



T.C.  
MERSİN ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM  
DALI

ŞİZOFRENİ VEYA BİPOLAR 1 BOZUKLUK TANILI  
EBEVEYNLERİN 6-17 YAŞ ARASI ÇOCUKLARININ  
PSİKOPATOLOJİLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Dr. Fatma YILDIRIM  
UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN  
Prof. Dr. Fevziye TOROS

MERSİN-2018



T.C.  
MERSİN ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM  
DALI

ŞİZOFRENİ VEYA BİPOLAR 1 BOZUKLUK TANILI  
EBEVEYNLERİN 6-17 YAŞ ARASI ÇOCUKLARININ  
PSİKOPATOLOJİLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Dr. Fatma YILDIRIM  
UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN  
Prof. Dr. Fevziye TOROS

MERSİN-2018

## TEŐEKKÜR

Mersin Üniversitesi Tıp Fakóltesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda sürdürdüğüm uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, her konuda ilgi ve anlayışlarını esirgemeyen, samimi, sıcak ve içten tavırlarıyla bana destek olan değerli hocalarım Prof. Dr. Fevziye TOROS ve Yrd. Doç. Dr. Gülen Güler AKSU'ya,

Erişkin Ruh Sağlığı ve Hastalıkları rotasyon sürecimde yeni bakış açıları kazanmamı sağlayarak eğitimime büyük katkıları olan Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesindeki tüm hocalarıma, değerli asistan arkadaşlarıma,

Çalışma disiplini ve sevgisi ile Çocuk Nörolojisi rotasyonumu en verimli şekilde geçirmemi sağlayan, saygıdeğer hocam Prof. Dr. Çetin OKUYAZ'a, Doç. Dr. Mustafa KÖMÜR'e ve Dr. Meltem DİREK'e

Keyifle asistanlık sürecimi paylaştığım iyi niyetlerini hep koruyan değerli asistan arkadaşlarıma, kliniğimizin tüm sekreter ve personellerine,

Son olarak büyük fedakârlıklarla beni bu günlere getiren, maddi ve manevi desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen, tüm hayatım boyunca sahip olduğum için kendimi her zaman şanslı hissettiğim canım annem, babam, ablam ve dayıma, sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Fatma YILDIRIM

## İÇİNDEKİLER

	<b>Sayfa No</b>
ÖZET	5
İNGİLİZCE ÖZET	6
GİRİŞ VE AMAÇ	7
GENEL BİLGİLER	9
Bipolar 1 Duygudurum Bozukluğu	9
Şizofreni	19
GEREÇ VE YÖNTEMLER	
Örneklem	27
Veri Toplama Araçları	27
İstatiksel analiz	31
BULGULAR	32
TARTIŞMA	62
SONUÇ VE ÖNERİLER	70
KAYNAKLAR	72
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	87
TABLolar DİZİNİ	88
EKLER	92
Ek-1Pediatrik Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	
Ek-2 Yasal temsilci Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	
Ek-3 Sosyodemografik Veri Formu	
Ek-4 Connors Ana Baba Derecelendirme Ölçeği Kısa Form	
Ek-5 Çocuk ve Ergenlerde Davranım Bozuklukları için DSM IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği	
Ek-6 Çocuk Uyku Alışkanlıkları Anketi-Kısa Form	
Ek-7 Çocuklar için Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri	

## ÖZET

Bu araştırmada anne ya da babalarında şizofreni veya bipolar 1 tanısı bulunanların çocuklarını, anne ve babalarında herhangi bir psikiyatrik rahatsızlık bulunmayanların çocukları ile psikopatoloji varlığı ve türleri açısından karşılaştırdık. Çalışmada şizofreni tanısı ile izlenen 4 anne ve 6 babanın 6-17 yaş arası 11 çocuğu ve bipolar 1 tanısı ile izlenen 15 anne ve 11 babanın 6-17 yaş arası 36 çocuğu değerlendirilmiştir. Herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığı olmayan 38 anne babanın 6-17 yaş arası 47 çocuğu kontrol grubu olarak çalışmaya alınmıştır. Araştırmaya alınan tüm çocuk ve ergenlere çocuklar için durumluk-sürekli kaygı envanteri doldurtulmuştur, ebeveynlerine de sosyodemografik veri formu, conners ana baba derecelendirme ölçeği kısa formu, çocuk ve ergenlerde davranım bozuklukları için DSM IV e dayalı tarama ve değerlendirme ölçeği, çocuk uyku alışkanlıkları anketi kısa formu doldurtulmuştur. Değerlendirmeler sonucunda, hiperaktivite ve durumluk anksiyete şizofreni tanılı ebeveyne sahip çocuk grubunda kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur. Karşıt olma karşıt gelme bozukluğu; bipolar 1 duygudurum bozukluğu tanılı ebeveyne sahip çocuklarda hem şizofreni tanılı ebeveyne sahip çocuk grubuna göre hem de kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur. Öğrenme sorunu ise şizofreni tanılı ebeveyne sahip çocuk grubunda hem bipolar 1 duygudurum bozukluğu tanılı ebeveyne sahip çocuk grubuna hem de kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur. Davranım bozukluğu, dikkat eksikliği, psikosomatik yakınma, uyku bozukluğu ve sürekli anksiyete açısından gruplar arası farklılık belirlenememiştir. Araştırmanın sonuçları, ebeveynlerinde bipolar 1 bozukluk bulunan çocuklarda karşıt olma karşıt gelme bozukluğunun bipolar bozukluğun öncülü olabileceğini, ebeveynlerinde şizofreni bulunan çocuklarda öğrenme sorununun şizofreni öncülü olabileceğini düşündürmüştür. Daha aydınlatıcı sonuçlara ulaşabilmek için bu çocuklarda psikopatoloji gelişimini etkileyen biyolojik ve psikososyal risk etkenlerini daha büyük gruplar üzerinde inceleyen izlem çalışmalarına gereksinim duyulmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Ebeveynde şizofreni, bipolar 1 duygudurum bozukluğu, çocukta psikopatoloji

## ABSTRACT

In this research, children with schizophrenia either in their mothers or fathers and children with bipolar 1 disorder either in their mothers or fathers were compared with a control group of children without any psychiatric disorder in their parents in respect to presence and kind of psychopathology. In the study group, 11 children (aged between 6 and 17) of 4 mothers and 6 fathers diagnosed with schizophrenia, and 36 children (aged between 6 and 17) of 15 mothers and 11 fathers with bipolar 1 mood disorder were evaluated. Forty-seven children (aged between 6 and 17) of 38 parents without any psychiatric disease were included in the study. All children and adolescents participating in the study filled out state-trait anxiety inventory and adolescents participating in the study and their parents filled out sociodemographic data form, conner's parent rating scale-short form, screening and evaluation scale based on DSM IV for behavioral disorders in children and adolescents and children's sleep habits questionnaire-abbreviated form. As a result of these evaluations, higher score of state anxiety and more frequent hiperactivity were found in children of parents with schizophrenia in respect to the control group. More frequent oppositional defiant disorder was found in children of parents with biolar 1 mood disorder in respect to both control group and children of parents with schizophrenia. The learning problem score was found to be higher in the group of children of parents with schizophrenia than both the control group and children of parents with bipolar 1 mood disorder. No gross differences were detected in terms of conduct disorder, attention deficit, psychosomatic complaints, sleep disturbance, and trait anxiety. The results of this study suggest that in children of parents with bipolar disorder oppositional defiant disorder might be the precursors of a possible future bipolar disorder, and learning problem might be the precursors of a possible future schizophrenia in children of parents with schizophrenia. In order to reach more illuminating results, there is a need for follow-up studies that examine the biological and psychosocial risk factors affecting the development of psychopathology in these children on larger groups.

