı ebeveynler, GBD: Genel Belirti Düzeyi

Dağ'ın (1991) önerdiği şekilde Genel Belirti Düzeyi indeksi > 1.0 olan ebeveynlerin anlamlı düzeyde psikiyatrik yakınmaları olduğu kabul edildiğinde hem anne hem de babalarda anlamlı düzeydeki yakınmaların en sık UP grupta dile getirildiği görülmüştür.

4.8.1.3. Durumluk/ süreklilik Kaygı Ölçeği- Süreklilik Alt testi

Tüm örneklemde annelerin doldurduğu süreklilik anksiyete testi (STAI-T) için Cronbach alfa 0.884 olarak saptanmıştır. Tek tek maddeler ve testten alınan toplam puan arası korelasyon katsayıları 0.305- 0.714 arasında değişmektedir. Tüm örneklemde babaların doldurduğu süreklilik anksiyete testi (STAI-T) için Cronbach alfa 0.869 olarak saptanmıştır. Tek tek maddeler ve testten alınan toplam puan arası korelasyon katsayıları 0.205- 0.770 arasında değişmektedir.

Tüm örneklemde annelerin ortalama STAI-T puanı 44.9 (S.D.=7.9) olarak saptanmıştır. Örneklemimizde annelerin STAI-T puanları normal olarak dağılmamaktadır (Kolmogorov-Smirnov Testi, p=0.01). Tüm örneklemde babaların STAI-T puanları ortalaması 47.4 (S.D.=5.1) olarak saptanmıştır. Kolmogorov-Smirnov testi ile babaların STAI-T puanlarının normal olarak dağıldığı saptanmıştır (p=0.200). Alt grupların dağılımlarının normal olup olmadığının

belirlenmesi için Shapiro-Wilk testi uygulandığında Unipolar ve Bipolar gruptaki annelerin STAI-T puanlarının normal olarak dağıldığı ancak kontrol grubundaki annelerin STAI-T puanlarının normal olarak dağılmadığı görülmüştür (sırasıyla; $p=0.63$, 0.39 ve 0.03). Babalarda ise her 3 grupta da STAI-T puanları normal olarak dağılmaktadır (Shapiro-Wilk testi, sırasıyla; $p= 0.20$, 0.13 ve 0.71).

Bazı gruplarda değerler normal olarak dağılmadığı, babalarda Unipolar ve Bipolar gruplarında STAI-T skorlarında uç değerler bulunduğu için gruplar arası karşılaştırmalarda Kruskal-Wallis nonparametrik varyans analizi kullanılmıştır (Tablo 5).

Tablo 5: Ebeveynlerin tanılarına göre Durumluk-süreklilik Kaygı Ölçeği- Süreklilik Alt testi (STAI-T) puan ortancaları

		STAI-T puanı (Ortanca, IQR)	P*
Anne	UP	44.0 (12.0)	0.22
	BP	43.0 (9.3)	
	Kontrol	45.0 (14.0)	
Baba	UP	46.0 (6.5)	0.01
	BP	49.0 (3.5)	
	Kontrol	45.0 (7.0)	

UP: Unipolar Depresyon tanılı ebeveynler, BP: Bipolar Bozukluk tanılı ebeveynler, IQR:

Çeyrekler arası aralık, *: Kruskal-Wallis nonparametrik varyans analizi

Analiz sonucunda annelerin STAI-T puan ortancalarının gruplar arası anlamlı fark göstermediği, babalarda ise grupların STAI-T puan ortancaları bakımından anlamlı fark gösterdikleri görülmüştür (BP> UP> Kontrol).

4.8.1.4. Aile İşlevleri Değerlendirme Ölçeği

Tüm örnekleme annelerin doldurduğu ADÖ- Genel İşlevler alt ölçeği için Cronbach alfa 0.805 olarak saptanmıştır. Bu ölçekte madde- toplam puan arası korelasyon katsayıları 0.458- 0.726

arasında değişmektedir. Babaların doldurduğu ADÖ-Genel İşlevler alt ölçeği için Cronbach alfa değeri 0.868 olarak saptanmıştır Babaların doldurduğu alt ölçekteki madde- toplam puan korelasyonları 0.471-0.767 arasında değişmektedir.

Tüm örnekleme annelerin ADÖ-Genel İşlevler Alt Ölçeği puan ortalaması 1.96 (S.D.=0.68) olarak saptanmıştır. Kolmogorov- Smirnov testi ile örnekleminizde annelerin doldurduğu ölçek puanlarının normal olarak dağılmadığı görülmüştür ($p=0.002$). Alt grup analizleri ise ADÖ-Genel İşlevler Alt Ölçeği puanlarının sadece BP grubunda normal olarak dağıldığını ($p=0.24$, Shapiro-Wilk testi), Kontrol ve UP gruplarında ise normal olarak dağılmadığını göstermiştir (Shapiro-Wilk testi, sırasıyla $p= 0.03$ ve 0.04).

Tüm örnekleme babaların doldurduğu ADÖ-Genel İşlevler Alt Ölçeği puan ortalaması 1.77 (S.D.=0.59) olarak saptanmıştır. Kolmogorov-Smirnov testi ile bu puanların normal olarak dağılmadığı görülmüştür ($p= 0.02$). Alt grup analizleri ise ADÖ-Genel İşlevler Alt Ölçeği puanlarının sadece BP grubunda normal olarak dağıldığını ($p=0.37$, Shapiro-Wilk testi), Kontrol ve UP gruplarında ise normal olarak dağılmadığını göstermiştir (Shapiro-Wilk testi, sırasıyla $p= 0.003$ ve 0.011). Sayılan nedenlerle gruplar arası karşılaştırmalarda Kruskal-Wallis nonparametrik varyans analizi kullanılmıştır.

Önerildiği şekilde ADÖ-Genel İşlevler Alt Ölçeği ortalama puanı 1 ve 1' e yakın (1.1 dahil olmak üzere) olan bireylerin aile işlevleri normal sınırlarda, diğer değerler ise (≥ 1.2) patolojik olarak kabul edildiğinde (Bulut 1990); annelerin % 83.3'ü; babaların ise % 71.1'i aile işlevlerinin genel olarak sorunlu olduğunu bildirmektedir (Tablo 6).

Tablo 6: Ebeveynlerin tanılarına göre Aile Değerlendirme Ölçeği- Genel İşlevler Alt Ölçeği puan ortancaları

	Anne			Baba		
	UP	BP	Kontrol	UP	BP	Kontrol
Ortanca (IQR)	2.2 (1.3)	2.3 (0.8)	1.4 (0.4)	1.8 (0.6)	1.8 (0.8)	1.3 (0.7)

UP: Unipolar depresyon tanılı ebeveynler, BP: Bipolar Bozukluk tanılı ebeveynler, IQR: Çeyrekler arası aralık

Grupların ADÖ-Genel İşlevler alt ölçeği puan ortancaları bakımından anlamlı fark gösterip göstermediğini belirlemek için yapılan analizlerde hem anne (BP> UP> Kontrol, Ki Kare= 23.8, p=0.000) hem de babaların (UP> BP > Kontrol, Ki Kare= 10.8, p=0.004) bu açıdan anlamlı fark gösterdiği saptanmıştır.

4.8.1.5. Beck Depresyon Ölçeği

Tüm örnekleme annelerin doldurduğu BDÖ için Cronbach alfa 0.906 olarak saptanmıştır. Madde- toplam puan korelasyonları 0.207- 0.786 arasında değişmektedir. Tüm örnekleme annelerin doldurduğu Beck Depresyon Ölçeklerinin ortalama puanı 12.0 olarak bulunmuştur (% 95 GA= 8.9- 15.0). Hem basıklık ve çarpıklık katsayıları hem de D'Agostino-Pearson testi ile bu puanların örnekleme normal olarak dağılmadığı görülmüştür (p= 0.0001).

Kontrol grubundaki annelerin BDÖ puan ortalaması 5.6'dır (% 95 GA= 3.7- 7.5). Hem basıklık ve çarpıklık katsayıları hem de D'Agostino-Pearson testi ile annelerin BDÖ puanlarının bu grupta normal olarak dağıldığı görülmüştür (p= 0.122).

Unipolar Depresyon grubundaki annelerde BDÖ puan ortalaması 16.0 olarak bulunmuştur (% 95 GA= 11.7- 20.3). Hem basıklık ve çarpıklık katsayıları hem de D'Agostino-Pearson testi ile annelerin BDÖ puanlarının bu grupta normal olarak dağılmadığı görülmüştür (p= 0.01).

Bipolar Bozukluk grubunda ise sadece 5 anne bulunmaktadır. Bu annelerin doldurduğu BDÖ puan ortalaması 25.2'dir (% 95 GA= 5.1- 45.3). Örneklem sayısının azlığı, güven aralığının genişliği nedeniyle bu grupta annelerin BDÖ puanlarının normal olarak dağılmadığı kabul edilmiştir.

Sayılan nedenlerle gruplarda annelerin BDÖ puanlarının ortancaları arasında anlamlı fark olup olmadığı Kruskal-Wallis varyans analizi ile değerlendirilmiştir. Sonuçta 3 gruptaki annelerin BDÖ puan ortancalarının anlamlı ölçüde fark gösterdiği görülmüştür (BP> UP > Kontrol, Ki Kare= 19.5, dF=2, p=0.000).

Tüm örnekleme babaların doldurduğu BDÖ için Cronbach alfa 0.908 olarak hesaplanmıştır. Madde- toplam puan korelasyonları ise 0.388- 0.731 arasında değişmektedir. Tüm örnekleme babaların BDÖ puan ortalaması 8.7 olarak bulunmuştur (% 95 GA= 6.2- 11.2). Çarpıklık katsayısı ve D'Agostino- Pearson testi sonuçlarına göre tüm örnekleme babaların doldurduğu BDÖ puanları normal olarak dağılmamaktadır ($p= 0.002$).

Kontrol grubundaki babaların BDÖ puan ortalaması 5.2'dir (% 95 GA= 3.2- 7.1). Basıklık ve çarpıklık katsayıları ve D'Agostino- Pearson testine göre bu gruptaki babalarda BDÖ puanları normal olarak dağılmaktadır ($p= 0.309$).

Unipolar depresyon grubundaki babaların BDÖ puan ortalaması 13.2'dir (% 95 GA= 7.6- 18.8). Basıklık ve çarpıklık katsayıları ve D'Agostino- Pearson testine göre bu gruptaki babalarda BDÖ puanları normal olarak dağılmaktadır ($p=0.282$).

Bipolar bozukluk grubundaki 7 babanın doldurduğu BDÖ puanlarının ortalaması 9.1'dir (% 95 GA= 1.8- 16.5). Örneklem sayısının azlığı ve güven aralığının genişliği nedeniyle bu grupta babaların BDÖ puanlarının normal olarak dağılmadığı kabul edilmiştir.

Sayılan nedenlerle gruplardaki babaların BDÖ puanlarının ortancaları arasında anlamlı fark olup olmadığı Kruskal- Wallis varyans analizi ile değerlendirilmiştir. Sonuçta üç gruptaki babaların BDÖ puan ortancalarının anlamlı fark gösterdiği görülmüştür (UP > BP > Kontrol, Ki Kare= 6.4, $df=2$, $p=0.04$).

4.8.2. Ebeveynlerin çocukları için doldurduğu psikolojik testlerle ilgili bulgular

4.8.2.1. DSM-IV'e Dayalı Yıkıcı Davranış Bozuklukları için Tarama ve Değerlendirme Ölçeği

Tüm örnekleme annelerin doldurmuş olduğu DSM-IV'e Dayalı Yıkıcı Davranış Bozuklukları için Tarama ve Değerlendirme Ölçeği için Cronbach alfa değeri 0.946 olarak saptanmıştır. Annelerin doldurduğu ölçekte madde-toplam puan korelasyonları 0.127- 0.810 arasında değişmektedir. Babalar için bu değerler sırasıyla 0.922 ve 0.135-0.745 olarak saptanmıştır.

Tüm örneklemede bu ölçekten elde edilen puanların ortalaması anneler ve babalar için sırasıyla 20.8 (S.D.=17.7) ve 16.6 (13.3) olarak saptanmıştır. Kolmogorov- Smirnov testi ile hem anne ($p=0.006$) hem de babaların ($p=0.002$) bildirdiği ölçek puanlarının normal olarak dağılmadığı görülmüştür. Alt grup analizleri ile hem anne ($p=0.19$) hem de babaların ($p=0.34$) ölçek puanlarının sadece BP grubunda normal olarak dağıldığı saptanmıştır (Shapiro-Wilk testi). UP ve Kontrol gruplarında anneler (sırasıyla; $p=0.004$ ve $p=0.016$) ve babalar (sırasıyla; $p=0.003$ ve $p=0.014$) tarafından doldurulan ölçek puanları normal olarak dağılmamaktadır (Shapiro-Wilk testi). Bu nedenle gruplar arası karşılaştırmalarda Kruskal-Wallis nonparametrik varyans analizi kullanılmıştır.

Tablo 7: Ebeveynlerin tanılarına göre DSM-IV'e Dayalı Yıkıcı Davranış Bozuklukları için Tarama ve Değerlendirme Ölçeği puanları

	Anne (Ortanca, IQR)			Baba (Ortanca, IQR)		
	UP	BP	Kontrol	UP	BP	Kontrol
AT-DE	7.0 (10.0)	7.5 (10.8)	3.0 (7.0)	7.5 (9.2)	7.0 (10.0)	2.0 (8.0)
AT-HIP	6.5 (7.0)	3.5 (7.5)	2.0 (4.0)	5.0 (6.0)	5.0 (8.0)	2.0 (4.0)
AT-KOKGB	7.0 (7.5)	5.0 (7.0)	3.0 (4.0)	5.0 (5.5)	3.0 (6.0)	2.0 (4.0)
AT-DB	0.0 (2.0)	0.0 (1.0)	0.0 (0.0)	0.0 (1.0)	0.0 (1.0)	0.0 (0.0)
AT-Toplam	20.0 (19.0)	19.0 (25.2)	8.0 (14.3)	18.0 (17.0)	15.0 (21.5)	7.5 (12.3)

UP: Unipolar depresyon tanılı ebeveynler, BP: Bipolar Bozukluk tanılı ebeveynler, IQR:

Çeyrekler arası Aralık, AT: Atilla Turgay, DE: Dikkat Eksikliği Alt Testi, HIP: Hiperaktivite ve Dürtüsellik alt testi, KOKGB: Karşıt Olma- Karşı Gelme Bozukluğu Alt testi, DB: Davranım Bozukluğu alt testi

Analiz sonucunda annelerin bildirdiği AT-DE alt ölçek puanlarının gruplar arasında anlamlı fark göstermediği (Ki Kare= 5.6, $p=0.06$) ancak annelerin doldurmuş olduğu diğer tüm alt testlerin gruplar arası anlamlı fark gösterdiği (hepsi için $UP > BP > Kontrol$ olmak üzere) saptanmıştır.

Hiperaktivite/ Dürtüsellik, Karşıt Olma/ Karşı Gelme, Davranım Bozukluğu ve Toplam puanlar için p değerleri sırasıyla 0.006, 0.000, 0.04 ve 0.008 olarak saptanmıştır. Babaların doldurmuş olduğu ölçeklerde KOKGB ve DB bölümleri gruplar arası anlamlı fark göstermemektedir (sırasıyla; $p=0.36$ ve 0.32). Ancak, dikkat eksikliği, hiperaktivite ve toplam puanlar gruplar arası anlamlı fark göstermektedir (hepsi için $UP > BP > Kontrol$). P değerleri sırasıyla 0.02, 0.03 ve 0.03 olarak bulunmuştur.