**Key Words:** Parents with schizophrenia, bipolar 1 mood disorder, psychopatology of children

## GİRİŞ VE AMAÇ

Şizofreni ve bipolar duygudurum bozukluğu (BDB) yüksek genetik geçiş özelliği ile karakterize, en yüksek risk faktörünün pozitif aile öyküsü olduğu psikiyatrik hastalıklardır<sup>1</sup>.

Şizofreni ve BDB sahip olan ebeveynlerin çocuklarında artmış psikiyatrik rahatsızlık riski bulunmaktadır<sup>2,3,1</sup>. Bu hastalar ileride kendi çocuklarında da aynı hastalığın gelişip gelişmeyeceğini merak etmektedirler. Doğru bir risk değerlendirmesi hastalarla ve aileleriyle kurulacak olan iletişimin en önemli etmenidir<sup>4,5</sup>. Aynı zamanda çocuklarda gelişebilecek hastalık ihtimalini bilmek erken müdahale açısından da oldukça kritik bir öneme sahiptir.

Toplum tabanlı çalışmalar BDB ve şizofrenisi olan ebeveynlerin çocuklarında sadece BDB ve şizofreni değil aynı zamanda diğer ruhsal hastalıkların gelişme riskinin de artmış olduğunu göstermektedir<sup>3</sup>. Ortalama yaşları 17 olan şizofren ebeveyne sahip 41 çocukla yapılan bir çalışmada %50 sinin hayatları boyunca bir ya da daha fazla DSM 4 tanısı aldığı bulunmuştur. Bunlardan %17' si şizofreni spektrum kişilik bozukluğu, %34' ü anksiyete bozukluğu, %32' si de yıkıcı davranım bozukluğu tanısı almışlardır<sup>6</sup>. Yine BDB tanılı ebeveyne sahip çocuklarla yapılan bir çalışmada yaşam boyu bir ya da daha fazla DSM 4 tanısı alma oranı %44 bulunmuştur<sup>7</sup>. Diğer bir çalışmada da bipolar ebeveynlerin çocuklarında duygudurum bozukluklarına ek olarak yüksek oranda komorbid veya komorbid olmayan yıkıcı davranım bozuklukları ve anksiyete bozuklukları tespit edilmiştir<sup>8</sup>.

Son zamanlarda yapılan bir metanaliz çalışmasında şizofreni, BDB ve major depresyon tanılı ebeveynlerin çocuklarında %55 oranında en az bir psikiyatrik bozukluk saptanmış olup, gruplar arasında çok az farklılık bulunmuştur<sup>9</sup>. 28 şizofreni ve 26 BDB tanılı ebeveynin çocuğuyla yapılan bir başka çalışmada %60 oranında psikopatoloji gözlenmiş olup, gruplar arasında önemli bir fark bulunmamıştır. Bu durum da bu iki bozukluğun erken yaşlarda benzer klinik fenotipe sahip olduğu önermesini getirmiştir<sup>10</sup>.

Biz de bu çalışmamızda şizofreni veya BDB tanılı ebeveynlerin çocuklarındaki psikopatolojileri tespit edip, grupları birbirleriyle ve kontrol

grubuyla karşılaştırmayı, böylelikle bu hastalıkların erken yaştaki klinik görünümleri ile ilgili bilgi sahibi olup, erken psikososyal müdahalenin önemine dikkat çekmeyi amaçladık.





## GENEL BİLGİLER

### Bipolar 1 Bozukluk

#### Tanım

Bipolar I bozukluk, düzensiz bir biçimde tekrarlayan manik ya da mikst dönemlerle seyreden, birlikte depresif dönemlerin de eşlik edebileceği, bu dönemler arasında kişinin sağlıklı duygudurum haline dönebildiği kronik seyirli bir psikiyatrik bozukluktur<sup>11</sup>. Bipolar I bozukluğun toplum örnekleminde prevalansı % 0,4-1,6 arasında değişmektedir<sup>12</sup>.

#### Tarihçe

Mani ve melankoli tanımlanan en eski hastalıklardandır. Hipokrat melankoli ve maniyi sistematik olarak tanımlayan ilk düşünürdür<sup>13</sup>. Kraepelin (1896) ise mani ve melankolinin değişik türlerini ve klinik belirtilerini “psikoz manyak depresif” adı altında toplamış ve hastalığın belirtilerini, gidiş ve sonlanışının tanımlanmasını yapmıştır<sup>14</sup>. Bleuler 1924’te ilk kez “affektif hastalık” deyimini kullanmıştır. Hastalığın yineleyici olan tipleri 1962’de “monopolar ve bipolar” olarak ayrılmıştır.

1994’te DSM-IV sınıflandırmasında dört tip Bipolar Bozukluk; Bipolar I, Bipolar II, Siklotimi ve Başka Türü Adlandırılmayan Bipolar Bozukluk (BTA BB) yer almıştır. 2000 yılında kullanıma giren DSM-IV-TR sınıflandırmasında ek olarak Genel Tıbbi Duruma ya da Madde Kullanımına Bağlı Duygudurum Bozukluğu vardır<sup>15</sup>.

#### Epidemiyoloji

Bipolar I bozukluğun yaşam boyu yaygınlığı %0-2.4 arasında değişmektedir. Bipolar II bozukluğun yaşam boyu yaygınlığı ise %0.3-3 ve siklotiminin yaşam boyu yaygınlığı ise %0.5-6.3 arasındadır. Tüm BDB spektrumu için verilen yaşam boyu yaygınlık oranının %2,6-7,8 arasında; nokta yaygınlık oranının ise %0.4-0.5 arasında olduğu belirtilmektedir.<sup>16</sup> Prevalans

kadın ve erkeklerde eşit olsa da cinsiyet, hastalığın fenomenolojisi ve seyri üzerinde etkilidir<sup>17,18,19</sup>.

Bipolar Bozukluk herhangi bir yaşta başlayabilir. Baldessarini ve ark. nın Bipolar I Bozukluk tanısı almış. 1665 olgu içeren çok merkezli çalışmasında, hastalık başlangıcının zirve yaptığı dönem 15-25 yaş arası olarak belirlenmiştir. Çocukluk döneminde (12 yaş altı) başlangıç olguların %5' inde, ergenlikte (12-18 yaş) başlangıç %28' inde saptanmıştır<sup>20</sup>.

## **Etyoloji**

BDB'nin etyolojisi henüz kesin olarak gösterilememiştir. Biyolojik ve psikososyal etkenlerin etkileşimiyle ortaya çıkan duygudurum bozukluklarının biyolojik etkenleri arasında genetik etkenler, nöroendokrin etkenler ve nörotransmitter etkenler ana başlıklar olarak sayılabilir<sup>14</sup>.

## **Genetik**

Bipolar bozuklukta genetik geçişin nasıl olduğu henüz tam olarak aydınlatılamamıştır. Ancak çevresel faktörlerin de etkili olduğu çok sayıda genle ilişkili karmaşık bir kalıtım modeli olduğu bilinmektedir. Bulgular; bipolar bozukluğun klasik mendel genetik yasalarıyla kalıtsal geçiş göstermediğini ve birden fazla geni ilgilendiren (polimorfikpoligenik) ve birçok işlevsel etkenin rol oynadığı (multifaktöryel) bir kalıtım ile genetik geçiş gösterdiğini desteklemektedir<sup>16,21,22</sup>.

Genetik epidemiyolojik araştırmalardan elde edilen veriler, bipolar bozukluğu olan hastaların akrabalarındaki eş hastalanma oranının monozigotik ikizlerde %60, dizigotik ikizlerde %20, çocuklarında %15, birinci derece akrabalarda %5-10, ikinci derece akrabalarda %5, kuzenlerde ise %3,5 olduğunu göstermektedir.<sup>23</sup> Her iki ebeveynde de bipolar bozukluk olması, çocuklarda hastalık görülme riskini %75'lere çıkartmaktadır.

Moleküler genetik araştırmalar bağlantı ve ilişkilendirme analizlerini

içermektedir. Bağlantı analizleri BB'ta 2p, 4p, 4q, 6q, 8q, 11p, 12q, 13q, 16p, 16q, 18p, 18q, 21q, 22q ve Xq kromozomal bölgelerine işaret etmektedir. İlişkilendirme analizleri ile de COMT, DAT, HTR4, DRD2, DRD4, HTR2A, 5-HTT, G72/G30 kompleksi, DISC1, P2RX7, MAOA ve BDNF gibi bazı aday genlerin Bipolar Bozuklukla ilişkili olabileceği öne sürülmektedir<sup>24</sup>.

### **Nörotransmitterler**

Duygudurum bozukluklarıyla ilgili çalışmalarda özellikle üç nörotransmitter dikkat çekmektedir: noradrenalin (NA), dopamin (DA) ve serotonin. Orjinal nörotransmitter modelleri depresyonun düşük noradrenalin ve dopamin seviyeleriyle, maninin ise yüksek NA ve DA seviyeleriyle ilişkili olduğunu öne sürmektedir. Mani ve depresyonun her ikisinin de NA ve DA düzenlenmesinde rolü olan serotonin düzeylerinin düşüklüğüyle ilişkili olduğu belirtilmektedir<sup>25</sup>.

Glutamaterjik ve GABAerjik aktivitedeki değişikliklerin duygudurum bozukluğunun patofizyolojisinde rol oynayabileceği çalışmalarla gösterilmiştir. Depresif hastaların beyin omirilik sıvılarında (BOS) GABA konsantrasyonunda azalmanın gözlemlendiği, özellikle melankolik depresyonda bu azalmanın belirgin olduğu ve antidepresan tedavi ile oksipital GABA seviyelerinin normale döndüğü bildirilmiştir. Artmış glutamat konsantrasyonunun ve antiglutamaterjik ilaçların antidepresan etki ile ilişkilendirilmesi depresyonun hiperglutamaterjik bir durum olabileceğini göstermektedir<sup>26</sup>.

Son yıllarda yapılan çalışmalar postsinaptik reseptörler, presinaptik oto ve hetero reseptörler, ikincil haberciler, nörokininler ve gen transkripsiyon faktörleriyle ilgili bilgiler sunmuş, patofizyolojide tek nörotransmitter sistemlerine odaklanmaktansa nöral döngüler ve daha karmaşık nöromodüler sistemleri öne çıkarmıştır<sup>16</sup>.

## **Nöroendokrin Etkenler**

Artmış hipotalamopitüiter aks (HPA) aktivitesi strese yanıtın en belirgin özelliğidir, kronik stresin biyolojisi ve depresyon arasındaki en kesin bağlantılardan biridir. HPA aktivitesi artışı manide de gözlenmektedir. HPA aktivitesinde artış idrarda serbest kortizol atılımında artış, serumda veya tükrükte kortizol düzeylerinin ölçümü, deksametazon supresyon testi ile gösterilmektedir<sup>16</sup>.

Son yıllarda artan sayıda kanıt hipotalamo-pitüiter-tiroid eksenini disfonksiyonlarının da BB klinik gidiş ve patofizyolojisiyle ilişkili olduğunu göstermektedir. Tiroid disfonksiyonu özellikle hızlı döngülü ve diğer tedaviye direçli bipolar olgularda daha siktir<sup>27</sup>. Tiroid hormonlarının duygudurum düzenlenmesini özellikle serotonin ve norepinefrin gibi nörotransmitterlerin düzenlenmesi aracılığıyla gerçekleştirdiği belirtilmektedir<sup>28</sup>.

Melatonin salınımının depresif dönemde azaldığı, bu azalmanın ötimik dönemde normale döndüğü, manide ise melatonin salınımının ötimik ve depresif döneme kıyasla yaklaşık iki kat arttığı belirtilmiştir<sup>29</sup>.

## **Beyin Görüntüleme Çalışmaları**

Bipolar bozukluğu olan hastalar ile yapılan pozitron emisyon tomografisi (PET) ve fonksiyonel manyetik rezonans (fMR) çalışmalarında kognitif ve emosyonel işlevler sırasında amigdalada hiperaktivite saptanmıştır. Ayrıca bipolar hastalarda hipokampus ve prefrontal kortekste azalmış aktivite gözlenmiştir. Fonksiyonel çalışmalara benzer olarak yapısal çalışmalarda prefrontal korteks, bazal gangliyon, hipokampus ve anterior singulat kortekste hacim azalması görülürken, amigdalada volüm artışı bildirilmiştir<sup>25</sup>.

## Tanı

Bipolar Bozukluklar DSM tanı sisteminde Duygudurum Bozuklukları başlığı altında ele alınır ve Bipolar I Bozukluğu, Bipolar II Bozukluğu, Siklotimik Bozukluk ve Başka Türü Adlandırılmayan Bipolar Bozukluğu kapsar. Bipolar Bozukluklarda manik epizotlar, mikst epizotlar ya da hipomanik epizotlar vardır ya da daha önce geçirilmiş olduklarına ilişkin bir öykü alınır, bunların yanı sıra sıklıkla major depresif epizodlar vardır ya da daha önce geçirilmiş olduğuna dair öykü alınır<sup>12</sup>.

Duygudurum Bozukluklarında görülen duygudurum epizodları ve Bipolar I Bozukluk için tanı ölçütleri aşağıda verilmiştir.

### Major Depresif Epizod Tanı Ölçütleri

A. İki haftalık bir dönem sırasında, daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte aşağıdaki semptomlardan beşinin (ya da daha fazlasının) bulunmuş olması; semptomlardan en az birinin ya (1) depresif duygudurum ya da (2) ilgi kaybı ya da artık zevk alamama, olması gerekir.