4.8.2.2.Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeği- Disregülasyon Profili

Tüm örnekleme annelerin doldurduğu CBCL- Disregülasyon profili için Cronbach alfa değeri 0.920 olarak saptanmıştır. Madde-toplam puan korelasyonları 0.07- 0.719 arasında değişmektedir. Babalar için aynı değerler; sırasıyla 0.906 ve -0.07-0.715 olarak saptanmıştır. Tüm örnekleme anne ve babaların CBCL-Disregülasyon profili T puanı ortalamaları sırasıyla 151.0 (S.D.=25.0) ve 151.3 (S.D.=23.4) olarak saptanmıştır.

Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirildiğinde araştırma örnekleminde babaların CBCL- Disregülasyon profili T skorlarının normal olarak dağıldığı ($p= 0.07$) annelerin ise normal olarak dağılmadığı görülmüştür ($p= 0.001$). Shapiro-Wilk testi ile alt grup analizleri uygulandığında hem anne (sırasıyla $p= 0.08$ ve 0.400) hem de babalarda (her ikisi için de; $p=0.08$) Kontrol ve BP gruplarında CBCL-DP T skorlarının normal olarak dağıldığı saptanmıştır. Ancak UP tanılı grupta hem anne ($p=0.009$) hem de babaların ($p=0.03$) skorları normal olarak dağılmamaktadır. Bu nedenle gruplar Kruskal-Wallis non-parametrik varyans analizi ile karşılaştırılmıştır.

Tablo 8: Ebeveynlerin tanılarına göre Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeği- Disregülasyon Profili T puanları

	Anne			Baba		
	UP	BP	Kontrol	UP	BP	Kontrol
CBCL-Anksiyete/ Depresyon	49.7 (12.8)	51.0 (18.4)	44.6 (7.7)	49.8 (13.2)	49.8 (13.3)	43.9 (13.3)

CBCL-Dikkat sorunları	52.0 (14.8)	52.0 (15.4)	44.3 (12.8)	50.0 (10.5)	50.0 (15.7)	44.7 (11.9)
CBCL-Saldırganlık	50.5 (13.2)	44.4 (13.9)	44.4 (7.0)	50.0 (10.7)	48.3 (12.8)	46.6 (6.9)
CBCL-Disregülasyon Profili	147.6 (31.7)	155.7 (50.3)	131.7 (26.6)	153.2 (32.0)	150.5 (35.9)	139.2 (33.5)

Analiz sonucunda babaların doldurduğu CBCL-Disregülasyon Profili T puanı ortancalarının da bu profili oluşturan Anksiyete/ Depresyon, Dikkat Sorunları ve Saldırganlık alt testleri T puanlarının ortancalarının da tanı grupları arasında anlamlı fark göstermediği saptanmıştır (sırasıyla; $p= 0.27, 0.55, 0.22$ ve 0.13). Annelerin doldurmuş olduğu ölçeklerde CBCL-Disregülasyon profili T puanı ortancaları da; bu profili oluşturan Anksiyete/ Depresyon, Dikkat sorunları ve Saldırganlık alt testlerinin T puanları ortancaları da gruplar arasında anlamlı fark göstermektedir (sırasıyla; $p= 0.01, 0.02, 0.02$ ve 0.04). Grafikselleştirilmelerde CBCL- Anksiyete/ Depresyon alt testi T puanı ortancalarının BP > UP > Kontrol olarak sıralandığı görülmüştür. Buna karşın Dikkat Sorunları alt testi ortancaları UP ve BP gruplarında eşit ve kontrol grubundan yüksektir. Saldırganlık alt testi ortancaları ise UP > Kontrol= BP şeklinde sıralanmaktadır. Disregülasyon profilinin ortancalarının ise BP > UP > Kontrol olarak sıralandığı görülmüştür. Bu karşılaştırmalar sonucunda BP grubunda Disregülasyon profili ortancasındaki yüksekliğin Anksiyete/ Depresyon alt testinden kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Geçmiş yazınla uyumlu olarak Disregülasyon Profili T puanı > 210 olan çocukların duygudurum düzenleme sorunları ile karakterize olan bir patolojiyi gösterebileceği kabul edildiğinde (Mbekou ve ark. 2014) de hem anne hem de babaların doldurduğu ölçeklerde ikişer olgunun (% 2.2) patolojik sınırdaki skorlar elde ettiği görülmüştür. Bu olgulardan biri UP, diğeri ise BP grubundadır.

4.8.3. Çocukların kendileri için doldurduğu psikolojik testlerle ilgili bulgular

4.8.3.1. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

Çocukların doldurduğu CTQ-28 ölçeği için Cronbach alfa değeri 0.759 olarak saptanmıştır. Madde- toplam puan korelasyonları -0.513- 0.789 arasında değişmektedir. Kolmogorov- Smirnov testi ile tüm örnekleme çocukların doldurmuş olduğu CTQ alt testlerinden elde edilen puanların hiçbirisinin normal olarak dağılmadığı görülmüştür (hepsi için $p=0.000$). Shapiro-Wilk testi ile alt grupların dağılımları incelendiğinde CTQ-28 alt testlerinin hiçbirisinin normal olarak dağılmadığı görülmüştür (p değerleri 0.000- 0.02 arasında değişmektedir). Dolayısıyla gruplar arası karşılaştırmalar Kruskal-Wallis nonparametrik varyans analizi ile gerçekleştirilmiştir.

Tablo 9: Ebeveynlerin tanılarına göre çocukların kendileri için doldurmuş olduğu Çocukluk Çağı Travma Ölçeği puanları

	Çocuk (Ortanca, IQR)			
	UP	BP	Kontrol	P*
CTQ-28- Fiziksel İhmal	6.0 (2.0)	6.0 (3.5)	5.0 (0.5)	0.01
CTQ-28-Fiziksel İstismar	5.0 (0.0)	5.0 (0.0)	5.0 (0.0)	0.19
CTQ-28-Emosyonel İhmal	10.0 (6.0)	8.0 (5.0)	7.0 (5.5)	0.13
CTQ-28-Emosyonel İstismar	6.0 (7.0)	5.0 (1.5)	5.0 (2.0)	0.04
CTQ-28-Cinsel İstismar	5.0 (0.0)	5.0 (0.0)	5.0 (0.0)	0.74
CTQ-28-Minimizasyon	0.0 (1.0)	1.0 (2.0)	1.0 (1.5)	0.01

UP: Unipolar depresyon tanılı ebeveynler, BP: Bipolar Bozukluk tanılı ebeveynler, IQR: Çeyrekler Arası Aralık, CTQ-28: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, *:Kruskal- Wallis nonparametrik varyans analizi.

Analiz sonucunda grupların çocukların doldurduğu CTQ- 28- Fiziksel İhmal, CTQ-28-Emosyonel İstismar ve CTQ-28-Minimizasyon alt testlerinde anlamlı fark gösterdiği saptanmıştır. CTQ-28- Fiziksel İhmal alt testinde ortancalar $BP > UP > Kontrol$ şeklinde sıralanmaktadır. CTQ-28-

Emosyonel İstismar alt testinde ortancalar UP > Kontrol > BP şeklinde sıralanmıştır. CTQ-28-Minimizasyon alt testinde en yüksek ortanca kontrol grubunda saptanmıştır. Ardından sırasıyla BP ve UP grupları gelmektedir.

4.8.3.2. Durumluk/ Süreklik Kaygı Ölçeği- Süreklik Alt Ölçeği

Tüm örnekleme çocukların doldurmuş olduğu STAI-T ölçeği için Cronbach alfa değeri 0.876 olarak saptanmıştır. Tek tek maddelerden alınan puanlar ve toplam puan arası korelasyonlar 0.250-0.692 arasında değişmektedir. Örneklemimizdeki ergenlerin STAI-T puan ortalaması 47.2 (S.D.=5.9) olarak saptanmıştır. Kolmogorov- Smirnov testi ile STAI-T puanlarının normal olarak dağılmadığı saptanmıştır ($p=0.001$). Shapiro-Wilk testi ile alt grup analizleri yapıldığında; UP ve BP gruplarında STAI-T puanlarının normal olarak dağıldığı görülmüştür (sırasıyla; $p= 0.23$ ve 0.92). Buna karşın kontrol grubundaki çocuklarda STAI-T puanları normal olarak dağılmamaktadır ($p= 0.001$, Shapiro-Wilk testi). Sayılan nedenlerle gruplar arası karşılaştırmalarda Kruskal-Wallis nonparametrik varyans analizi uygulanmıştır. Kontrol, UP ve BP gruplarındaki çocuklarda STAI-T puan ortancaları sırasıyla 45.0 (IQR= 4.0), 48.0 (IQR=8.0) ve 46.0 (IQR=9.0) olarak saptanmıştır. Gruplar arası anlamlı fark saptanamamıştır (Ki Kare= 3.6, $p=0.169$).

4.8.3.3. Çocuk Depresyon Ölçeği

Tüm örnekleme ÇDÖ için Cronbach alfa katsayısı 0.886 olarak saptanmıştır. Madde-toplam puan korelasyonları 0.225- 0.767 arasında değişmektedir. Tüm örnekleme Çocuklar için Depresyon Ölçeği ortalama puanı 9.2'dir (% 95 Güven Aralığı= 7.6- 10.9). Hem basıklık ve çarpıklık katsayıları hem de D'Agostino-Pearson testi ile Çocuk Depresyon Ölçeği puanlarının normal olarak dağılmadığı görülmüştür ($p<0.0001$).

Kontrol grubundaki çocuklarda ÇDÖ ortalaması 6.4 puandır (% 95 GA= 3.3-9.6). Hem basıklık ve çarpıklık katsayıları hem de D'Agostino-Pearson testi ile kontrol grubunda Çocuk Depresyon Ölçeği puanlarının normal olarak dağılmadığı görülmüştür ($p<0.0001$).

Unipolar Depresyon tanılı ebeveynlerin çocuklarında ÇDÖ ortalama puanı 11.3'tür (% 95 GA= 0.9- 13.6). Hem basıklık ve çarpıklık katsayıları hem de D'Agostino-Pearson testi ile Çocuk Depresyon Ölçeği puanlarının bu grupta normal olarak dağıldığı görülmüştür (p= 0.478). Bipolar Bozukluk tanılı ebeveynlerin çocuklarında ÇDÖ ortalama puanı 9.2'dir (% 95 GA= 6.0- 12.5). Hem basıklık ve çarpıklık katsayıları hem de D'Agostino-Pearson testi ile Çocuk Depresyon Ölçeği puanlarının bu grupta da normal olarak dağılmadığı görülmüştür (p= 0.0002).

Üç gruptan ikisinde normal dağılım gözlenmediği için gruplar arasında ÇDÖ puan ortancaları bakımından anlamlı fark olup olmadığı Kruskal- Wallis varyans analizi ile değerlendirilmiştir. Grupların ÇDÖ ortancalarının birbirinden anlamlı ölçüde farklı olduğu saptanmıştır (UP > BP > Kontrol, Ki Kare= 10.9, dF=2, p= 0.004).

4.8.4. Çocuklarda psikopatolojilerin ve Yıkıcı Duygudurum Düzensizliği Bozukluğu tanısının yaygınlığı ile ilgili bulgular

Örneklemdaki çocuklarda şimdiki ve yaşam boyu DSM-IV tanıları K-SADS-PL aracılığı ile değerlendirilmiştir. Tanılar tablo içerisinde özetlenmiştir (Tablo 10).

Tablo 10: Tüm örnekleimde ebeveyn ve/ veya çocukların bildirimlerine göre K-SADS-PL yarı yapılandırılmış görüşme formu ile saptanan tanıların oranları

	Ebeveyn		Çocuk		Hem ebeveyn hem çocuk	
	Ş	G	Ş	G	Ş	G
MDB	-	-	3 (% 3.3)	5 (% 5.5)	-	-
Distimi	-	-	10 (% 11.1)	5 (% 5.6)	-	-
Panik Bzk	-	-	1 (% 1.1)	1 (% 1.1)	-	-
Ayrılık Anksiyetesi	3 (% 3.3)	9 (% 10.1)	1 (% 1.1)	12 (% 13.3)	1	9

Sosyal Fobi	3 (% 3.3)	2 (% 2.2)	2 (% 2.2)	1 (% 1.1)	2	1
YAB	-	-	2 (% 2.2)	2 (% 2.2)	-	-
OKB	2 (% 2.2)	2 (% 2.2)	2 (% 2.2)	2 (% 2.2)	2	2
EN	-	4 (% 4.4)	-	6 (% 6.7)	-	4
DEHB	15 (% 16.7)	17 (% 18.9)	16 (% 17.8)	17 (% 18.9)	15	17
KOKGB	6 (% 6.7)	7 (% 7.9)	3 (% 3.3)	3 (% 3.3)	3	3
DB	1 (% 1.1)	1 (% 1.1)	1 (% 1.1)	-	1	-
Motor tik	1 (% 1.1)	2 (% 2.2)	1 (% 1.1)	2 (% 2.2)	1	2
Nikotin KK	1 (% 1.1)	-	-	1 (% 1.1)	-	-
TSSB	-	2 (% 2.2)	-	3 (% 3.3)	-	2

Ş: Şimdi, G: Geçmiş, MDB: Major Depresif Bozukluk, YAB: Yaygın Anksiyete Bozukluğu,

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk, EN: Enürezis Noktürna, DEHB: Dikkat Eksikliği/

Hiperaktivite Bozukluğu, KOKGB: Karşıt Olma/ Karşı Gelme Bozukluğu, DB: Davranım

Bozukluğu, KK: Kötüye Kullanım, TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

K-SADS ile yapılan değerlendirmelerde her iki bilgi kaynağından (ebeveynler ve çocuk) alınan

bilgilerle değerlendirme anında veya yaşam boyu Mani, Hipomani, Siklotimi, Psikotik Bozukluk,

Agorafobi, Enkoprezis, Anoreksia/ Bulimia Nervosa, Vokal tik, Alkol/ Madde Kullanım

Bozuklukları tanımlayan olgu saptanamamıştır. Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu, Sosyal

Anksiyete Bozukluğu, OKB, DEHB, KOKGB ve motor tikler için ebeveynler ve çocuklarından

alınan bilgilerin daha yüksek uyum gösterdiği saptanmıştır. Ebeveynlerin grupları, bilgi kaynakları

ve zamansal devamlılığa göre K-SADS-PL ile saptanan

tanılar tablo 11 içerisinde sunulmuştur.

Tablo 11: Ebeveynlerin grupları, bilgi kaynakları ve zamansal devamlılığa göre K-SADS-PL ile saptanan tanılar

	<u>Kontrol</u>		<u>UP</u>		<u>BP</u>	
	<u>Ş</u>	<u>G</u>	<u>Ş</u>	<u>G</u>	<u>Ş</u>	<u>G</u>
Ebeveyn	-	% 3.6	-	% 8.3	% 11.5	% 15.4
(sıra ile; AA, SF,	-	-	% 5.6	% 5.6	% 3.8	-
OKB, DEHB,	-	-	% 5.6	% 5.6	-	-
KOKGB, DB,	% 14.3	% 17.9	% 19.4	% 22.2	% 15.4	% 15.4
NKK, EN, Motor	-	-	% 8.3	% 11.1)	% 11.5	% 11.5
Tik, TSSB)	-	-	% 2.8	% 2.8	-	-
	-		% 2.8	-	-	-
	-	% 3.6	-	% 8.3	-	
	-	-	% 2.8	% 5.6	-	-
	-	-	-	% 2.8	-	% 3.8
Çocuk	% 3.6	% 3.6	-	-	% 7.7	% 11.5
(sıra ile; MDB,	% 3.6	% 3.6	% 13.9	% 11.1	% 15.4	-
Distimi, AA, SF,	-	% 3.6	-	% 5.6	% 3.8	% 30.8
YAB, OKB, EN,	% 3.6	% 7.1	% 2.8	% 2.8	-	-
DEHB, KOKGB,	-	-	% 5.6	% 2.8	-	% 3.8
DB, M. Tik,	-	-	% 5.6	% 5.6	-	-
NKK, TSSB)	-	% 3.6	-	% 11.1	-	% 3.8
	% 14.3	% 17.9	% 16.7	% 16.7	% 19.2	% 19.2
	-	-	% 5.6	% 5.6	% 3.8	% 3.8
	-	-	% 2.8	-	-	-
	-	-	% 2.8	% 5.6	-	-
	-	-	-	% 2.8	-	-
	-	-	-	% 2.8	-	% 7.7

Ş: Şimdi, G: Geçmiş, UP: Unipolar Depresyon tanılı ebeveynler, BP: Bipolar Bozukluk tanılı ebeveynler, MDB: Major Depresif Bozukluk, AA: Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu, SF: Sosyal

Anksiyete Bozukluğu, YAB: Yaygın Anksiyete Bozukluğu, OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk, EN: Enürezis Noktürna, DEHB: Dikkat Eksikliği/ Hiperaktivite Bozukluğu, KOKGB: Karşıt Olma/ Karşı Gelme Bozukluğu, DB: Davranım Bozukluğu, NKK: Nikotin Kötüye Kullanımı, TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

Ebeveyn grupları ayrı ayrı değerlendirildiğinde; tüm gruplarda çocuklar için en sık bildirilen DEHB alt tipinin ebeveynlere göre Bileşik tip olduğu görülmüştür. UP ebeveynlerin çocuklarında ise çocuk bildirimine göre DEHB alt tipleri eşit orandadır. Geri kalan gruplardaki çocukların da kendi bildirimlerine göre en sık DEHB- Bileşik Tip tanı ölçütlerini karşıladığı görülmüştür.