1. Hastanın kendisinin bildirmesi (örn. kendisini üzgün ya da boşlukta hisseder) ya da başkalarının gözlemesi (örn. ağlamaklı bir görünümü vardır) ile belirli, hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren depresif duygudurum. Çocuk ve ergenlerde irritabl duygudurum bulunabilir.

2. Hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren, tüm etkinliklere karşı ya da bu etkinliklerin çoğuna karşı ilgide belirgin azalma ya da artık bunlardan eskisi gibi zevk alamıyor olma.

3. Perhizde değilken önemli derecede kilo kaybı ya da kilo alımının olması (örn. ayda vücut kilosunun %5'inden fazlası olmak üzere) ya da hemen her gün iştahın azalmış ya da artmış olması. Çocuklarda beklenen kilo alımının olmaması.

4. Hemen her gün insomnia ya da hipersomnianın olması.

5. Hemen her gün, psikomotor ajitasyon ya da retardasyonun olması.

6. Hemen her gün, yorgunluk-bitkinlik ya da enerji kaybının olması.

7.Hemen her gün, değersizlik, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duygularının (hezeyan düzeyinde olabilir) olması.

8.Hemen her gün, düşünme ya da düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırma yetisinde azalma ya da kararsızlık.

9.Yineleyen ölüm düşünceleri, özgül bir tasarı kurmaksızın yineleyen intihar etme düşünceleri, intihar girişimi ya da intihar etmek üzere özgül bir tasarının olması.

B. Bu semptomlar bir Mixt Epizodun tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.

C. Bu semptomlar, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

D. Bu semptomlar bir madde kullanımının ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

E. Bu semptomlar Yas'la daha iyi açıklanamaz, yani sevilen birinin yitirilmesinden sonra bu semptomlar 2 aydan daha uzun sürer ya da bu semptomlar, belirgin bir işlevsel bozulma, değersizlik düşünceleriyle hastalık düzeyinde uğraşıp durma, intihar düşünceleri, psikotik semptomlar ya da psikomotor retardasyonla belirlidir<sup>12</sup>.

#### Manik Epizod Tanı Ölçütleri

A. En az 1 hafta (hastaneye yatırılmayı gerektiriyorsa herhangi bir süre) süren, olağandışı ve sürekli, kabarmış, taşkın ya da irritabl, ayrı bir duygudurum döneminin olması.

B. Duygudurum bozukluğu dönemi sırasında, aşağıdaki semptomlardan üçü ya da daha fazlası (duygudurum irritabl ise dördü) belirgin olarak bulunur:

1. Benlik saygısında abartılı artma ya da grandiyözite

2. Uyku gereksiniminde azalma (örneğin sadece 3 saatlik bir uykudan sonra hastanın kendisini dinlenmiş hissetmesi)

3. Her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşmaya tutma

4. Fikir uçuşmaları ya da düşüncelerin sanki yarışıyor gibi birbirlerinin peşi sıra gelmesi yaşantısı

5. Distraktibilite (dikkat dağınıklığı), yani dikkatin önemsiz ya da ilgisiz bir dış uyarana kolaylıkla çekilebilmesi

6. Toplumsal, mesleki, eğitim, sosyal alanlarda ya da cinsel açıdan amaca yönelik etkinlikte artma ya da psikomotor ajitasyon

7. Kötü sonuçlar doğurma olasılığı yüksek, zevk veren etkinliklere aşırı katılma (örneğin elindeki bütün parayı alışverişe yatırma, düşüncesizce cinsel girişimlerde bulunma ya da aptalca iş yatırımları yapma.)

C. Bu semptomlar mikst atağın tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.

D. Bu duygudurum bozukluğu, mesleki işlevsellikte, olağan toplumsal etkinliklerde ya da başkalarıyla olan ilişkilerde belirgin bir bozulmaya yol açacak ya da kendisine ya da başkalarına zarar vermesini önlemek için hastaneye yatırmayı gerektirecek derecede ağırdır; ya da psikotik özellikler gösterir.

E. Bu semptomlar bir madde kullanımının (örneğin kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç ya da diğer bir tedavi yöntemi) ya da genel tıbbi bir durumun (örneğin hipertiroidizm) fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

Not: Somatik antidepresan tedavinin (örneğin ilaç, elektrokonvülsif terapi, ışık tedavisi) açıkça neden olduğu mani benzeri ataklar Bipolar I Bozukluk olarak sayılmamalıdır<sup>12</sup>.

Mikst (Karma) Epizod Tanı Ölçütleri

A. En az 1 haftalık dönem boyunca hemen her gün, hem bir Manik Epizot, hem de bir Majör Depresif Epizot için tanı ölçütleri (süre dışında) karşılanmıştır.

B. Bu duygudurum bozukluğu, mesleki işlevsellikte, olağan toplumsal etkinliklerde ya da başkalarıyla olan ilişkilerde belirgin bir bozulmaya yol açacak ya da kendisine ya da başkalarına zarar vermesini önlemek için hastaneye yatırılmayı gerektirecek derecede ağırdır ya da psikotik özellikler gösterir.

C. Bu semptomlar bir madde kullanımının (örneğin kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç ya da diğer bir tedavi yöntemi) ya da genel tıbbi bir durumun (örneğin hipertiroidizm) fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

Not: Somatik antidepresan tedavinin (örneğin ilaç, elektrokonvülsif terapi, ışık tedavisi) açıkça neden olduğu mikst benzeri ataklar Bipolar I Bozukluk olarak sayılmamalıdır<sup>12</sup>.

#### Hipomanik Epizod Tanı Ölçütleri

A. Olağan, depresif olmayan duygudurumdan açıkça farklı, en az 4 gün, günboyu süren, sürekli, kabarmış, taşkın ya da iritabl ayrı bir duygudurum döneminin olması.

B. Duygudurum bozukluğu dönemi sırasında, aşağıdaki belirtilerden en az 3'ünün ( duygudurum yalnızca iritabl ise 4'ünün) önemli derecede ve sürekli varlığı.

1. Abartılı yükselmiş benlik değer duygusu ya da grandiyözite
2. Uyku gereksiniminde azalma,
3. Her zamankinden daha konuşkan olma ya da basınçlı konuşma,
4. Fikir uçuşması ya da düşüncelerin sanki yarışıyor gibi peşisıra gelmesi,
5. Disraktivite, yani dikkatin önemsiz ya da konu dışı uyaranlara çekilerek dağılabilmesi,
6. Amaca yönelik etkinlikte artış (sosyal, iş, okul ya da cinsel aktivitede) yada psikomotor ajitasyon,
7. Kötü sonuçlar doğurma olasılığı yüksek, zevk veren etkinliklere aşırı girme (örn. aşırı harcama, düşüncesizce cinsel ilişkiler ve iş yatırımları.)

C. Bu epizod sırasında, kişinin semptomatik olmadığı zamanlardakinden çok farklı olarak işlevsellikte belirgin bir değişiklik olur.

D. Duygudurum bozukluğu ve işlevsellikteki değişiklik başkalarının da



gözlenebilir düzeydedir.

E. Bu duygudurum bozukluğu, mesleki işlevsellikte, olağan toplumsal etkinliklerde yada başkalarıyla olan ilişkilerde belirgin bir bozulmaya yol açacak yada kendisine yada başkalarına zarar vermesini önlemek için hastaneye yatırmaya gerektirecek denli ağır değildir ve psikotik özellikler göstermez.

F. Bu semptomlar bir madde kullanımının ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir. Not: Somatik antidepresan sağaltımın (örn. ilaç, elektrokonvulsif terapi (EKT), ışık sağaltımı) açıkça neden olduğu hipomanik benzeri dönemler Bipolar II Bozukluğu olarak sayılmamalıdır.)<sup>12</sup>.

#### Bipolar I Bozukluğu Tanı Ölçütleri

A. En az bir manik ya da karma (mixt) epizod vardır.

B. Depresif epizodlar geçirilmiş ya da ileride ortaya çıkacakları varsayılmaktadır (ancak bulunmaları tanı için gerekli değildir)

C. Duygudurum dönemleri şizoaffektif bozukluğa uymamaktadır ve şizofreni, şizofreniform bozukluk ya da delüzyonel bozukluk ya da başka bir yerde sınıflandırılmayan psikotik bozukluk üzerine eklenmemiştir.

D. Bu semptomlar, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

E. Bu semptomlar bir madde kullanımının ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir<sup>12</sup>.

## Bipolar Bozukluğu Olan Ebeveynlerin Çocuklarında Psikopatoloji

BDB genetik geçişi yüksek psikiyatrik hastalıklardandır<sup>30</sup>.

Bipolar ebeveyni olan çocuklar bipolar bozukluk ve diğer psikopatolojiler için genetik risk taşımakla beraber psikososyal stresörler ve aile çevresi de bu riske katkı sağlamaktadır. Bu çocuklar başta bipolar bozukluk olmak üzere, major depresyon, anksiyete bozukluğu, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) ve diğer mental bozukluklar gelişimi açısından risk altındadır. Bu risk sadece erişkinlik dönemini değil, çocukluk ve ergenlik dönemini de kapsamaktadır<sup>31,32</sup>.

Lapalme ve arkadaşları tarafından yapılan bipolar ailelerin erişkin çocuklarının da dahil edildiği meta-analiz çalışmasında mental bozukluğu olmayan ebeveynlerin çocuklarında duygudurum bozukluğu görülme oranı %8,3 iken, bipolar ebeveyni olan çocuklarda bu oran %26,5 olarak saptanmıştır. Bipolar ebeveynlerin çocuklarında %52 oranında herhangi bir psikiyatrik hastalık görülürken sağlıklı ebeveynlerin çocuklarında bu oran %29'dur. Bu çocuklarda duygudurum bozukluğu görülme riskinin 4, herhangi bir psikiyatrik hastalık görülme riskinin ise 2,7 kat daha yüksek olduğu belirtilmiştir<sup>16</sup>.

Bipolar Bozukluğu olan ebeveynlerin okul öncesi çocuklarında DEHB'nin 8 kat fazla görüldüğu ve eşikaltı manik ve depresif semptomların kontrollerden fazla olduğu gözlenmiştir<sup>33</sup>. BDB olan ebeveynlerin okul çağındaki çocuklarında ise Bipolar Spektrum Bozukluğu, diğer Duygudurum Bozuklukları, Anksiyete Bozuklukları ve Yıkıcı Davranış Bozukluklarının daha sık olduğu tespit edilmiştir<sup>34</sup>. Çocukluk döneminde anksiyete veya dışa yönelim bozukluklarının ilerleyen dönemlerde ortaya çıkabilecek major duygudurum bozukluğu için öncül bir gösterge olabileceği ileri sürülmüştür<sup>24</sup>.

Bipolar bozukluğa sahip ebeveynlerin çocukları psikiyatrik hastalığı olmayan ailelerin sağlıklı çocuklarıyla karşılaştırıldıklarında farklı mizaç özellikleri gösterebilirler. Bipolar ebeveynlerin çocuklarının dış uyanlarla kolayca dikkatleri dağılan, hareketli ve daha enerjik bir yapıya sahip çocuklar olduğu belirlenmiştir<sup>35</sup>. Bipolar ebeveynlerin geç ergenlik ve genç yetişkinlik dönemindeki çocuklarının sosyal işlevselliklerinde sorun saptanmamıştır. Buna

karşın yüksek riskli bu gençlerin daha fazla dışa yönelim sorunları gösterdikleri ve erkeklerin kızlara göre daha fazla kavgacı davranışlar sergiledikleri gözlenmiştir<sup>36</sup>.

## **Şizofreni**

### **Tanım**

Şizofreni; davranışın bilişsel, emosyonel, algısal ve diğer yönlerini kapsayan, değişkenlik gösteren ve bu yönlerin hepsinde derinden yıkıcı psikopatolojik etkileri olan klinik bir sendromdur. Görünümü hastadan hastaya ve zamanla değişkenlik gösterir, fakat hastalığın etkisi her zaman ağırdır ve çoğunlukla uzun sürelidir<sup>16</sup>.

Hastalığın temel belirtileri; varsanılar, sanrılar, dezorganize konuşma, dezorganize ya da katatonik davranış, duygulanımda donuklaşma, konuşma yoksunluğu (aloji), amaca yönelik etkinlikleri başlatamama ya da sürdürmememe, bilişsel kayıplar ve psikososyal işlevsellikte bozulmadır<sup>12</sup>.

### **Tarihçe**

Ruhsal hastalıkları ilk kez tıbbi bir durum olarak değerlendiren, sınıflayan Hipokrat, zihnin yozlaşması ile sonuçlanan dağınık veya hezeyanlı düşünce şekilleri gösteren durumları “paranoia” olarak adlandırmıştır. Hipokrat sonrası Eski Yunan hekimleri, yazılarında şizofreni benzeri ruhsal hastalıklar tanımlamışlardır<sup>37</sup>.

“Dementia Praecox” terimini ilk kullanan Fransız psikiyatrist Benedict Morel olmasına rağmen, hastalık olarak tanımlanması Kraepelin tarafından yapılmıştır.

Kraepelin, paranoid, hebefreni ve katotonili hastaları değerlendirmiş, bunların kötü prognozla seyreden bir bozukluğun farklı görünümleri olduğunu öne sürerek hepsini “Dementia Praecox” başlığı altında toplamıştır<sup>38</sup>.1911 yılında ise Eugen Bleuler “Dementia Praecox” yerine yunanca akıl yarılması

anlamına gelen 'şizofreni' terimini ilk kez kullanan kişi olmuştur<sup>39</sup>.

1930'larda Kurt Schneider şizofreni için patognomik olarak kabul edilen birincil sıra belirtileri tanımlanmış ve şizofreni tanısında bu belirtilere öncelik vermiştir. Bunlar; düşünce çekilmesi, düşünce yayılması, düşünce okunması, yorum yapan, tartışan, emir veren işitsel varsanılar, somatik varsanılar, sanrılı algılama, duygu ve davranışların başkalarının etkisi altında olduğu sanrılarıdır<sup>38</sup>.