Tüm örnekleme ebeveynlerden alınan bilgilerle Yıkıcı Duygudurum Düzensizliği Bozukluğu DSM-5 tanı ölçütleri sorgulandığında 5 olgunun (% 5.5) değerlendirme sırasında ve yaşam boyu bu tanıyı karşıladığı saptanmıştır. Ergenlerden alınan bilgilerle ise bu oran % 4.4 (n=4) olarak saptanmıştır. Ebeveynlerden alınan bilgilere göre tanı alan olguların üçü UP, geri kalanları ise BP grubundandır. Ergen bildirimlerine göre tanı alan olgular ise UP (n=2) ve BP (n=2) gruplarında eşittir. Tüm örnekleme ebeveyn ve çocuk bildirimlerine göre 6 olgu (% 6.7) şimdi ve yaşam boyu YDDDB ile uyumlu belirtiler göstermekte ancak tanı için gerekli eşik altında kalmaktadır. Bu olgulardan ikisi BP, üçü UP, biri ise kontrol grubunda yer almaktadır. Tanı için eşik altında kalmanın en sık nedeni olarak öfke patlamalarının sıklığı ve patlamalar arası irritabl duygudurum olmaması bildirilmiştir.

4.8.5. Stroop Testi- TBAG formu ile değerlendirilen bilişsel çatışmaların çözülmesi ile ilgili bulgular

Tüm örnekleme Stroop TBAG Formu için bölümlere göre süre (saniye), hata ve düzeltme puanları ve alt gruplara göre karşılaştırılmalar tablo içerisinde özetlenmiştir.

Tablo 11: Unipolar depresif bozukluk, Bipolar Bozukluk ve Kontrol grubundan ebeveynlerin ergenlik çağındaki çocuklarında Stroop Testi- TBAG formu performanslarının karşılaştırılması

	Çocuk	
--	-------	--

	UP	BP	Kontrol	Tüm örneklem	P*
Stroop-TBAG-1-Süre	8.9 (1.5)	10.1 (1.8)	8.4 (2.1)	9.1 (1.9)	0.01
Stroop-TBAG-1-Hata Sayısı	0.0 (0.0)	0.0 (0.0)	0.0 (0.0)	0.0 (0.0)	1.00
Stroop-TBAG-1-Düzeltilme sayısı	0.0 (0.0)	0.1 (0.7)	0.0 (0.0)	0.0 (0.5)	0.03
Stroop-TBAG-2-Süre	9.9 (2.9)	10.2 (2.8)	8.7 (2.2)	9.6 (2.6)	0.04
Stroop-TBAG-2-Hata Sayısı	0.0 (0.0)	0.0 (0.0)	0.0 (0.0)	0.0 (0.0)	1.00
Stroop-TBAG-2-Düzeltilme Sayısı	0.2 (0.7)	0.1 (0.6)	0.0 (0.0)	0.1 (0.6)	0.14
Stroop-TBAG-3-Süre	13.1 (3.4)	14.1 (3.6)	11.8 (3.8)	12.9 (3.6)	0.01
Stroop-TBAG-3-Hata Sayısı	0.0 (0.0)	0.0 (0.5)	0.0 (0.0)	0.0 (0.5)	0.33
Stroop-TBAG-3-Düzeltilme Sayısı	0.5 (1.3)	0.7 (1.5)	0.0 (0.5)	0.4 (1.0)	0.00
Stroop-TBAG-4-Süre	16.9 (3.9)	18.5 (7.3)	14.6 (3.5)	16.6 (4.6)	0.00
Stroop-TBAG-4-Hata Sayısı	0.1 (0.6)	0.2 (3.2)	0.0 (0.0)	0.1 (0.6)	0.28
Stroop-TBAG-4-Düzeltilme Sayısı	0.4 (1.0)	0.6 (1.7)	0.1 (0.6)	0.4 (0.9)	0.01
Stroop-TBAG-5-Süre	26.8 (10.4)	30.2 (8.3)	20.9 (6.6)	25.7 (11.1)	0.00
Stroop-TBAG-5-Hata Sayısı	0.6 (2.3)	0.2 (0.8)	0.1 (0.6)	0.3 (0.9)	0.01
Stroop-TBAG-5-Düzeltilme Sayısı	1.6 (2.9)	1.8 (2.4)	0.4 (1.5)	1.2 (2.7)	0.01

*Kruskal-Wallis Nonparametrik varyans analizi, UP: Yineleyen Depresyon Tanılı ebeveynler, BP:

Bipolar Bozukluk tanılı ebeveynler.

Stroop-TBAG formunda tanı grupları arası anlamlı farkların hangi gruplardan kaynaklandığını saptayabilmek için kutu grafikleri ile görsel olarak karşılaştırmalar yapıldığında Stroop-TBAG formu 1. karttaki düzeltme sayıları ortancalarının gruplar arası anlamlı fark göstermediği, istatistik anlamlılığın BP grubundaki iki uç değerden kaynaklandığı gözlenmiştir. Tüm kartlarda testi tamamlama süreleri BP > UP > kontrol şeklinde sıralanmaktadır. Üçüncü ve 4. Kartlardaki düzeltme sayıları BP = UP > kontrol şeklinde sıralanmıştır. Beşinci kartta ise en yüksek düzeltme ortancası BP grubundadır, bunu sırasıyla UP ve kontrol grupları izlemektedir. Beşinci karttaki hata sayılarında farkın ise uç değerlerden kaynaklandığı, uç değerler dikkate alınmadığında tüm gruplardaki hata ortancalarının eşit olduğu görülmüştür.

4.8.6. Emosyonel Stroop Paradigması ile değerlendirilen emosyonel çatışmaların çözümlenmesi ile ilgili bulgular

Emosyonel Stroop testinde, uyumlu, uyumsuz ve nötr kelime/ yüz çiftlerinden oluşan üç bloklu ellişer deneme uygulanmıştır. Kelime/ yüz çiftlerinin sıralaması bireyler arasında randomize edilerek, dengelenmiştir. Her deneğe deneme blokları başlamadan önce iki fotoğraf- yüz çifti değerlendirtilmiş böylece test yönergesini anlayıp anlamadıkları gözden geçirilmiştir. Tüm örnekleme deneme bloku (2 resim X kelime çifti) için doğru yanıt ve ortalama yanıt latansı için ortancalar ve çeyrekler arası aralıkları sırasıyla 1.3 (1.5) ve 1333.5 (453.2) milisaniye olarak saptanmıştır. Deneme blokunda verilen doğru yanıt ortancalarının gruplar arası anlamlı fark göstermediği ancak bu blokta da BP grubundaki ergenlerin UP ve kontrol gruplarına göre anlamlı ölçüde daha geç yanıt verdikleri görülmüştür (Mann-Whitney U testi, Ki Kare= 6.2, p=0.05).

Tüm örnekleme ve tanı grupları içerisinde deneme bloklarına göre doğru verilen yanıtlar ve yanıt latansları (milisaniye olarak) tablo içerisinde verilmiştir.

Tablo 12: Unipolar depresif bozukluk, Bipolar Bozukluk ve Kontrol grubundan ebeveynlerin ergenlik çağındaki çocuklarında kelime- yüz Emosyonel Stroop Testi performanslarının karşılaştırılması

		Çocuk				
		UP	BP	Kontrol	Tüm örneklem	P*
İkinci Blok	Doğru Yanıt	33.0 (15.0)	30.5 (9.3)	35.0 (5.0)	33.0 (10.3)	0.02
	Ort. Latans	1064.9 (216.6)	1076.4 (133.2)	1005.9 (115.4)	1049.5 (159.6)	0.07
Üçüncü Blok	Doğru Yanıt	34.5 (10.8)	32.0 (10.0)	36.0 (4.5)	35.0 (8.3)	0.04
	Ort. Latans	962.6 (239.4)	1000.5 (195.1)	921.2 (94.8)	954.5 (186.7)	0.02
Dördüncü Blok	Doğru Yanıt	35.5 (15.0)	32.5 (13.5)	36.0 (5.3)	34.0 (11.3)	0.60
	Ort. Latans	915.7 (176.2)	995.5 (219.2)	937.9 (146.4)	947.4 (178.7)	0.10

*: Kruskal- Wallis nonparametrik varyans analizi, UP: Yineleyen Depresyon tanılı ebeveynler,

BP: Bipolar Bozukluk tanılı ebeveynler.

Kolmogorov-Smirnov testine göre tüm örneklemde sadece ikinci ve üçüncü deneme bloklarındaki ortalama latanslar normal olarak dağılmaktadır (sırasıyla; $p=0.20$ ve 0.13). Dolayısıyla gruplar arası karşılaştırmalar Kruskal-Wallis nonparametrik varyans analizi ile yapılmıştır.

İkinci deneme bloku içerisinde ortalama yanıt latansı UP ve BP gruplarında benzer ve kontrol grubuna göre daha yüksektir. Hem ikinci hem de üçüncü bloktaki toplam doğru yanıtlar en fazla kontrol grubunda verilmiştir, UP grubu daha düşük oranda doğru yanıt vermesine rağmen aradaki fark anlamlı değildir. BP grubu ise her iki blokta da anlamlı ölçüde daha çok yanlış yanıt vermiştir. Üçüncü deneme blokundaki ortalama yanıt latansı ise $BP > UP > Kontrol$ şeklinde sıralanmaktadır ve gruplar arası fark anlamlıdır. Dördüncü blokta ise gruplar arası verilen doğru yanıtlar ve yanıt latanslarının ortalamaları bakımından anlamlı fark saptanamamıştır.

5. TARTIŞMA

Kesitsel desendeki, yarı- deneysel olarak planlanmış, tek merkezli olgu-kontrol araştırmamızda Yineleyen Depresif Bozukluk ve Bipolar Bozukluk tanısı alan ebeveynlerin, 12- 16 yaş arası çocuklarında yarı- yapılandırılmış görüşme ile saptanan psikopatolojilerin ve YDDB tanısının yaygınlığının saptanması ve kontrol grubundaki ebeveynlerin çocukları ile karşılaştırılması ve bu üç gruptaki çocukların Stroop Testi- TBAG formu ile değerlendirilen bilişsel çatışmaları ve kelime-yüz Emosyonel Stroop paradigması ile değerlendirilen emosyonel çatışmaları çözümleme becerilerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Araştırmamızın temel bulguları arasında klinisyenler ve sağlıklı ergenlerden oluşan örneklemelerde NIMH-ChEFS fotoğraf seti içerisinde yer alan bir alt grupta sergilenen temel emosyonlar için ve TUDADEN kelime veri tabanı içerisinde yer alan bir grup kelimenin soyutluk/ somutluğu, baskınlığı, uyarılma düzeyi ve emosyonel değerlikleri için değerlendiriciler arası anlamlı uyum saptanması yer almaktadır. K-SADS-PL içerisine eklenen YDDB ölçütleri için klinisyenler arasında anlamlı düzeyde uyum saptandığı da gözlenmiştir. Yine araştırmamızda Carskadon Pubertal Değerlendirme Ölçeği'nin bazı sorular dışında (adet döngüsü ve sakal başlangıcı) pubertal gelişimin öz bildirimiyle değerlendirilmesi için güvenilir olabileceği saptanmıştır (Carskadon ve Acebo 1993).

Araştırmamızdaki ebeveynlerin kendileri için doldurmuş olduğu ölçeklerin sonuçları değerlendirildiğinde BP grubundaki babaların Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği'nin fiziksel ihmal ve fiziksel istismar, BP grubundaki annelerin ise aynı ölçeğin sadece fiziksel ihmal alt testinde hem UP hem de kontrol grubundaki ebeveynlere göre anlamlı ölçüde daha yüksek puan aldığı bulunmuştur. Belirti Tarama Listesi- Genel Belirti Düzeyi puanlarının UP gruptaki anne ve babalarda BP ve kontrol gruplarına göre anlamlı ölçüde daha yüksek olduğu görülmüştür. Durumluk- Süreklik Kaygı Ölçeği- Süreklik Alt Testinde annelerin anlamlı fark göstermediği, BP gruptaki babaların ise süreklik kaygı düzeylerinin UP ve Kontrol gruplarındaki babalara göre

anlamli ölçüde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Aile Değerlendirme Ölçeği- Genel Aile İşlevselliği alt ölçeğine göre BP gruptaki anneler ve UP gruptaki babalar kendi ailelerinin işlevselliğini diğer iki gruba göre anlamli ölçüde daha düşük olarak değerlendirmektedirler. BP grupta annelerin, UP grupta ise babaların BDÖ ile değerlendirilen depresif yakınma puanlarının diğer iki gruba göre anlamli ölçüde daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Ebeveynlerin çocukları için doldurmuş olduğu ölçekler değerlendirildiğinde, annelerin bildirdiği Dikkat Eksikliği, babaların bildirdiği KOKGB/ DB belirtileri için puanların gruplar arası anlamli fark göstermediği görülmüşür. DSM-IV'e Dayalı Yıkıcı Davranış Bozukluklukları için Tarama ve Değerlendirme Ölçeği'nin geri kalan tüm alt testlerinde UP gruptaki anneler çocukları için diğer iki gruba oranla anlamli ölçüde daha şiddetli belirtiler bildirmiştir. UP gruptaki babaların ise çocukları için bildiridikleri dikkat eksikliği ve hiperaktivite/ dürtüsellik yakınmaları puanlarının diğer iki gruba göre anlamli ölçüde daha yüksek olduğu görülmüşür.

Babaların doldurduğu CBCL-Disregölasyon Profili ve bu profili oluşturan alt testlerin puan ortancaları tanı grupları arasında anlamli fark göstermemektedir. Annelerin doldurmuş olduğu ölçeklerde ise hem disregölasyon profilinin hem de bu profili oluşturan alt testlerin puan ortancalarının gruplar arası anlamli fark gösterdiği ve BP grubunda UP grubuna göre anlamli ölçüde daha yüksek olduğu görülmüşür. Alt analizler, BP grubundaki annelerin çocukları için bildirdiği Disregölasyon Profili puanlarındaki yükselmenin anksiyete/ depresyon alt testine bağlı olabileceğini düşündürmektedir. Disregölasyon Profili için T puanı > 210 patolojik olarak kabul edildiğinde hem anne hem de babaların doldurduğu ölçeklerde ikişer olgunun (% 2.2) patolojik sınırdaki skorlar elde ettiği görülmüşür. Bu olgulardan biri UP, diğerisi ise BP grubundadır.