Dahil etme ve dışlama ölçütlerinin kullanıldığı ilk resmi tanı sistemi olan DSM-III (1980) olmakla birlikte DSM-IV'de şizofreni ile ilgili tanılar, şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar başlığı altında sınıflandırılmıştır<sup>40,38,41</sup>.

## **Epidemiyoloji**

Şizofreni sıklığı üzerine yapılan birçok araştırmanın sonuçları genel toplumda görülme sıklığının % 0.4-%0.7 arasında değiştiğini göstermektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre de Avrupa ve Asya'da hastalık sıklığı %0.85'tir<sup>42,43</sup>.

Şizofreninin insidans ve prevelansı, dünyadaki toplumlar ve coğrafi bölgeler arasında önemli bir değişkenlik göstermemektedir<sup>40</sup>.

En sık görüldüğü yaşlar erkekler için 15-25, kadınlar için 25-35 yaşlar arasındır<sup>16</sup>. Kadın ve erkekler arasında hastalığın yaygınlık ve sıklığını değerlendiren çalışmalar incelendiğinde çoğunlukla cinsiyet açısından önemli fark bulunmadığı görülür<sup>44,45</sup>.

Yazında, şizofreni tanısı bulunan bireylerin yakın akrabalarında, hastalık sıklığının genel topluma göre fazla olduğu ve ailesel birikmelerin bulunduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır.<sup>6</sup> Haukka ve ark. (2003) yaptıkları çalışmada; genel popülasyonda şizofreni görülme sıklığı % 1,3 iken, şizofreni tanısı bulunanların kardeşlerinde % 2,8 olarak bulunmuştur<sup>46</sup>. Hans ve ark. (2000) yaptıkları çalışmada, sadece bir ebeveyninde şizofreni tanısı olan çocuklarda şizofreni spektrum bozukluğu tanısı bulunma oranı % 17,1 iken, kontrol grubunda %5,3 olarak bulunmuştur<sup>6</sup>.

## **Etyoloji**

Şizofreni hastalığının oluş nedenleri bugün bile tam olarak aydınlatılamamıştır. Fakat son 20-30 yıl içinde bakış açısı hastalığın beynin gelişimsel bir bozukluğu olduğu yönünde değişmiştir. Bu bozukluğun en önemli nedeni kalıtsal yatkınlıkla açıklansa da, bunun tek başına yeterli olmayabileceği, hastalığın ortaya çıkışında kalıtsal yatkınlığa çevresel faktörlerin eşlik etmesi gerektiği düşünülmektedir<sup>47</sup>.

## **Genetik**

Yapılan çalışmalarda psikotik bozukluklarda, kalıtılabilirlik oranları % 64-90 arasında bildirilmektedir<sup>48,49</sup>. Maier ve ark. (2002) tarafından yapılan çalışmada; kontrollerde %0.8 olarak bulunan şizofreni riski, şizofreni hastalarının birinci, ikinci ve üçüncü derece akrabalarında sırasıyla tahmini %5, % 3 ve % 1,5 oranında bulgulanmıştır<sup>50</sup>.

Jones ve Cannon (1998) tarafından yapılan bir başka çalışmada, eş hastalanma oranı tek yumurta ikizlerinde %53, çift yumurta ikizlerinde %15 olarak saptanmıştır<sup>51</sup>. Evlat edinme çalışmalarında şizofreni riskinin biyolojik ebeveyni şizofreni olan ancak başka bir aile tarafından evlat edinilmişlerde yüksek olduğu gösterilmiştir<sup>52</sup>.

Yapılan aile, ikiz ve evlat edinme çalışmalarından elde edilen veriler, kromozomların 1q 21-22, 6p 22-24, 6p 21-22, 8p 21-22, 10p 11-15, 13q 14-32, 15q 13-15 ve 22q 11-13 bağlanma bölgelerinin şizofreniyle yakın ilgisi olabileceğini ortaya çıkarmıştır. Bu kromozomal bölgelerin ileri analizleri özgül aday genlerin tanımlanmasına yol açmıştır ve en iyi adaylar alfa -7-nikotinik reseptör, DISC-1, GRM-3, dysbindin, COMT, NRG 1, RGS 4 ve G 72'dir. Ancak bu kromozom bölgelerinin oluşturduğu genlerin ürettikleri proteinlerin şizofreni fizyopatolojisini nasıl oluşturdukları halen gizemini korumaktadır<sup>53</sup>.

## Nörotransmitterler

Şizofreni patogenezinde dopamin disfonksiyonun önemli rol oynadığı uzun süredir bilinmektedir<sup>54</sup>. Frontal lobda beyin başka bölgelerinden gelen bilgiyi düzenler. Bu bölgedeki dopamin eksikliği akılcı düşünme yetisini ve işlem belleğini bozar. Frontal lobdaki DA fazlalığı ise ağrıyı giderir ve hazzı artırır. Limbik sistemdeki dopamin fazlalığı ise şüphecilik ve paranoid nitelikte düşüncelere yol açar. Dopamin reseptörlerinin 5 alt tipi bulunmaktadır (D1-D5). D1 ve D5 adenil siklaz etkinliğini artırırken, D2, D3 ve D4 tersine siklik adenozin monofosfat (cAMP) oluşumunu engeller<sup>55</sup>.

Noradrenalin, noradrenerjik sistem tarafından kullanılarak uyarılma, dikkat, duygudurum (mood), öğrenme ve stres yanıtı gibi görevlerde ana kimyasal mesajcı olarak rol oynamaktadır<sup>56</sup>. Kammen ve ark.'nın 1991 yılında yaptıkları çalışmada, noradrenalinin şizofreni hastalarındaki bilişsel bozukluklarda rol oynayabileceğini öne sürmüşlerdir<sup>57</sup>. Şizofrenisi olan kişilerin bir kısmında beyinde ve beyin omurilik sıvısında noradrenalinin arttığı ve bu yolla dopaminerjik yayılımın çoğaldığı bildirilmiştir<sup>56</sup>.

Dopamin ve serotonerjik dizgeler anatomik olarak birbirleri ile bağlantılıdır ve işlevsel olarak birbirleriyle etkileşim içindedirler. Şizofreni hastalarında kortekste 5-HT<sub>2A</sub> yoğunluğunda azalma, 5-HT<sub>1A</sub> yoğunluğunda artma olduğu bildirilmiştir<sup>58</sup>.

Beyindeki ana önleyici nörotransmitterdir. Dolayısıyla GABA'erjik nöronlarda kayıp dopaminerjik ve noradrenerjik nöronlarda hiperaktiviteye yol açmaktadır<sup>47</sup>.

Glutamat beyinde ana eksitator ve sensorimotor ve bilişsel fonksiyonlar için gerekli ana nörotransmitterdir<sup>59</sup>.