Çocukların kendileri için doldurmuş olduğu ölçekler değerlendirildiğinde; Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği- Fiziksel İhmal alt testinde BP gruptakilerin, Emosyonel İstismar alt testinde ise UP gruptakilerin en yüksek puanı aldığı görülmüşür. Fiziksel ihmal alt testinde UP grup Kontrol grubuna göre anlamli ölçüde yüksek puanlar alırken, Emosyonel İstismar alt testinde BP

grubundaki ergenler en düşük puanları almıştır. Minimizasyon alt testinde ise en yüksek ortanca kontrol grubunda saptanmıştır. Ardından sırasıyla BP ve UP grupları gelmektedir.

Çocukların kendileri için doldurmuş olduğu Durumluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği- Süreklilik Alt Ölçeği'nde gruplar arası anlamlı fark saptanamamıştır. ÇDÖ puanları ise UP grubunda BP grubundan, BP grubunda ise kontrol grubundan anlamlı ölçüde daha yüksektir.

Tüm örnekleme yarı yapılandırılmış görüşme ile Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu, Sosyal Anksiyete Bozukluğu, OKB, DEHB, KOKGB ve motor tikler için ebeveynler ve çocuklarından alınan bilgilerin daha yüksek uyum gösterdiği saptanmıştır. Hem ebeveyn hem de çocuklardan alınan bilgilere göre tüm gruplarda en sık tanı DEHB'dur.

Tüm örnekleme ebeveynlerden alınan bilgilerle Yıkıcı Duygudurum Düzensizliği Bozukluğu DSM-5 tanı ölçütleri sorgulandığında 5 olgunun (% 5.5) değerlendirme sırasında ve yaşam boyu bu tanıyı karşıladığı saptanmıştır. Ergenlerden alınan bilgilerle ise bu oran % 4.4 (n=4) olarak bulunmuştur. YDDDB tanısı için UP ve BP gruplarında anlamlı fark saptanamamıştır.

Tüm örnekleme ebeveyn ve çocuk bildirimlerine göre 6 olgu (% 6.7) şimdi ve yaşam boyu YDDDB ile uyumlu belirtiler göstermekte ancak tanı için gerekli eşik altında kalmaktadır. Bu olgulardan ikisi BP, üçü UP, biri ise kontrol grubunda yer almaktadır. Tanı için eşik altında kalmanın en sık nedeni olarak öfke patlamalarının sıklığı ve patlamalar arası irritabl duygudurum olmaması bildirilmiştir.

Stroop Testi- TBAG formunda BP tanılı ebeveynlerin çocuklarının anlamlı derecede uzun yanıt latansı gösterdiği, interferans etkisini fark ederek düzeltme bakımından UP tanılı ebeveyn çocukları ve BP tanılı ebeveynlerin çocukları bakımından anlamlı fark gözlenmediği bulunmuştur. Son olara emosyonel Stroop paradigmasında BP ebeveyn çocuklarının diğer iki gruba göre anlamlı ölçüde daha geç yanıt verdikleri ve daha çok hata yaptıkları ancak bu farkın son deneme bloku içerisinde ortadan kalktığı görülmüştür.

Araştırmamızda 81 aileden 90 çocuk yer almaktadır. Örneklemde Yineleyen Depresif Bozukluk (UP) tanılı ebeveynlerin çocuklarının oranı % 40.0 (n=36), Bipolar Bozukluk (BP) tanılı ebeveyn çocukları % 28.9 (n= 26) iken, kontrol grubu ebeveynlerin çocukları örneklemin %31.1'ini (n=28) oluşturmaktadır. Tüm örneklemde baba ve annelerin yaşları ortalaması sırasıyla; 41.9 (S.D.= 4.8) ve 39.2 (S.D.=4.4) yıldır. Örneklemdeki ergenlerin yaşları ortalaması ise 13.7 (S.D.=1.2) yıldır. Olguların sosyo-demografik verileri, TC Aile ve sosyal Politikalar Bakanlığı'nın 2011'de yürüttüğü "Türkiye'de Aile Yapısı Araştırması" projesi kapsamında geliştirilen "Katılımcıların Sosyoekonomik Düzeylerini Belirleme Formu" ile değerlendirilmiştir. Yapılan analiz sonucu gruplar arası sosyodemografik ve sosyoekonomik açıdan anlamlı fark saptanmamıştır. Sosyodemografik verilerin farklılık göstermemesinin grupların karşılaştırılabilir özellikte olduğunu desteklediği düşünülmüştür.

Duygudurum bozukluklarında yüksek oranlarda çocukluk çağı travmaları bildirilmektedir. Erken dönemde yaşanan travmatik deneyimlerin hastalık gelişimi için yatkınlık faktörü olarak rol oynayabileceği ve erişkinlikte gelişecek olası duygudurum bozuklukları için önemli bir nöral zemin sağladığı öne sürülmüştür (Heim ve Nemeroff 2001). Bipolar bozuklukta herhangi bir kötüye kullanım oranı % 51.0 - 54.0 olarak bildirilirken ayrı ayrı alt tiplere bakıldığında; fiziksel istismar % 14.0 - % 24.0, cinsel istismar % 12.0 - % 21.0, emosyonel istismar % 37.0 ,fiziksel ihmal % 12.0, duygusal ihmal sıklığı ise % 24.0 olarak bildirilmiştir. (Romero ve ark. 2009). Çocukluk çağındaki travmatik deneyimlerin genetik yatkınlıklarla etkileşerek duygudurum bozukluklarının oluşumunu kolaylaştırdığı ve gidişini etkileyebileceği düşünülmektedir (Schechter 2012, Bogdan ve ark. 2012). Yapılan çalışmaların bir kısmı kadınların daha fazla fiziksel ve cinsel istismara uğradığını bildirirken büyük çoğunluğunda çocukluk çağı travmasında cinsiyet açısından bir fark bulunmadığı belirtilmiştir. (Heim ve Nemeroff 2001).

Çocukluk çağı travmatik deneyimleri BP'de olduğu gibi MDB gelişimi için de önemli bir risk etkenidir. Ayrıca çocuklukta yaşanan travmatik olayların MDB'de erken başlangıç, depresif belirtilerin şiddeti ve depresyonun kronikleşmesinde bir risk etkeni olduğu çeşitli çalışmalarda

gösterilmiştir (Nanni ve ark. 2012). Yineleyici MDB hastlarının % 79.9’unda en az bir çocukluk çağı travmasının eşlik ettiği ve en fazla bildirilen travmaların sırasıyla; fiziksel ihmal, duygusal istismar ve duygusal ihmal olduğu bildirilmiştir (Nanni ve ark. 2012).

Erken dönemdeki travmatik deneyimlerin DDB gelişimi ile ilişkisi bilindiğinden araştırmamızda hem ebeveynler hem de çocuklar CTQ-28 ile travmatik deneyimler açısından değerlendirilmiştir. Ebeveynlerin CTQ-28 alt testleri değerlendirildiğinde; BP gruptaki babalarda fiziksel ihmal ve fiziksel istismar anlamlı olarak UP gruptan ve Kontrol grubundan daha fazla bildirilirken BP gruptaki annelerde yalnızca fiziksel ihmal alt testinde anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Emosyonel ihmal alt testinde ise anlamlılığa ulaşmamakla birlikte UP annelerin daha fazla emosyonel ihmal bildirdikleri görülmüştür. Çalışmamızda genel olarak BP gruptaki ebeveynlerin fiziksel ihmal/istismarı daha fazla bildirdikleri, UP gruptakilerin ise emosyonel ihmali daha fazla bildirdikleri söylenebilir. Emosyonel ihmalin MDB’un yineleme ve kronikleşmesinde diğer travmatik deneyimlere göre daha ilişkili olduğu göz önüne alındığında bulgularımızın mevcut yazınla uyumlu olduğu söylenebilir (Nanni ve ark. 2012, Bogdan ve ark. 2012).

Çocukların doldurduğu CTQ- 28 alt testleri analiz edildiğinde; CTQ-28-Fiziksel İhmal alt testinde ortancalar BP> UP > Kontrol şeklinde sıralanırken, CTQ-28-Emosyonel İstismar alt testinde ortancalar UP > Kontrol> BP şeklinde sıralanmıştır. Ebeveynlerdekine benzer şekilde fiziksel ihmal BP ebeveyne sahip çocuklarda daha fazla, emosyonel istismar ise UP ebeveyne sahip çocuklarda daha fazla bulunmuştur. Bu bulgu, ebeveynlerin çocuklukta maruz kaldıkları istismar/ihmal şeklinin, geliştirdikleri bağlanma örüntüsünü ve ebeveynlik stillerini etkileyerek çocuklarına benzer örseliyici davranışlarda bulunmaları sonucunu doğurabileceği şeklinde yorumlanabilir (Schechter 2012, Williams ve Neighbors 2006).

K-SADS ile yapılan değerlendirmelerde en sık karşılanan tanı %18.9 ile DEHB iken bunu %10.1 ile ayrılık anksiyetesi, %7.9 ile KOKGB takip etmektedir. Ebeveyn bildirimlerine göre hiç bir çocuk herhangi bir DDB tanısı almaz iken çocuk bildirimlerinde %5.5 çocuk yaşam boyu MDB tanısını karşılamaktadır. Her iki bilgi kaynağından (ebeveynler ve çocuk) alınan bilgilerle

değerlendirme anında veya yaşam boyu Mani, Hipomani, Siklotimi, Psikotik Bozukluk, Agorafobi, Enkoprezis, Anoreksia/ Bulimia Nervosa, Vokal tik, Alkol/ Madde Kullanım Bozuklukları tanılarını karşılayan olgu saptanamamıştır. Bu bulgu ebeveynlerin, çocukların dışa yönelim semptomlarını daha iyi gözlemleyebileceği ancak öznel deneyimle ilgili semptomlar için ergenlerin daha iyi bilgi verebilecekleri önermesinin yanı sıra DEHB, anksiyete ve yıkıcı davranış bozukluklarının duygudurum bozuklukları için riskli çocuklarda prodromal tanılar olabileceği önermeleriyle de uyumludur (Angold 2002, Collishaw ve ark. 2016, Kim ve ark. 2015).

Duygudurum bozukluğu olan ebeveynlerin çocuklarının sağlıklı ebeveyn çocuklarına göre duygu ve davranışlarını düzenlemekte güçlük yaşadıkları ve bunun sonucunda gerek içe yönelim gerekse dışa yönelim sorunlarının normal popülasyondan daha fazla görüldüğü bilinmektedir (Kim ve ark. 2015, Collishaw ve ark. 2016, Berettini 2004). Araştırmamızda çocukların duygu ve davranışlarını düzenleyebilme becerileri hakkında bilgi edinebilmek ve kategorik yaklaşım dışında çocukların mevcut sorunlarını boyutsal olarak değerlendirebilmek için ebeveynlerine ÇGDÖ-Disregülasyon profili doldurtulmuştur. ÇGDÖ-Disregülasyon profili 3 alt testten oluşmaktadır; anksiyete/depresyon, saldırgan davranışlar ve dikkat sorunları. Biederman ve arkadaşları pediatrik bipolar bozukluğu olan çocukların çocuk ve gençlerde davranış değerlendirme ölçeğinin özellikle bu 3 alt testinde yüksek puanlar elde ettiğini göstermiştir (Boomsma ve ark. 2006). Ancak ek araştırmalarla bu profilin BP tanısına özgü olmadığı, emosyon düzenlemede sorunlar yaşayan bir grup çocuğu tanımlayabileceği gösterilmiştir (Mbekou ve ark. 2014).

Çalışmamızda annelerin doldurduğu CBCL-Disregülasyon profilinde gruplar arasında anlamlı farklılıklar gözlenmiştir. Özellikle disregülasyon profilinde yer alan Anksiyete/ Depresyon alt test puanları BP grupta UP gruba göre daha yüksek saptanmıştır. Dikkat sorunları alt testinde ise BP ve UP grupta anlamlı bir ayrışma görülmezken her iki grup da kontrol grubuna göre anlamlı oranda daha fazla dikkat sorunları bildirmiştir. Saldırganlık alt testi ortancaları ise UP grupta BP ve Kontrol grubuna göre daha yüksek saptanmakla birlikte BP ve Kontrol grubu arasında anlamlı bir ayrışma saptanamamıştır. Son yıllarda yapılan araştırmalar süregelen bir şekilde irritabl olan ve

saldırgan davranışlar sergileyen çocukların bipolar spektrumdan ziyade depresif spektrum ile ilişkili olduğunu, bu çocukların uzunlamasına takiplerinde daha fazla depresif bozukluk ve anksiyete bozukluğu geliştirdiklerini göstermiştir (Copeland ve ark. 2013, Stringaris ve ark. 2013). Araştırmamızda genel olarak disregülasyon profili puan yüksekliği BP ebeveyn çocuklarında daha fazla saptanmakla birlikte, özellikle saldırganlık alt testinin UP ebeveyn çocuklarında anlamlı olarak daha yüksek olması yazındaki kronik irritabilite-depresyon ilişkisi ile uyumlu olarak değerlendirilebilir (Stringaris ve ark. 2013). Araştırmamızda Mbekou ve arkadaşlarının (2014) önerdiği şekilde Disregülasyon Profili T puanı > 210 olan çocukların klinik olarak anlamlı sorun yaşadığı kabul edildiğinde saptanan olası YDDB yaygınlığı, K-SADS-PL görüşmesine eklenen YDDB ölçütlerine göre saptanan kategorik YDDB yaygınlığına göre daha düşük çıkmıştır. Geçmiş araştırmaların sonuçları ise boyutsal yaklaşımla olası YDDB tanısının kategorik yaklaşıma göre daha fazla olabileceğini düşündürmektedir (Mbekou ve ark .2014, Copeland ve ark. 2013). Bu farklılık çalışmamızda Disregülasyon Profili için önerilen kesim puanını 195 yerine (Boomsma ve ark. 2006) 210 olarak almamızdan kaynaklanabilir (Mbekou ve ark. 2014). Diğer yandan özellikle babaların doldurmuş olduğu Disregülasyon Profili içerisinde madde- toplam puan korelasyonlarında saptanan düşüklük bu profilin daha geniş örneklemelerde ve farklı veri kaynaklarına göre güvenilirliğinin değerlendirilmesinin gerekebileceğini düşündürmektedir.

Ebeveynlerden alınan bilgilerle Yıkıcı Duygudurum Düzensizliği Bozukluğu DSM-5 tanı ölçütleri sorgulandığında 5 olgunun (% 5.5) değerlendirme sırasında ve yaşam boyu bu tanıyı karşıladığı saptanmıştır. Ergenlerden alınan bilgilerle ise bu oran % 4.4 (n=4) olarak saptanmıştır. Ebeveynlerden alınan bilgilere göre tanı alan olguların üçü UP, geri kalanları ise BP grubundandır. Ergen bildirimlerine göre tanı alan olgular ise UP (n=2) ve BP (n=2) gruplarında eşittir. Tüm örneklemde ebeveyn ve çocuk bildirimlerine göre 6 olgu (% 6.7) şimdi ve yaşam boyu YDDB ile uyumlu belirtiler göstermekte ancak tanı için gerekli eşik altında kalmaktadır. Bu olgulardan ikisi BP, üçü UP, biri ise kontrol grubunda yer almaktadır. Dolayısıyla araştırmamızda YDDB tanısı için BP ve UP grupları arasında anlamlı fark saptanamadığı söylenebilir. Ancak bu bulgu

çalışmamızda YDDDB tanısını karşılayan olguların kısırlı olmasına da bağlı olabilir. Dolayısıyla farklı merkezlerde takip edilen BP/ UP tanılı ebeveynlerin çocuklarının bir arada değerlendirilmesi YDDDB tanısının bu iki grup arasında fark gösterip göstermediği ile ilgili daha kesin bir sonuç sağlayabilir.

Araştırmamızda YDDDB tanısı için eşik altında kalan olguların daha çok öfke patlamalarının sıklığı ve öfke patlamaları arası duygudurum ile ilgili ölçütler yüzünden bu tanıyı alamadıkları görülmüştür. Bu bulgu daha önce ülkemizde gerçekleştirilmiş olan birçok merkezli araştırmanın verileri ile uyumludur (Tufan ve ark. 2016). Dolayısıyla DSM-5 içerisinde yer alan öfke patlamalarının sıklığı ile ilgili ölçütün olasılıkla farklı ülke ve kültürlerden sağlanacak örneklerle değerlendirilmesinin gerektiği söylenebilir.

Bilişsel çatışmaları çözümleme becerisini değerlendirebilmek için uygulanan Stroop testi TBAG Formunda tüm kartlarda testi tamamlama süreleri BP > UP > kontrol şeklinde sıralanmaktadır. Üçüncü ve 4. Kartlardaki düzeltme sayıları BP = UP > kontrol şeklinde sıralanmıştır. Beşinci kartta ise en yüksek düzeltme ortancası BP grubundadır, bunu sırasıyla UP ve kontrol grupları izlemektedir. Beşinci karttaki hata sayılarında farkın ise uç değerlerden kaynaklandığı, uç değerler dikkate alınmadığında tüm gruplardaki hata ortancalarının eşit olduğu görülmüştür. Stroop görevi sırasında hem ASK hem de DLPFK çatışma çözümleme ve hataların yakalanmasında aktive olurken, DLPFK yürütücü işlevler ve bellek işlevlerine yardımcı olmakta, ASK ise dikkat kaynaklarının paylaşılmasında ve uygun yanıtın seçilmesinde görev almaktadır (van Maanen ve ark. 2009, Karakaş 2011). Dolayısıyla araştırmaımızdaki bulgular hataların yakalanması ve düzeltilmesinde; yani ASK ve DLPFK işlevlerinde BP ve UP ebeveyn çocuklarının birbirlerine benzediği ancak bilgi işleme hızında BP ebeveyn çocuklarının daha yavaş olduğu lehine yorumlanabilir. BP ebeveyn çocuklarının emosyonel Stroop paradigmasında da ilk iki deney blokunda daha yavaş yanıt vermeleri, son blokda ise UP ebeveyn ve kontrol grubuna benzer performans göstermeleri bu önermeyi destekleyebilir.

Emosyonel stroop testinde İkinci deneme bloku içerisinde ortalama yanıt latansı UP ve BP gruplarında benzer ve kontrol grubuna göre daha yüksektir. Hem ikinci hem de üçüncü blokta toplam doğru yanıtlar en fazla kontrol grubunda verilmiştir, UP grubu daha düşük oranda doğru yanıt vermesine rağmen aradaki fark anlamlı değildir. BP grubu ise her iki blokta da anlamlı ölçüde daha çok yanlış yanıt vermiştir. Üçüncü deneme blokundaki ortalama yanıt latansı ise BP > UP > Kontrol şeklinde sıralanmaktadır. Son deneme blokunda ise gruplar birbirine benzer performans göstermektedir. Bu bulgular BP ebeveyn çocuklarının bilişsel çatışmaların yanı sıra emosyonel çatışmaları çözümlemede de sorun yaşadığı ancak her iki deney paradigmasında da deney protokolünün sonlarına doğru kontrollere denk performans gösterilebileceğini düşündürmektedir.

6. SONUÇ:

Bu araştırma sonucunda:

NIMH-ChEFS fotoğraf seti ve TÜDADEN kelime veri tabanı içerisinde yer alan bir uyarının 12-16 yaş arası ergenlerde değerlendirme için kullanılabileceği;

K-SADS-PL içerisine eklenen YDDDB ölçütleri için klinisyenler arasında anlamlı düzeyde uyum saptandığı;

Carskadon Pubertal Değerlendirme Ölçeği'nin bazı sorular dışında (adet döngüsü ve sakal başlangıcı) pubertal gelişimin öz bildirimiyle değerlendirilmesi için güvenilir olabileceği;

BP ve UP tanılı ebeveynlerin de çocuklarının da anlamlı derecede çocukluk çağı travması/ ihmal bildirdikleri;

Yine hem BP hem de UP tanılı ebeveynlerin aile işlevselliklerinin düşük olduğunu bildirdikleri; DSM-IV'e Dayalı Yıkıcı Davranış Bozukluklukları için Tarama ve Değerlendirme Ölçeği'nde UP tanılı ebeveynlerin çocukları için anlamlı ölçüde daha yüksek yakınmalar bildirdikleri; Disregülasyon Profili için T puanı > 210 patolojik olarak kabul edildiğinde hem anne hem de babaların doldurduğu ölçeklerde ikişer olgunun (% 2.2) patolojik sınırdaki skorlar elde ettiği ve olguların UP ve BP grup arasında fark göstermediği;

Tüm örnekleme yarı yapılandırılmış görüşme ile Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu, Sosyal Anksiyete Bozukluğu, OKB, DEHB, KOKGB ve motor tikler için ebeveynler ve çocuklarından alınan bilgilerin daha yüksek uyum gösterdiği;

Hem ebeveyn hem de çocuklardan alınan bilgilere göre tüm gruplarda en sık tanının DEHB olduğu;

Tüm örnekleme ebeveynlerden alınan bilgilerle Yıkıcı Duygudurum Düzensizliği Bozukluğu DSM-5 tanı ölçütleri sorgulandığında 5 olgunun (% 5.5) değerlendirme sırasında ve yaşam boyu bu tanıyı karşıladığı; YDDB tanısı için UP ve BP gruplarında anlamlı fark saptanamadığı;

YDDB tanısı için eşik altında kalmanın en sık nedeni olarak öfke patlamalarının sıklığı ve patlamalar arası irritabl duygudurum olmamasının bildirildiği;

Stroop Testi- TBAG formunda BP tanılı ebeveynlerin çocuklarının anlamlı derecede uzun yanıt latansı gösterdiği, interferans etkisini fark ederek düzeltme bakımından UP tanılı ebeveyn çocukları ve BP tanılı ebeveynlerin çocukları bakımından anlamlı fark gözlenmediği;

Emosyonel Stroop paradigmasında BP ebeveyn çocuklarının diğer iki gruba göre anlamlı ölçüde daha geç yanıt verdikleri ve daha çok hata yaptıkları ancak bu farkın son deneme bloku içerisinde ortadan kalktığı görülmüştür.

7. KAYNAKLAR:

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition- Text Revision (DSM-IV-TR). American Psychiatric Association, Arlington, V.A., 2000.
2. Ayuso- Mateos JL, Vázquez – Barquero JL, Dowrick C, Lehtinen V, Dalgard OS, Casey P, Wilkinson C, Lasa L, Page H, Dunn G, Wilkinson G; ODIN Group. Depressive disorders in Europe: prevalence figures from the ODIN study. *Br J Psychiatry* 2001; 179: 308- 316.
3. Abell S, Ey JL. Bipolar disorder. *Clin Pediatr (Phila)* 2009; 48 (6): 693- 694.
4. Youngstrom EA, Gracious BL, Danielson CK, Findling RI, Calabrese J. Toward an integration of parent and clinical report on the Young Mania Rating Scale. *J Affect Disord* 2003; 77: 179- 190.
5. LaPalme M, Hodgins S, LaRoche C. Children of parents with bipolar disorder: a metaanalysis of risk for mental disorders. *Can J Psychiatry* 1997; 42: 623- 631.
6. Dougherty LR, Smith VC, Bufferd SJ, Stringaris A, Leibenluft E, Carlson GA, Klein DN. Preschool irritability: longitudinal associations with psychiatric disorders at age 6 and parental psychopathology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2013; 52 (12): 1304- 1313.
7. Snaith RP, Taylor CM. Irritability: definition, assessment and associated factors. *Br J Psychiatry* 1985; 147: 127- 136.
8. Cents RA, Diamantopoulou S, Hudziak JJ, Jaddoe VW, Hofman A, Verhulst FC, Lambregtsevan den Berg MP, Tiemeier H. Trajectories of maternal depressive symptoms predict child problem behavior: the Generation R Study. *Psychol Med* 2013; 43 (1): 13- 25.
9. Mars B, Collishaw S, Smith D, Thapar A, Potter R, Sellers R, Harold GT, Craddock N, Rice F, Thapar A. Offspring of parents with recurrent depression: which features of parent depression index risk for offspring psychopathology? *J Affect Disord* 2012; 136 (1-2): 44- 53.

10. Wiggins JL, Mitchell C, Stringaris A, Leibenluft E. Developmental trajectories of irritability and bidirectional associations with maternal depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2014; 53 (11): 1191- 1205.
11. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı (2014) (Çev. ed.: Köroğlu E), Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
12. Copeland WE, Angold A, Costello EJ, Egger H. Prevalence, comorbidity, and correlates of DSM-5 proposed disruptive mood dysregulation disorder. *Am J Psychiatry* 2013; 170: 173- 179.
13. Leibenluft E, Charney DS, Towbin KE, Bhangoo RK, Pine DS. Defining clinical phenotypes of juvenile mania. *Am J Psychiatry*. 2003;160 (3): 430- 437.
14. Leibenluft E. Severe mood dysregulation, irritability and the diagnostic boundaries of bipolar disorder in youths. *Am J Psychiatry* 2011; 168 (2): 129- 142.
15. Krieger FV, Leibenluft E, Stringaris A, Polanczyk GV. Irritability in children and adolescents: Past concepts, current debates, and future opportunities. *Rev Bras Psiquiatr* 2013; 35 (Suppl. 1): S32- S39.
16. Deveney CM, Connolly ME, Haring CT, Bones BL, Reynolds RC, Kim P, Pine DS, Leibenluft E. Neural mechanisms of frustration in chronically irritable children. *Am J Psychiatry* 2013; 170: 1186- 1194.
17. Stringaris A, Cohen P, Pine D, Leibenluft E. Adult outcomes of youth irritability: a 20-year prospective community-based study. *Am J Psychiatry*. 2009;166:1048-1054.
18. Stringaris A, Zavos H, Leibenluft E, Maughan B, Eley TC. Adolescent irritability: phenotypic associations and genetic links with depressed mood. *Am J Psychiatry*. 2012;169:47-54.
19. Ağaoğlu B. Depresif Bozukluklar. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı içinde. Çuhadaroğlu Çetin F ve ark. (Editörler). Hekimler Yayın Birliği, Ankara 2008; 373- 382.
20. Gökler B. Bipolar duygudurum bozukluğu. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı içinde. Çuhadaroğlu Çetin F ve ark. (Editörler). Hekimler Yayın Birliği, Ankara 2008; 383- 393

21. **Angst** J, Sellaro R. Historical perspectives and natural history of bipolar disorder. *Biol Psychiatry* **2000**; 48 (6): 445-457.
22. Burton R. *The Anatomy of Melancholy*. (1621). New York Review of Books, New York, 2001.
23. Shorter E. Bipolar disorder in historical perspective. In: *Bipolar II Disorder: Modelling, measuring and managing*. Parker G (Editor). Second Edition. Cambridge University Press, Cambridge 2012; 1-9.
24. Williamson DE, Birmaher B, Axelson DA ve ark. First episode of depression in children at low and high familial risk for depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004; 43: 291-297.
25. Doğangün B. Gelişimsel psikonöroendokrinoloji. *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı* içinde. Çuhadaroğlu Çetin F ve ark. (Editörler). Hekimler Yayın Birliği, Ankara 2008; 68- 81.
26. Gaffrey MS, Luby JL, Belden AC, Hirshberg JS, Volsch J, Barch DM. Association Between Depression Severity and Amygdala Reactivity During Sad Face Viewing in Depressed Preschoolers: An fMRI Study. *J Affect Disord* 2011; 129 (1-3): 364- 370.
27. Stringaris A, Maughan B, Copeland WS, Costello J, Angold A. Irritable Mood as a Symptom of Depression in Youth: Prevalence, Developmental, and Clinical Correlates in the Great Smoky Mountains Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013; 52 (8): 831–840.
28. Dufy A. Does bipolar disorder exist in children? A selected review. *Can J Psychiatry* 2007; 52: 409- 417.
29. Işık U, Işık E. Bipolar bozukluk kavramı, sınıflandırma ve epidemiyolojisi. *Çocuk, Ergen, Erişkin ve Yaşlılarda Depresif ve Bipolar Bozukluklar* içinde. Işık E ve ark. (Editörler). RotaTıp Kitabevi Tic. Ltd. Şti., Ankara 2013; 327-334
30. Weller E, Calvert M, Weller R. Bipolar disorder in children and adolescents: Diagnosis and treatment. *Curr Opin Psychiatry* 2003; 16: 383-388.
31. Berettini W. Genetics of major mood disorders. *Psychiatry (Edgmont)* 2004; 1 (2): 38- 48.

32. Işık Taner Y. Çocuk ve ergenlerde bipolar bozukluklar. Çocuk, Ergen, Erişkin ve Yaşlılarda Depresif ve Bipolar Bozukluklar içinde. Işık E ve ark. (Editörler). RotaTıp Kitabevi Tic. Ltd. Şti., Ankara 2013; 557- 570.
33. McGough JJ. Chronic non-episodic irritability in childhood: current and future challenges. Am J Psychiatry 2014; 160: 430- 437.
34. Geller B, Fox LW, Clark KA. Rate and predictors of prepubertal bipolarity during follow-up of 6- to 12- year-old depressed children. J am Acad Child Adolesc Psychiatry 1994; 33: 461- 468.
35. Erkıran M, Karamustafalıoğlu N, Tomtuk N, Kahraman E, Alpay N. Ergen ve Erişkin Başlangıçlı Maninin Fenomenolojik Farklılıkları: Karşılaştırmalı Bir Çalışma. Türk Psikiyatri Derg 2003; 14: 21-30.
36. Dickstein DP, Treland JE, Snow J, McClure EB, Mehta MS, Towbin KE, Pine DS, Leibenluft E. Neuropsychological performance in pediatric bipolar disorder. Biological Psychiatry 2004; 55 (1): 32- 39.
37. Olvera RL, Semrud-Clikeman M, Pliszka SR, O'Donnell L. Neuropsychological deficits in adolescents with conduct disorder and comorbid bipolar disorder: a pilot study. Bipolar Disorders. 2005; 7: 57–67.
38. Regier DA, Narrow WE, Clarke DE, Kraemer HC, Kuramoto SJ, Kuhl EA, Kupfer DJ. DSM-5 field trials in the US and Canada. Part II: test- retest reliability of selected categorical diagnoses. Am J Psychiatry 2013; 170: 59- 70.
39. Pilowsky DJ, Wickramaratne P, Rush AJ, Hughes CW, Garber J, Malloy E ve ark. Children of currently depressed mothers: A STAR * D ancillary study. J Clin Psychiatry 2006; 67: 126- 136.
40. Hammen C, Brennan PA. Depressed adolescents of depressed and nondepressed mothers: Tests of an Interpersonal Impairment Hypothesis. J Consult Clin Psychol 2001; 69: 284- 294.
41. Weissman MM, Wickramaratne P, Nomura Y, Warner V, Pilowsky D, Verdelli H. Offspring of depressed parents: 20 years later. Am J Psychiatry 2006; 163: 1001- 1008.