Glutamaterjik ajanların, şizofrenideki özellikle bilişsel defisitler ve negatif belirtilerin tedavisinde umut vaat etmekte olduğu ve hastaların klinik durumunu iyileştirebileceği öne sürülmektedir<sup>60</sup>.

## **Beyin Görüntüleme Çalışmaları**

Steen ve ark. (2006) yaptığı meta-analiz çalışmasında, kontrol grubuna göre tedavi görmemiş ilk atak şizofreni hastalarında total beyin ve hipokampus hacminde azalma ve ventrikül hacminde artma saptanmıştır<sup>61</sup>.

Pozitron emisyon tomografisi denen, nispeten daha yeni ve genelde serebral kan akımını ölçmeye yarayan tetkikle yapılan çalışmalarda ise şizofrenik hastalarda frontal loblarda hipoaktivite, psikolojik testle stimülasyonun ardından belirli birtakım beyin bölgelerinde aktivasyon bozukluğu ve serebral kortekse oranla bazal ganglionlarda hiperaktivite olduğu bulunmuştur<sup>47</sup>.

Ayrıca, yapısal beyin görüntüleme incelemelerinde bazı şizofreni belirtileri ile beynin bazı bölgelerindeki oylum değişiklikleri arasında ilişki bildirilmiştir. Örneğin, düşünce bozukluğunun şiddeti ve işitme varsanlarına yatkınlık ile sol temporal girus oylumundaki küçülme bağlantılı bulunmuştur<sup>62</sup>.

## **Tanı**

### **Şizofreni için DSM-IV-TR Tanı Kriterleri**

A. Karakteristik Belirtiler: Bir aylık bir dönem boyunca (başarıyla tedavi

edilmişse daha kısa bir süre), bu sürenin önemli bir kesiminde aşağıdakilerden en az ikisinin (ya da daha fazlasının) bulunması:

1. Hezeyanlar (sanrılar)

2. Hallüsinasyonlar (varsanılar)

3. Dezorganize konuşma

4. İleri derecede dezorganize ya da katatonik davranış

5. Negatif belirtiler; yani affektif donukluk, aloji (konuşamazlık) ya da avolasyon

(istek kaybı).

Not: Hezeyanlar bizar ise ya da hallusinasyonlar kişinin davranış ya da düşünceleri üzerine sürekli yorum yapmakta olan seslerden ya da iki ya da daha fazla sesin birbirleriyle konuşmasından oluşuyorsa A Tanı Ölçütünden sadece bir belirtinin bulunması yeterlidir.

B. Toplumsal/mesleki işlev bozukluğu: İş, kişilerarası ilişkiler ya da kendine bakım gibi önemli işlevsellik alanlarından bir ya da birden fazlası, bu bozukluğun başlangıcından beri geçen sürenin önemli bir kesiminde, bu bozukluğun başlangıcından önce erişilen düzeyin belirgin olarak altında kalmıştır. Başlangıcı çocukluk ya da ergenlik dönemine uzanıyorsa, kişiler arası ilişkilerde, eğitimle ilgili ya da mesleki başarıda beklenen düzeye erişilememiştir.

C. Süre: Bu bozukluğun süre giden belirtileri en az altı ay süreyle kalıcı olur.

Bu altı aylık süre, en az bir ay süreyle (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa bir süre) A Tanı ölçütünü karşılayan belirtileri kapsamalıdır; prodromal ya da rezidüel belirtilerin bulunduğu dönemleri kapsayabilir. Bu bozukluğun belirtileri, prodromal ya da rezidüel dönemlerde, sadece negatif belirtilerle ya da A Tanı ölçütünde sıralanan iki ya da daha fazla belirtinin daha hafif biçimleriyle (örn. Acayip inanışlar, olağandışı algısal yaşantılar) kendilerini gösterebilir.

D. Şizoaffektif Bozukluğun ve Duygudurum Bozukluğunun Dışlanması:

Şizoaffektif Bozukluk ve Psikotik Özellikler Gösteren Duygudurum Bozukluğu dışlanmıştır, çünkü ya (1) aktif-evre belirtileri ile birlikte aynı zamanda Major Depresif, Manik ya da Mikst Epizodlar ortaya çıkmamıştır ya da (2) aktif-evre belirtileri sırasında duygudurum atakları ortaya çıkmışsa bile bunların toplam süresi aktif ve rezidüel dönemlerin süresine göre daha kısa olmuştur.

E. Madde Kullanımının / Genel Tıbbi Durumun Dışlanması: Bu bozukluk bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç vb.) doğrudan fizyolojik etkilerine ya da genel tıbbi bir duruma bağlı olarak ortaya çıkmamıştır.

F. Bir Yaygın Gelişimsel Bozuklukla olan ilişkisi: Otistik Bozukluk ya da



diğer bir Yaygın Gelişimsel Bozukluk öyküsü varsa, ancak en az bir ay süreyle (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa bir süre) belirgin hezeyan ya da hallüsinasyonlar da varsa Şizofreni ek tanısı konabilir<sup>41</sup>.

### **Şizofrenisi Olan Ebeveynlerin Çocuklarında Psikopatoloji**

Şizofrenisi olan ebeveynlerin çocuklarında artmış psikiyatrik rahatsızlık riski bulunmaktadır<sup>123</sup>.

Toplum tabanlı çalışmalar şizofrenisi olan ebeveynlerin çocuklarında sadece şizofreni değil aynı zamanda diğer ruhsal hastalıkların gelişme riskinin de artmış olduğunu göstermektedir<sup>3</sup>.

Örneğin ortalama yaşları 17 olan şizofren ebeveyne sahip 41 çocukla yapılan bir çalışmada %50 sinin hayatları boyunca bir ya da daha fazla DSM 4 tanısı aldığı bulunmuş. Bunlardan %17 si şizofreni spektrum kişilik bozukluğu, %34 ü anksiyete bozukluğu, %32 si de yıkıcı davranım bozukluğu tanısı almışlar<sup>6</sup>.

Şizofrenisi olan ebeveynlerin çocuklarında psikopatoloji ile ilgili yapılan birçok araştırmada çocukların psikiyatrik bir tanı almasalar bile sosyal geri çekilme, sinirlilik, dikkat problemi ve nöromotor defisit gibi birçok problem sergiledikleri tespit edilmiş<sup>68</sup>. Zayıf sosyal uyum, düşük okul başarısı ve gelişimsel anormallikler şizofrenisi olan ebeveynlerin çocukları arasında en sık gözlenen iki anormallik olarak bulunmuş. Bu iki anormallik kategorisinin şizofreni için erken prediktörler olabileceği düşünülmüş<sup>63,64</sup>.

Kopenag, İsrail ve Helsinki yüksek risk çalışmalarında okulda gözlenen yıkıcı davranışların ileride gelişecek şizofreni için erken klinik görüntü olabileceği tespit edilmiş<sup>63,65,66</sup>. Yüksek risk çalışmaları ile ilgili metaanalizlerde de, nörokonginitif defisit bulgusu olarak, dikkati sürdürme problemine bağlı okul performansında düşüklük<sup>67,68,69</sup>. nöromotor gelişim göstergelerinden dikkat, yürütücü işlevler, hafıza gibi birçok alanda gelişim geriliği gözlenmiş<sup>70,71,72,73</sup>.