42. Kane P, Garber J. The relations among depression in fathers, children's psychopathology, and father- child conflict: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2004; 24: 339- 360.
43. Brotman MA, Schmajuk M, Rich BA, Dickstein DP, Guyer AE, Costello EJ, Egger HL, Angold A, Pine DS, Leibenluft E: Prevalence, clinical correlates, and longitudinal course of severe mood dysregulation in children. *Biol Psychiatry* 2006; 60: 991–997
44. Leibenluft E, Cohen P, Gorrindo T, Brook JS, Pine DS: Chronic versus episodic irritability in youth: a community-based, longitudinal study of clinical and diagnostic associations. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2006; 16: 456–466
45. Stringaris A, Cohen P, Pine DS, Leibenluft E: Adult outcomes of youth irritability: a 20-year prospective community-based study. *Am J Psychiatry* 2009; 166:1048–1054
46. Copeland WE, Shanahan L, Egger H, Angold A, Costello EJ. Adult diagnostic and functional outcomes of DSM-5 Disruptive Mood Dysregulation Disorder. *Am J Psychiatry* 2014; 171: 668-674.
47. Bijl RV, Cuijpers P, Smit F. Psychiatric disorders in adult children of parents with a history of psychopathology. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiology* 2002; 37: 7- 12
48. Öztop D, Uslu R. Behavioral, interactional and developmental symptomatology in toddlers of depressed mothers: a preliminary clinical study within the DC:0-3 Framework. *Turk J Pediatr* 2007; 49: 171- 178.
49. Beardslee RW, Gladstone TRG, O'Connor EE. Transmission and prevention of mood disorders among children of affectively ill parents: A review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2011; 50 (11):1098 –1109.
50. Akdemir D. Bipolar duygudurum bozukluğu olan ana babaların çocuklarında psikopatoloji. T.C. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Ankara 2004.
51. Kestenbaum CJ. Children at risk for manic-depressive illness: possible predictors. *Am J Psychiatry* 1979; 136:1206–1208.

52. Duffy A, Alda M, Kutcher S, Fusee C, Grof P. Psychiatric symptoms and syndromes among adolescent children of parents with lithium-responsive or lithium-nonresponsive bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 431–433.
53. Chang KD, Steiner H, Ketter TA. Psychiatric phenomenology of child and adolescent bipolar offspring. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39: 453–460.
54. Chang KD, Blasey CM, Ketter TA ve ark. Temperament characteristics of child and adolescent bipolar offspring. *J Affect Disord* 2003; 77: 11- 19.
55. Wals M, Hillegers MH, Reichart CG, Ormel J, Nolen WA, Verhulst FC. Prevalence of psychopathology in children of a bipolar parent. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; 40: 1094–1102.
56. Duffy A. The nature of the association between childhood ADHD and the development of Bipolar Disorder: A review of prospective high-risk studies. *Am J Psychiatry* 2012; 169: 1247–1255.
57. Dienes KA, Chang KD, Blasey CM ve ark. Characterization of children of bipolar parents by parent report CBCL. *J Psychiatric Res* 2002; 36: 337- 345.
58. Birmaher B, Axelson D, Goldstein B, Monk K, Kalas C, Obreja M, Hickey MB, Iyengar S, Brent D, Shamseddeen W, Diler R, Kupfer D. Psychiatric disorders in preschool offspring of parents with bipolar disorder: the Pittsburgh Bipolar Offspring Study (BIOS). [Am J Psychiatry](#). 2010; 167 (3): 321-330.
59. **Gaensbauer TJ, Harmon RJ, Cytryn L, McKnew DH.** [Social and affective development in infants with a manic-depressive parent.](#) *Am J Psychiatry*. 1984; 141 (2): 223-229.
60. Chang K, Steiner H, Ketter T. Studies of offspring of parents with bipolar disorder. *Am Jo Med Genet Part C: Semin Med Genet* 2003; 123C (1): 26- 35.
61. Grigoriu- Serbanescu M, Christodorescu D, Jipescu I ve ark. Psychopathology in children aged 10- 17 of bipolar parents: psychopathology rate and correlates of the severity of psychopathology. *J Affect Disord* 1989; 16: 167- 179.

62. **Inoff-Germain** G, Nottelmann ED, Radke-Yarrow M. [Relation of parental affective illness to family, dyadic, and individual functioning: an observational study of family interaction.](#) Am J Orthopsychiatry. **1997**; 67 (3): 433- 448.
63. Anderson CA, Hammen CL. Psychosocial outcomes of unipolar depressed, bipolar, medically ill and normal women: a longitudinal study. J Consult Clin Psychology 1993; 61: 448- 454.
64. DelBello MP, Soutullo CA, Ryan P et al. MRI analysis of children at risk for bipolar disorder. Biol Psychiatry 2000;47 (Suppl): 13S.
65. Singh MK, DelBello MP, Adler CM, Stanford KE, Strakowski SM (2008) Neuroanatomical characterization of child offspring of bipolar parents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 47(5):526–531
66. Gallelli KA, Wagner CM, Karchemskiy A, Howe M, Spielman D, Reiss A, Chang KD. N-acetylaspartate levels in bipolar offspring with and at high-risk for bipolar disorder. Bipolar Disord. 2005; 7 (6): 589-597.
67. Schneider MR, DelBello MP, McNamara RK, Strakowski SM, Adler CM. Neuroprogression in bipolar disorder. Bipolar Disord. 2012; 14 (4): 356-74.
68. Kashani JH, Burk JP, Horwitz B ve ark. Differential effect of subtype of parental major affective disorder on children. Psychiatry Res 1985; 15: 195- 204.
69. Klein DN, Depue RA, Slater JF. Cyclothymia in the adolescent offspring of parents with bipolar affective disorder. J Abnorm Psychol 1985; 94: 115- 127.
70. Hammen C, Burge D, Burney E ve ark. Longitudinal study of diagnoses in children of women with unipolar and bipolar affective disorder. Arch Gen Psychiatr 1990; 47: 1112- 1117.
71. Radke- Yarrow M, Nottelmann E, Martinez P ve ark. Young children of affectively ill parents: a longitudinal study of psychosocial development. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1992; 31: 68- 77.
72. Carlson GA, Weintraub S. Childhood behavior problems and bipolar disorder- relationship or coincidence. J Affect Disord 1993; 28: 143- 153.

73. Tamar M. Bipolar bozukluk tanılı hastaların çocuklarında psikopatoloji. T.C. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi,, İzmir 1991.
74. İnal Emiroğlu N. Bipolar I bozukluklu annesinin çocuklarının yıkıcı davranış bozuklukları ve duygudurum bozuklukları yönünden değerlendirilmesi. T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, İzmir 2001.
75. Deveci E. Şizofreni ve duygudurum bozukluklu hastaların çocuklarında nörobilişsel endofenotipler. T.C. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Erzurum 2010.
76. Kökçü F, Kesebir S. İki uçlu olgular ve çocuklarında bağlanma biçiminin mizaç, kişilik ve klinik özellikler ile ilişkisi: Kontrollü bir çalışma. Türk Psikiyatri Derg 2010; 21 (4): 309-318.
77. Yıldız ÖÇ Ö, Şişmanlar ŞG, Ağaoğlu B, Tural Ü, Önder E, Karakaya I. Anne-babalarında ruhsal bozukluk olan çocukların ruhsal durumlarının değerlendirilmesi. Klinik Psikiyatri 2006; 9: 123- 130
78. Deniz Ö. Distimi tanısı alan hastaların çocuklarında psikiyatrik bozukluk sıklığı ve psikososyal özelliklerin incelenmesi. T.C. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Bursa 2008
79. Tufan AE, Boşgelmez Ş. Major depresif bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu ve panik bozukluğu tanılarını alan annelerin çocuklarında bildirilen bedensel yakınmalar arasında bir fark olabilir mi: Bir ön çalışma. Türkiye’de Psikiyatri 2009; 11 (1): 1-7.
80. Tufan AE, Bilici R, Topal Z, Demir N, İzci F. Tip I alkolizmi veya major depresif bozukluğu olan erkeklerin çocuklarında bildirilen yakınmalar: Kontrollü bir çalışma. Bağımlılık Dergisi 2014; 15 (3): 134- 141.
81. Yürümez E, Akça ÖF, Uğur Ç, Uslu RI, Kılıç BG. Mothers’ alexithymia, depression and anxiety levels and their association with the quality of mother-infant relationship: a preliminary study. Int J Psychiatry Clin Pract 2014; 18 (3): 190- 196.

82. Rolls ET. The brain and emotion. Oxford University Press. Oxford 1999.
83. Panksepp J. Affective Neuroscience: The Foundations of Human and Animal Emotions. Oxford University Press, New York 1998.
84. Kalat JW. Biological Psychology. 9th Edition. Thomson Wadsworth, Canada 2007.
85. Lewis M. Self-conscious emotions: Embarrassment, pride, shame, and guilt. Handbook of Emotions içinde, Third Paperback Edition. Haviland-Jones JM, Lewis M, Feldman Barrett L (Editörler), The Guilford Press, New York 2010; 742-756.
86. Posner J, Russell JA, Peterson BS. The circumplex model of affect: An integrative approach to affective neuroscience, cognitive development, and psychopathology. Dev Psychopathol 2005; **17**: 715–734.
87. Niedenthal PM. Emotion concepts. Handbook of Emotions içinde, Third edition. Haviland-Jones JM, Lewis M, Feldman Barrett L (Editörler), Third Paperback Edition, The Guilford Press, New York 2010; 587- 600.
88. Basgoze Z. Emotional conflict resolution in healthy and depressed populations. Unpublished MS Dissertation. The Middle East Technical University, Department of Cognitive Sciences, Ankara 2008
89. **Egner** T, Etkin A, Gale S, Hirsch J. Dissociable neural systems resolve **conflict** from emotional versus nonemotional distracters. Cereb Cortex. **2008**; 18 (6): 1475-1484.
90. **Egner** T. Multiple **conflict**-driven control mechanisms in the human brain. Trends Cogn Sci. **2008**; 12 (10): 374-380.
91. Haas BW, Omura K, Amin Z, Constable RT, Canli T. Functional connectivity with the anterior cingulate is associated with extraversion during the emotional Stroop task. Soc Neurosci. 2006; 1 (1): 16-24.
92. van Maanen L, van Rijn H, Borst JP. Stroop and picture-word interference are two sides of the same coin. Psychon Bull Rev 2009; **16** (6): 987–999.

93. Milham M. Practice-related effects demonstrate complementary roles of anterior cingulate and prefrontal cortices in attentional control. *NeuroImage* 2003; **18** (2): 483–493.
94. Karakaş S. Orijinal testlerin tanıtımı Türk formlarını geliştirme çalışmaları. BİLNOT- Çocuk: BİLNOT Bataryası El Kitabı: Nöropsikolojik Testlerin Çocuklar için Araştırma ve Geliştirme Çalışmaları. Karakaş S, Doğutepe Dinçer E. Cilt I. Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti., İstanbul 2011; 13-53.
95. Frings C, Englert J, Wentura D, Bermeitinger C. Decomposing the emotional Stroop effect. *Q J Exp Psychol (Hove)*. **2010**; 63 (1): 42-49.
96. Compton RJ, Banich MT, Mohanty A, Milham MP, Herrington J, Miller GA, Scalf PE, Webb A, Heller W. Paying attention to emotion: an fMRI investigation of cognitive and emotional Stroop tasks. *Cog Aff Behav Neurosci* 2003; 3 (2): 81- 96.
97. Aruntas MA. Resolving emotional conflicts in healthy adolescent population. Unpublished Thesis for the Graduate School of Informatics of the Middle East Technical University Master of Sciences in the Department of Cognitive Sciences. Ankara 2013.
98. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behav Res Methods* 2007; 39 (2): 175- 191.
99. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Third Edition- Revised (DSM-III-R). American Psychiatric Association, Washington D.C., 1987.
100. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition (DSM-IV). American Psychiatric Association, Washington D.C., 1994.
101. Kaufman J, Birmaher B, Brent D ve ark. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School- Age Children- Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): Initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36: 980- 988.
102. Gökler B, Ünal F, Pehlivan Türk B, Çengel Kültür E, Akdemir D, Taner Y. Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu

Şekli- Türkçe Uyarlamasının Geçerlik ve Güvenirliği. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi 2004; 11 (3): 109- 116.

103. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, et al. Structured Clinical Interview for DSM- IV Axis I Disorders (SCID-I). Clinical Version. American Psychiatric Press Inc., Washington D.C 1997

104. Çorapçıoğlu A, Aydemir Ö, Yıldız M ve ark. DSM-IV Eksen I Bozuklukları (SCID-I) için Yapılandırılmış Klinik Görüşme- Klinik Versiyon. Hekimler Birliği Yayınevi. Ankara 1999

105. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. Manual for State- Trait Anxiety Inventory. Consulting Psychologists Press, California 1970

106. Öner N, Le Compte A. Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı, İstanbul, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları. İstanbul 1983

107. Kovacs M. The Children's Depression Inventory (CDI). Psychopharmacol Bulletin 1985; 21: 995-998

108. Öy B. Çocuklar için depresyon ölçeği: Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Türk Psikiyatr Derg 1991; 2: 132-136

109. Beck AT. An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry 1961; 4: 561-571.

110. Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenilirliği. Psikoloji Dergisi 1989; 7: 3-13.

111. Bernstein DP, Fink L, Handelsman L, Foote J, Lovejoy M, Wenzel K, Sapareto E, Ruggiero J. İntial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. Am J Psychiatry 1994; 151: 1132- 1136.

112. Şar V, Öztürk E, İkikardeş E. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği'nin (CTQ) Türkçe Uyarlamasının Geçerlik ve Güvenilirliği. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2012; 32 (4): 1054- 1063.

113. Aydemir Ö, Köroğlu E (Editörler). Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler. 6. Baskı, HYB Basım Yayın, Ankara 2012; 655-659.

114. Harrington R. Adolescent depression: same or different? Arch Gen Psychiatry. 2001;58:21–22.
115. Rasmussen AR, Wohlfahrt- Veje C, de Renzy-Martin KT, Hagen CP, Tinggard J, Mouritsen A, Mieritz MG, Main KM. Validity of Self-Assessment of Pubertal Maturation. Pediatrics 2015; 135 (1): 86- 93.
116. Carskadon MA, Acebo C. A self-administered rating scale for pubertal development. J Adolesc Health. 1993;14(3):190–195
117. Achenbach TM, Edelbrock CS. Behavioral problems and competencies reported by parents of normal and disturbed children aged four through sixteen. Monogr Soc Res Child Dev. 1981; 46 (1): 1-82.
118. Erol N, Arslan BL, Akçakın M. The adaptation and standardization of the Child Behavior Checklist among 6-18 Year-Old Turkish Children. In: Eunethydis: European Approaches to Hyperkinetic Disorder. Sergeant J (Editor), Fotoratar, Zurich 1995; 97–113.
119. Erol N, Şimşek Z. Okul çağı çocuk ve gençler için Davranış Değerlendirme Ölçekleri El Kitabı (CBCL, YSR ve TRF): Achenbach Ampirik Temelli Değerlendirme Sistemi (ASEBA). Mentis Yayınevi, Ankara 2010.
120. Boomsma DI, Rebollo I, Derks EM, van Beijsterveldt TCEM, Althoff RR, Rettew DC, Hudziak JJ. Longitudinal Stability of the CBCL-Juvenile Bipolar Disorder Phenotype: A Study in Dutch Twins. Biol Psychiatry 2006; 60: 912- 920.
121. Mbekou V, Gignac M, MacNeil S, Mackay P, Renaud J. The CBCL dysregulated profile: an indicator of pediatric bipolar disorder or of psychopathology severity? J Affect Disord 2014; 155: 299- 302.
122. Derogatis LR. SCL-90: administration, scoring and procedure manual- I fort he revised version. Baltimore, MD. Johns Hopkins University School of Medicine, Clinical Psychometrics Unit 1977.

123. Dağ İ. Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R)'nin üniversite öğrencileri için güvenirliği ve geçerliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1991; 2 (1): 5- 12.
124. Egger HL, Pine DS, Nelson E, Leibenluft E, Ernst M, Towbin KE, Angold A. The NIMH Child Emotional Faces Picture Set (NIMH- ChEFS): A new set of children's facial emotion stimuli. *Int J Methods Psychiatr Res* 2011; 20 (3): 145- 156.
125. Gökçay D, Smith MA. TÜDADEN: Türkçe'de Duygusal ve Anlamsal Değerlendirmeli Norm Veri Tabanı. Bilgi işleyen makine olarak beyin içinde. Bingöl H (Editör). Pan Yayıncılık: İstanbul 2011
126. Inquisit 4.0.8.0 64 Bit (Build 2624) [Computer Software] 2014. Seattle, WA: Millisecond Software LLC.
127. T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Aile ve Toplum Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Türkiye Aile Yapısı Araştırması- TAYA 2011. Gözden Geçirilmiş İkinci Basım. Uzerler Matbaacılık Ltd. Şti. Ankara 2014.
128. Bulut I. Aile Değerlendirme Ölçeği El Kitabı. Öz Güzel İş Matbaası, Ankara 1990
129. Heim C, Nemeroff CB. The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: preclinical and clinical studies. *Biol Psychiatry* 2001; 49 (12): 1023- 1039.
130. Romero S, Birmaher B, Axelson D, Goldstein T, Golsdstein BI, Gill MK, Iosif AM, Strober MA, Hunt J, Esposito- Smythers C, Ryan ND, Leonard H, Keller M. Prevalence and correlates of physical and sexual abuse in children and adolescents with bipolar disorder. *J Affect Disord* 2009; 112 (1-3): 144- 150.
131. Schechter D. The developmental neuroscience of emotional neglect, its consequences, and the psychosocial interventions that can reverse them. *Am J Psychiatry* 2012; 169 (5): 452- 454
132. Bogdan R, Williamson DE, Hariri AR. Mineralocorticoid receptor Iso/ Val (rs5522) genotype moderates the association between previous childhood emotional neglect and amygdala reactivity. *Am J Psychiatry* 2012; 169 (5): 515- 522

- 133.Nanni V, Uher R, Danese A. Childhood maltreatment predicts unfavorable course of illness and treatment outcome in depression: a meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2012; 169 (2): 141-151
- 134.Williams DR, Neighbors HW. Duygudurum bozuklukları üzerine sosyal bakış açıları. The american Psychiatric Publishing: Duygu durum Bozuklukları Temel Kitabı. Stein DJ, Kupfer DJ, Schatzberg AF (Ed.), Oral TE (Çeviri Ed.), Sigma Publishing, İstanbul 2006; 145- 158
135. Angold A. Diagnostic interviews with parents and children. *Child and Adolescent Psychiatry içinde*; Rutter M, Taylor E (Editors). Fourth Edition, Blackwell Science, Oxford 2002; 32- 51.
136. Kim JW, Yu H, Ryan ND, Axelson DA, Goldstein BI, Goldstein TR, Diler RS, Monk K, Hickey MB, Sakolsky DJ, Merranko JA, Birmaher B. Longitudinal trajectories of ADHD symptomatology in offspring of parents with bipolar disorder and community controls. *J Clin Psychiatry* 2015; 76 (5): 599- 606.
137. Collishaw S, Hammerton G, Mahedy L, Sellers R, Owen MJ, Craddock N, Thapar AK, Harold GT, Rice F, Thapar A. Mental health resilience in the adolescent offspring of parents with depression: a prospective longitudinal study. *Lancet Psychiatry* 2016; 3 (1): 49- 57.
138. Tufan E, Topal Z, Demir N, Taskiran S, Savci U, Cansiz MA, Semerci B. Sociodemographic and clinical features of Disruptive Mood Dysregulation Disorder:A chart review. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2016; 26 (2): 94- 100.

EKLER

BECK DEPRESYON SORU LİSTESİ

Aşağıdaki gruplar halinde bazı cümleler yazılıdır. Her gruptaki cümleleri dikkatle okuyunuz. Bugün dahil, geçen hafta içinde kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Seçmiş olduğunuz cümlenin yanındaki numarayı daire içine alınız. Eğer bu grupta durumunuzu anlatan birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz.

Seçiminizi yapmadan önce her gruptaki cümlelerin hepsini dikkatle okuyunuz.

İSİM :
TARİH :

0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
 1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
 2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
 3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
-
0. Gelecekte umutsuz ve karamsar değilim.
 1. Gelecekte karamsarım.
 2. Gelecekte hiçbir şey beklemiyorum.
 3. Geleceğimden umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
-
0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
 1. Kendimi çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızmışım gibi hissediyorum.
 2. Geçmişime baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
 3. Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
-
0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
 1. Her şeyden eskisi gibi hoşlanmıyorum.
 2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
 3. Her şeyden sıkılıyorum.
-
0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
 1. Kendimi zaman, zaman suçlu hissediyorum.
 2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
 3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
-
0. Bana cezalandırılmışım gibi gelmiyor.
 1. Cezalandırılabilceğimi seziyorum.
 2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
 3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.

- 0. Kendimden hoşnutum.
- 1. Kendi kendimden hoşnut değilim.
- 2. Kendime çok kızıyorum.
- 3. Kendimden nefret ediyorum.

- 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
- 1. Zayıf yanlarım veya hatalarımdan dolayı kendi kendimi eleştiririm.
- 2. Hatalarımdan dolayı her zaman kendimi kabahatli bulurum.
- 3. Her aksilik karşısında kendimi kabahatli bulurum.

- 0. kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
- 1. Zaman, zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor fakat yapmıyorum.
- 2. Kendimi öldürmek isterdim.
- 3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.

- 0. İçimden her zamankinden fazla ağlamak gelmiyor.
- 1. Zaman, zaman içimden ağlamak geliyor.
- 2. Çoğu zaman ağlıyorum.
- 3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.

- 0. Şimdi her zaman olduğundan daha sinirli değilim.
- 1. Eskisine göre daha kolay kızıyor veya sinirleniyorum.
- 2. Şimdi hep sinirliyim
- 3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.

- 0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.
- 1. Başkaları ile eskisinden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
- 2. Başkaları ile konuşma, görüşme isteğimi kaybettim.
- 3. Hiç kimse ile görüşüp konuşmak istemiyorum.

- 0. Eskiden olduğu kadar kolay karar verebiliyorum.
- 1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
- 2. Karar verirken eskisine göre çok güçlük çekiyorum.
- 3. Artık hiç karar veremiyorum.

- 0. Aynaya baktığımda kendimde bir değişiklik görmüyorum.
- 1. Daha yaşlanmışım ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
- 2. Görünüşümün çok değiştiğini ve daha çirkinleştiğimi hissediyorum.
- 3. Kendimi çok çirkin buluyorum.

0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
 1. Bir şeyler yapmam için gayret göstermem gerekiyor.
 2. Bir şeyler yapabilmem için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
 3. Hiçbir şey yapamıyorum.
-
0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.
 1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
 2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve yeniden uyuyamıyorum.
 3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyorum ve yeniden uyanamıyorum.
-
0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.
 1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
 2. Yaptığım her şey beni yoruyor.
 3. Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.
-
0. İştahım her zamanki gibi,
 1. İştahım eskisi kadar iyi değil.
 2. İştahım çok azaldı.
 3. Artık hiç iştahım yok.
-
0. Son zamanlarda kilo vermedim.
 1. İki kilodan fazla verdim.
 2. Dört kilodan fazla verdim.
 3. Altı kilodan daha fazla verdim.
- Daha az yiyerek kilo vermeye çalışıyorum. Evet..... Hayır.....
-
0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.
 1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendiriyor.
 2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmem zorlaşıyor.
 3. Sağlığımdan o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.
-
0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.
 1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
 2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim
 3. Cinsel konulara olan ilgimi tamamen kaybettim.

SCL-90- R

Adı – Soyadı:

Yaş :

Cinsiyeti :

Açıklama :

Tarih :

Aşağıda zaman zaman herkeste olabilecek yakınma ve sorunların bir listesi vardır. Lütfen her birini dikkatlice okuyunuz. Sonra bu durumun bugün de dahil olmak üzere son bir ay içinde sizi ne ölçüde huzursuz ve tedirgin ettiğini göz önüne alarak aşağıda belirtilen tanımlamalardan uygun olanının numarasını karşısındaki boşluğa yazınız. Düşüncenizi değiştirirseniz ilk yazdığınız numarayı tamamen siliniz. Lütfen başlangıç örneğini dikkatle okuyunuz ve anlamadığınız bir cümle ile karşılaştığınızda uygulayan kişiye danışınız.

Örnek :

Tanımlama :

Aşağıda belirtilen sorundan

0 Hiç

ne ölçüde rahatsız olmaktadır?

1 Çok az

Cevap

2 Orta derecede

3 Oldukça fazla

4 Aşırı düzeyde

Örnek : Bel ağrısı ... 3 ...

- | | |
|--|-------|
| 1. Baş ağrısı | ..... |
| 2. Sinirlilik ya da içinin titremesi | ..... |
| 3. Zihinden atamadığınız yineleyici (tekrarlayıcı) hoş gitmeyen düşünceler | ..... |
| 4. Baygınlık ve baş dönmeler | ..... |
| 5. Cinsel arzuya ilginin kaybı | ..... |
| 6. Başkaları tarafından eleştirilme duygusu | ..... |
| 7. Herhangi bir kimsenin düşüncelerinizi kontrol edebileceği fikri | ..... |
| 8. Sorunlarınızdan pek çoğu için başkalarının suçlanması gerektiği fikri | ..... |
| 9. Olayları anımsamada (hatırlamada) güçlülük | ..... |
| 10. Dikkatsizlik veya sakarlıkla ilgili endişeler | ..... |
| 11. Kolayca gücenme, rahatsız olma hissi | ..... |
| 12. Göğüs veya kalp bölgesinde ağrılar | ..... |
| 13. Caddelerde veya açık alanlarda korku hissi | ..... |

14. Enerjinizde azalma veya yavaşlama hali	.....
15. Yaşamınızın sona ermesi düşünceleri	.....
16. Başka kişilerin duymadıkları sesleri duyma	.....
17. Titreme	.....
18. Çoğu kişiye güvenilmemesi gerektiği düşüncesi	.....
19. İştah azalması	.....
20. Kolayca ağlama	.....
21. Karşı cinsten kişilerle ilgili utangaçlık ve rahatsızlık hissi	.....
22. Tuzağa düşürülmüş veya tuzağa yakalanmış hissi	.....
23. Bir neden olmaksızın aniden korkuya kapılma	.....
24. Kontrol edilmeyen öfke patlamaları	.....
25. Evden dışarı yalnız çıkma korkusu	.....
26. Olanlar için kendini suçlama	.....
27. Belin alt kısmında ağrılar	.....
28. İşlerin yapılmasında erteleme düşüncesi	.....
29. Yalnız hissi	.....
30. Karamsarlık hissi	.....
31. Her şey için çok fazla endişe duyma	.....
32. Her şeye karşı ilgisizlik hali	.....
33. Korku hissi	.....
34. Duygularınızın kolayca incitilebilmesi hali	.....
35. Diğer insanların sizin düşündüklerinizi bilmesi hissi	.....
36. Başkalarının sizi anlamadığı veya hissedemeyeceği duygusu	.....
37. Başkalarının sizi sevmediği ya da dostça olmayan davranışlar gösterdiği hissi	.....
38. İşlerin doğru yapıldığından emin olabilmek için çok yavaş yapmak	.....
39. Kalbin çok hızlı çarpması	.....
40. Bulantı veya midede rahatsızlık hissi	.....
41. Kendini başkalarından aşağı görme	.....
42. Adele (kas) ağrıları	.....
43. Başkalarının sizi gözlediği veya hakkınızda konuştuğu hissi	.....
44. Uykuya dalmada güçlük	.....
45. Yaptığınız işleri bir ya da birkaç kez kontrol etme	.....
46. Karar vermede güçlük	.....
47. Otobüs, tren, metro gibi araçlarla yolculuk etme korkusu	.....
48. Nefes almada güçlük	.....
49. Soğuk ve sıcak basması	.....

50. Sizi korkutan belirli uğraş, yer veya nesnelerden kaçınma durumu	.....
51. Hiç bir şey düşünmeme hali	.....
52. Bedeninizin bazı kısımlarında uyuşma, karıncalanma olması	.....
53. Boğazınıza bir yumru tıkanmış hissi	.....
54. Gelecek konusunda ümitsizlik	.....
55. Düşüncelerinizi bir konuya yoğunlaştırmada güçlülük	.....
56. Bedeninizin çeşitli kısımlarında zayıflılık hissi	.....
57. Gerginlik veya coşku hissi	.....
58. Kol ve bacaklarda ağırlık hissi	.....
59. Ölüm ya da ölme düşünceleri	.....
60. Aşırı yemek yeme	.....
61. İnsanlar size batığı veya hakkınızda konuştuğu zaman rahatsızlık duyma	.....
62. Size ait olmayan düşüncelere sahip olma	.....
63. Bir başkasına vurmak, zarar vermek, yaralamak dürtülerinin olması	.....
64. Sabahın erken saatlerinde uyanma	.....
65. Yılanma, sayma, dokunma gibi bazı hareketleri yenileme hali	.....
66. Uykuda huzursuzluk, rahat uyuyamama	.....
67. Bazı şeyleri kırıp dökme isteği	.....
68. Başkalarının yanında kendini çok sıkılgan hissetme	.....
69. Başkalarının yanında kendini çok sıkılgan hissetme	.....
70. Çarşı, sinema gibi kalabalık yerlerde rahatsızlık hissi	.....
71. Her şeyin bir yük gibi görünmesi	.....
72. Dehşet ve panik nöbetleri	.....
73. Toplum içinde yer içerken huzursuzluk hissi	.....
74. Sık sık tartışmaya girme	.....
75. Yalnız bıraktığınızda sinirlilik hali	.....
76. Başkalarının sizi başarılarınız için yeterince takdir etmediği duygusu	.....
77. Başkalarıyla birlikte olunan durumlarda bile yalnızlık hissetme	.....
78. Yerinizde durmayacak ölçüde rahatsızlık duyma	.....
79. Değersizlik duygusu	.....
80. Size kötü bir şey olacaktıymış duygusu	.....
81. Bağırma ya da eşyaları fırlatma	.....
82. Topluluk içinde bayılacağınız korkusu	.....
83. Eğer izin verirsiniz insanların sizi sömüreceği duygusu	.....
84. Cinsellik konusunda sizi çok rahatsız eden düşüncelerinizin olması	.....

85. Günahlarınızdan dolayı cezalandırmanız gerektiği düşüncesi
86. Korkutucu türden düşünce ve hayaller
87. Bedeninizde ciddi bir rahatsızlık olduğu düşüncesi
88. Başka bir kişiye karşı asla yakınlık duymama
89. Suçluluk duygusu
90. Aklınızda bir bozukluğun olduğu düşüncesi



FİZİKSEL GELİŞİMİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki sorular vücudunuzda olabilecek değişikliklerle ilgilidir. Bu değişiklikler normalde gençlerde farklı yaşlarda görülebilir. Sorulara mümkün olduğunca en doğru olduğunu düşündüğünüz cevabı vermeye çalışınız. Bir soruyu anlamazsanız veya cevabını bilmiyorsanız; “Bilmiyorum” seçeneğini işaretleyiniz.

1.	Boy atmanız....?				
a) Daha başlamadı	b) Yeni başlıyor	c) Kesinlikle başladı	d) Tamamlandı gibi	e) Bilmiyorum	
2.	Vücut kıllanmanız nasıldır? (“Vücut kılı”; kafanızdaki saçlar dışında herhangi bir yerdeki, örneğin koltuk altlarınızdaki kıllara denmektedir. Vücut kıllanmanız için aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz?				
a) Daha başlamadı	b) Yeni başlıyor	c) Kesinlikle başladı	d) Tamamlandı gibi	e) Bilmiyorum	
3.	Cildinizde, özellikle sivilceler olmak üzere, herhangi bir değişiklik fark ettiniz mi?				
a) Daha başlamadı	b) Yeni başlıyor	c) Kesinlikle başladı	d) Tamamlandı gibi	e) Bilmiyorum	
ERKEKLER İÇİN:					
4.	Sesinizde bir kalınlaşma fark ettiniz mi?				
a) Daha başlamadı	b) Yeni başlıyor	c) Kesinlikle başladı	d) Tamamlandı gibi	e) Bilmiyorum	
5.	Yüzünüzde kıllanma başladı mı?				
a) Daha başlamadı	b) Yeni başlıyor	c) Kesinlikle başladı	d) Tamamlandı gibi	e) Bilmiyorum	
KIZLAR İÇİN:					
4.	Göğüslerinizin büyümeye başladığını fark ettiniz mi?				

a) Daha başlamadı	b) Yeni başlıyor	c) Kesinlikle başladı	d) Tamamlandı gibi	e) Bilmiyorum
5a.	Aybaşınız başladı mı? (“Adet” görmeye başladınız mı?)			
a) Evet	b) Hayır			
5b.	Adet görüyorsanız, adetleriniz başladığında kaç yaşındaydınız?			
_____ yaş.				



0: Doğru Değil (bildiğiniz kadarıyla)			1: Bazen ya da Biraz Doğru	2: Çok ya da Sıklıkla Doğru
0	1	2	1. Yaşından çok daha çocuksu davranır	0 1 2 33. Kimsenin onu sevmediğinden yakınır
0	1	2	3. Çok tartışan bir çocuktur	0 1 2 35. Kendini değersiz, önemsiz ya da yetersiz hisseder
0	1	2	4. Başladığı etkinlikleri (oyunu, dersleri, işleri) bitiremez	0 1 2 37. Çok kavga çıkarır, kavgaya karışır
0	1	2	8. Bir konuya odaklanamaz, dikkatini uzun süre bir konu üzerinde toplayamaz	0 1 2 41. Düşünmeden hareket eder, aklına eseni yapar)
0	1	2	10. Yerinde sakince duramaz, çok hareketli ve huzursuzdur	
0	1	2	13. Kafası karışık, zihni bulanıktır	0 1 2 45. Sinirli ve gergindir
0	1	2	14. Çok ağlar	
0	1	2	16. Başkalarına eziyet eder, kötü davranır, kabadayılık eder	
0	1	2	17. Hayal kurar, hayallere dalıp gider	0 1 2 50. Çok korkak ve kaygılıdır
0	1	2	19. Hep dikkat çekmeye çalışır	0 1 2 52. Kendini çok suçlu hisseder
0	1	2	20. Eşyalarına zarar verir	
0	1	2	21. Ailesine ya da başkalarına ait eşyalara zarar verir	
0	1	2	22. Evde söz dinlemez	
0	1	2	23. Okulda söz dinlemez	
0	1	2	29. Bazı hayvanlardan, durumlardan (yüksek yerler), ya da ortamlardan (asansör, karanlık gibi) korkar (okulu katmayınız), (açıklayınız):	
0	1	2	30. Okula gitmekten korkar, okul korkusu vardır	
0	1	2	31. Kötü bir şey düşünebileceği ya da yapabileceğinden korkar	
0	1	2	32. Kusursuz, dört dörtlük ve her konuda başarılı olması gerektiğine inanır.	

0: Doğru Değil (bildiğiniz kadarıyla)			1: Bazen ya da Biraz Doğru	2: Çok ya da Sıklıkla Doğru
0	1	2	57. İnsanlara vurur, fiziksel saldırıda bulunur	0 1 2 86. İnatçı ve huysuzdur
				0 1 2 87. Ruhsal durumu ya da duyguları çabuk değişir
				0 1 2 88. Çok sık küser
0	1	2	61. Okul ödevlerini tam ve iyi yapamaz	0 1 2 89. Şüphelidir, kuşku duyar
				0 1 2 91. Kendini öldürmekten söz eder

0	1	2	68. Çok bağıırır	0	1	2	94. Başkalarına rahat vermez, onlara sataşır, onlarla çok dalga geçer
0	1	2	71. Topluluk içinde rahat değildir, başkalarının kendisi hakkında ne düşünecekleri ve ne söyleyecekleriyle ilgili kaygı duyar	0	1	2	95. Öfke nöbetleri vardır, çabuk öfkelenir
0	1	2	78. Dikkati kolayca dağılır	0	1	2	97. İnsanları tehdit eder
0	1	2	80. Boş gözlerle bakar	0	1	2	104. Çok gürültücüdür
				0	1	2	112. Evhamlıdır, her şeyi dert eder.
				0	1	2	113. Çocuğunuzun yukarıdaki listede belirtilmeyen başka sorunu varsa lütfen yazınız:

DEPRESYON ÖLÇEĞİ (KENDİSİ)

Adı, Soyadı : Tarih :
Cinsiyeti : Okul :
Doğum Tarihi : Sınıf :

Aşağıdaki gruplar halinde bazı cümleler yazılıdır. Her gruptaki cümleleri dikkatlice okuyunuz. Her grup için, bugün dahil son iki hafta içinde size en uygun olan cümlenin yanındaki numarayı daire içine alınız.

- A) 1- Kendimi arada sırada üzgün hissederim.
2- Kendimi sık sık üzgün hissederim.
3- Kendimi her zaman üzgün hissederim.
- B) 1- İşlerim hiçbir zaman yolunda gitmeyecek.
2- İşlerimin yolunda gidip gitmeyeceğinden emin değilim.
3- İşlerim yolunda gidecek.
- C) 1- İşlerimin çoğunu doğru yaparım.
2- İşlerimin çoğunu yanlış yaparım.
3- Herşeyi yanlış yaparım.
- D) 1- Birçok şeyden hoşlanır.
2- Bazı şeylerden hoşlanırım.
3- Hiçbir şeyden hoşlanmam.
- E) 1- Her zaman kötü bir çocuğum.
2- Çoğu zaman kötü bir çocuğum.
3- Arada sırada kötü bir çocuğum.
- F) 1- Arada sırada başıma kötü birşeyin geleceğini düşünürüm.
2- Sık sık başıma kötü şeylerin geleceğinden endişelenirim.
3- Başıma çok kötü şeylerin geleceğinden eminim.
- G) 1- Kendimden nefret ederim.
2- Kendimi beğenmem.
3- Kendimi beğenirim.
- H) 1- Bütün kötü şeyler benim hatam.
2- Kötü şeylerin bazıları benim hatam.
3- Kötü şeyler genellikle benim hatam değil.
- İ) 1- Kendimi öldürmeyi düşünmem.
2- Kendimi öldürmeyi düşünürüm ama yapmam.
3- Kendimi öldürmeyi düşünmüyorum.
- İ) 1- Hergün içimden ağlamak gelir.
2- Birçok günler içimden ağlamak gelir.

3- Arada sırada içimden ağlamak gelir.

- J) 1- Herşey hergün beri sıkır.
2- Herşey sık sık beni sıkır.
3- Herşey arada sırada beni sıkır.
- K) 1- İnsanlarla beraber olmaktan hoşlanırım.
2- Çoğu zaman insanlarla birlikte olmaktan hoşlanırım.
3- Hiçbir zaman insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmam.
- L) 1- Herhangi birşey hakkında karar veremem.
2- Herhangi birşey hakkında karar vermek zor gelir.
3- Herhangi birşey hakkında kolayca karar veririm.
- M) 1- Güzel, yakışıklı sayılırım.
2- Güzel, yakışıklı olmayan yanlarım var.
3- Çirkinim.
- N) 1- Okul ödevlerimi yapmak için her zaman kendimi zorlarım.
2- Okul ödevlerimi yapmak için çoğu zaman kendimi zorlarım.
3- Okul ödevlerimi yapmak sorun değil.
- O) 1- Hergece uyumakta sorluk çekerim.
2- Birçok gece uyumakta zorluk çekerim.
3- Oldukça iyi uyurum.
- Ö) 1- Arada sırada kendimi yorgun hissederim.
2- Birçok gün kendimi yorgun hissederim.
3- Herzaman kendimi yorgun hissederim.
- P) 1- Hemen hergün canım yemek yemek istemez.
2- Çoğu gün canım yemek yemek istemez.
3- Oldukça iyi yemek yerim.
- R) 1- Ağrı ve sızılardan endişe etmem.
2- Çoğu zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim.
3- Her zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim.
- S) 1- Kendimi yalnız hissetmem.
2- Çoğu zaman kendimi yalnız hissederim.
3- Herzaman kendimi yalnız hissederim.
- Ş) 1- Okuldan hiç hoşlanmam.
2- Arada sırada okuldan hoşlanırım.
3- Çoğu zaman okuldan hoşlanmam.
- T) 1- Birçok arkadaşım var.
2- Birçok arkadaşım var ama daha fazla olmasını isterdim.

3- Hiç arkadaşım yok.

- U) 1- Okul başarıım iyi.
2- Okul başarıım eskisi kadar iyi değil.
3- Eskiden iyi olduğum derslerden çok başarısızım.
- Ü) 1- Hiçbir zaman diğer çocuklar kadar iyi olamıyorum.
2-Eğer istersem diğer çocuklar kadar iyi olurum.
3- Diğer çocuklar kadar iyiyim.
- V) 1- Kimse beni sevmez.
2- Beni seven insanların olup olmadığından emin değilim.
3- beni seven insanların olduğundan eminim.
- Y) 1- Bana söyleneni genellikle yaparım.
2- Bana söyleneni çoğu zaman yaparım.
3- bana söyleneni hiçbir zaman yapmam.
- Z) 1- İnsanlarla iyi geçinirim.
2- İnsanlarla kavga ederim.
3- İnsanlarla her zaman kavga ederim.

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği'nin Türkçesi-2.0 (Çeviren: © Vedat Şar,1996, 2012)

Bu sorular çocukluğunuzda ve ilk gençliğinizde (20 yaşından önce) başınıza gelmiş olabilecek bazı olaylar hakkındadır. Her bir soru için sizin durumunuza uyan rakamı daire içersine alarak işaretleyiniz. Sorulardan bazıları özel yaşamınızla ilgilidir; lütfen elinizden geldiğince gerçeğe uygun yanıt veriniz. Yanıtlarınız gizli tutulacaktır.

Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde...

1. Evde yeterli yemek olmadığmdan aç kalırdım.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
2. Benim bakımımı ve güvenliğimi üstlenen birinin olduğunu biliyordum.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
3. Ailedekiler bana “salak”, “beceriksiz” ya da “tipsiz” gibi sıfatlarla seslenirlerdi.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
4. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
5. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan biri vardı.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
6. Yırtık, sökükle ya da kirli giysiler içersinde dolaşmak zorunda kalırdım.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
7. Sevdiğimi hissediyordum.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
8. Anne ve babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
9. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
10. Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
11. Ailedekiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
12. Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
13. Ailedekiler birbirlerine ilgi gösterirlerdi.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
14. Ailedekiler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

15. Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma (dövülme, itilip kakılma vb.) inanıyorum.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
16. Çocukluğum mükemmeldi.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
17. Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövülüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu farkettiği oluyordu.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
18. Ailemde birisi benden nefret ederdi.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
19. Ailemdelikler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
20. Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
21. Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
22. Benim ailem dünyanın en iyisiydi.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
23. Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
24. Birisi bana cinsel tacizde bulundu.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
25. Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma (hakaret, aşağılama vb.) inanıyorum.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
26. İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecek birisi vardı.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
27. Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
28. Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

STAI FORM TX-**2**

YÖNERGE: aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları birtakım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da genel olarak nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

	Hemen hiçbir zama n (1)	Bazen (2)	Çoğu zama n (3)	Heme hər zama (4)
21. Genellikle keyfim yerindedir.	(1)	(2)	(3)	(4)
22. Genellikle çabuk yorulurum.	(1)	(2)	(3)	(4)
23. Genellikle kolay ağlarım.	(1)	(2)	(3)	(4)
24. Başkaları kadar mutlu olmak isterim.	(1)	(2)	(3)	(4)
25. Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım.	(1)	(2)	(3)	(4)
26. Kendimi dinlenmiş hissederim.	(1)	(2)	(3)	(4)
27. Genellikle sakın, kendime hakim ve soğukkanlıyım.	(1)	(2)	(3)	(4)
28. Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissederim.	(1)	(2)	(3)	(4)
29. Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
30. Genellikle mutluyum.	(1)	(2)	(3)	(4)
31. Her şeyi ciddiye alır ve etkilenirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
32. Genellikle kendime güvenim yoktur.	(1)	(2)	(3)	(4)
33. Genellikle kendimi güvende hissederim.	(1)	(2)	(3)	(4)
34. Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım.	(1)	(2)	(3)	(4)
35. Genellikle kendimi hüzünlü hissederim.	(1)	(2)	(3)	(4)
36. Genellikle hayatımdan memnunum.	(1)	(2)	(3)	(4)
37. Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder.	(1)	(2)	(3)	(4)
38. Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam.	(1)	(2)	(3)	(4)
39. Akli başında ve kararlı bir insanım.	(1)	(2)	(3)	(4)
40. Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin eder.	(1)	(2)	(3)	(4)

9. ÖZGEÇMİŞ

İsim: Zehra TOPAL

DoğumTarihi: 26.07.1986

Doğum Yeri: Adana

Adres: Abant İzzet Baysal Üniversitesi Çocuk Psikiyatrisi AD Bolu/ Gölköy

Gsm: 0532 066 09 64

E-mail address: zehratopal86@gmail.com

Eğitim:

Danişment GaziAnadolu Lisesi 2000-2004

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi 2005-2011

Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fak. Çocuk ve Ergen RuhSağlığı ve Hastalıkları AD 2012-2016

a) Kişisel Başarılar (Yayınlar, setifikalar vb.):

a.1.TOPAL Z.Otizmtaramasındakısatehlikeişaretlerinedoğru: Kısa Otizm Spektrum Puanı ve Kısaltılmış Sayısal Tarama Listesinin 1000 Olguve 3000 Kontrolde uygulanması (Çeviri). Yeni Yayınlardan Özetler. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi 2011; 18 (3): SVI-SVII

a. 2. TUFAN E, TOPAL Z, DEMİR N, ALHAN C, BİLİCİ R. Does switching to aripiprazole help to reverse weight gain due to chronic antipsychotic treatment in autistic spectrum disorders? A case presentation. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2012; 22 (EkSayı 1): S144

a.3. TOPAL Z, ALHAN C, DEMİR N, TUFAN AE. Rett sendromu ve takibinde multidisipliner yaklaşımın önemi: ergen bir olgu. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi

a.4.[TUMAN TC](#), [DEMİR N](#), [TOPAL Z](#), [TUMAN BA](#), [Tufan EA](#) Angioedema probably related to fluoxetine in a preadolescent being followed up for major depressive disorder [J Child Adolesc Psychopharmacol](#). 2013; 23 (10): 697-8

a.5. [ARISOY O](#), [TUFAN AE](#), [BİLİCİ R](#), [TASKIRAN S](#), [TOPAL Z](#), [DEMİR N](#), [CANSIZ MA](#)

The comorbidity of reduplicative paramnesia, intermetamorphosis, reverse-intermetamorphosis, misidentification of reflection, and capgras syndrome in an adolescent patient. [Case Rep Psychiatry](#). 2014;2014

a.6. TUMAN TC, TOPAL Z, DEMİR N, ARISOY O, TASKIRAN S, TUFAN AE Possible Exogenous Growth Hormone Induced Mood Disorder With Mixed Features İn A Child [J Child Adolesc Psychopharmacol](#). 2015 Apr;25(3):277-8

a.7 TUFAN AE , TOPAL Z, DEMİR N, TASKIRAN S, SAVCI U, CANSIZ MA, SEMERCI B. Sociodemographic And ClinicalFeaturesOf Disruptive Mood Dysregulation Disorder:A Chart Review Journal Of Child And Adolescent Psychopharmacology Volume 26, Number 2, 2016

b. Kazanılan Ödüller

b.5.1 7. Uluslararası Psikofarmakoloji Kongresi ve 3. Uluslararası Çocuk ve Ergen Psikofarmakolojisi Sempozyumu Poster Bildiri Araştırma Teşvik Ödülü