Şizofrenisi olan ebeveynlerin çocuklarının 15-42 yıl boyunca izlendiği Copenhagen yüksek risk çalışmasında, çocukların %20 sinin şizofreni spektrum

bozukluğu geliştirdiği, %20 sinin de yaşam boyu en az bir adet DSM 3 psikiyatrik bozukluk tanısı aldığı bulunmuş<sup>74</sup>.

Jones ve arkadaşları ileride şizofreni geliştiren olguların daha fazla internalizasyon ve eksternalizasyon bozuklukları geliştirdiğini gözlemlemiş<sup>75</sup>. Yine yapılan bir araştırmada ortalama 26 yaşa kadar izlenen olgulardan şizofreniform bozukluk geliştirenlerin 11 yaş öncesinde, ebeveyn ve öğretmen formlarına göre, çok daha fazla davranış problemi gösterdikleri tespit edilmiş<sup>76</sup>.

Risk çalışmaları ve doğum kohort takiplerinde gözlenen bulgulara göre, davranış problemleri ve psikotik olmayan psikiyatrik bozukluklar yetişkinlikte gelişebilecek majör psikotik bir bozukluk için prekürsör olabilirler, bu nedenle bu çocukların, özellikle pozitif aile öyküsü olanların, erken tanı ve müdahale açısından dikkatle ele alınması gerekir.

## **GEREÇ VE YÖNTEMLER**

### **Örneklem**

Araştırma grubu için Ekim 2017 - Mart 2018 tarihleri arasında, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi (MÜTF) Psikiyatri Anabilim Dalı Duygudurum ve Psikoz Polikliniği'ne rutin takipleri için başvuran 36 Bipolar 1 tanılı (15 kadın, 11 erkek) ve 11(4 kadın, 6 erkek) şizofreni tanılı hastaların 6-17 yaşları arasındaki 47 çocuğu araştırmaya dahil edilmiştir.

Kontrol grubu için ise MÜTF pediatri polikliniğine herhangi bir fiziksel yakınma ile başvuran ebeveynlerinde herhangi bir psikiyatrik rahatsızlık bulunmayan araştırmaya katılmayı kabul eden 6-17 yaş arası 47 çocuk ele alınmıştır. Bu grupta ebeveynlerde herhangi bir psikiyatrik hastalığın bulunması dışlama kriteri olarak kabul edilmiştir.

Hem araştırmaya katılmaya gönüllü olan 94 çocuktan yazılı bilgilendirilmiş gönüllü olur formu (BGOF) (EK-1), hem de ebeveynlerinden yazılı BGOF alınmıştır (EK-2).

Araştırma için Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Komitesi'nden 05 Ekim 2017 tarihli toplantıda (karar sayısı: 2017/279) etik kurul onayı alınmıştır.

### **Veri Toplama Araçları**

#### **Çocuklara ve Ebeveynlerine Uygulanan Anket ve Ölçekler**

#### **Sosyodemografik Veri Formu**

Olguların sosyodemografik verilerinin toplanması amacıyla tarafımızca düzenlenmiş olan bilgi formudur. Çalışmaya alınan çocuk ve ergenler ile anne-babalarına yüz yüze görüşme tekniğiyle uygulanmıştır. Form aracılığıyla çocuğa ve aileye ait sosyodemografik verilerin elde edilmesi amaçlanmıştır (EK-4).

## **Conners Ana Baba Derecelendirme Ölçeği Kısa Form (CADÖ-48) (Conners' Parent Rating Scale-Short form)**

Toplam 48 maddeden oluşan bir ölçektir. Öğrenme Sorunu Faktörü altında 6, Hiperaktivite Faktörü altında 4, karşıt gelme faktörünü tarayan 5, Davranım Sorunu Faktörünü tarayan 12, Kaygı Sorunu Faktörünü tarayan 8, Psikosomatik Sorun Faktörünü tarayan 5 madde bulunmaktadır. CADÖ Türkçe uyarlama çalışması Dereboy ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Ölçekte sorular ana babalar tarafından 4'lü likert skalası üzerinde yanıtlanmaktadır. "Hiçbir zaman", "nadiren", "sıklıkla" ve "her zaman" seçenekleri sırasıyla; "0", "1", "2" ve "3" olarak puanlanmaktadır.

Uyarlanmış alt ölçekler için hesaplama kesme noktaları Davranım sorunu alt ölçeği için en az 18, Öğrenme sorunu alt ölçeği için en az 5, Ataklık/Hiperaktivite alt ölçeği için en az 6, Karşı gelme alt ölçeği için en az 7 puan ve üstünü alan deneklerin sorunlu alanda yer aldıkları kabul edilmiştir<sup>77,78</sup> (EK-5).

## **Çocuk ve Ergenlerde Davranım Bozuklukları için DSM IV'E Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği - Turgay (T -DSM- IV)**

Bu ölçek Turgay tarafından DSM-IV tanı ölçütleri temel alınarak geliştirilmiştir<sup>79</sup>. 41 sorudan oluşmuştur. 9 adet hiperaktiviteyi ve impulsiviteyi, 8 adet karşıt olma karşıt gelme bozukluğunu, 15 adet davranım bozukluğunu sorgulayan item bulunmaktadır. Ölçek anne baba ve öğretmen tarafından uygulanmaktadır.

Dikkat eksikliğinden söz edebilmek için bu belirti ile ilişkili 9 itemden en az 6'sı 2 ya da 3 olarak puanlanmış, hiperaktivite varlığı için bu belirti ile ilişkili 9 itemden en az 6'sı 2 ya da 3 olarak puanlanmış, karşıt olma karşıt gelme bozukluğu tanısı için buna ilişkin 8 itemden en az 4'ü 2 ya da 3 olarak puanlanmış, davranım bozukluğu tanısı için davranım bozukluğuna ilişkin 15 itemden en az 2'si 2 ya da 3 olarak puanlanmış olmalı ve en az 6 ay boyunca sürmelidir. Belirtilerin ve tanıların varlığı için annenin ve babanın verdiği puanlar birlikte değerlendirilmiştir.

Bu ölçeğin geçerlilik ve güvenirlik çalışması Ercan ve ark. tarafından yapılmıştır<sup>80</sup> (EK-6).

### **Çocuk Uyku Alışkanlıkları Anketi-Kısa Form(ÇUAA) (Children's Sleep Habits Questionnaire (CSHQ)-Abbreviated Form)**

Çocukların uyku alışkanlıklarını ve uyku ile ilişkili sorunlarını araştırmaya yönelik olarak 2000 yılında Owens ve arkadaşları tarafından geliştirilen Children's Sleep Habits Questionnaire (CSHQ)- Kısaltılmış Formu toplam 33 madden oluşmaktadır<sup>81</sup>. Ölçekte yatma zamanı direnci (1, 3, 4, 5, 6, 8. maddeler), uykuya dalmanın gecikmesi (2. madde), uyku süresi (9, 10, 11. maddeler), uyku kaygısı (5,7,8,21. maddeler), gece uyanmaları (16,24,25. maddeler), para-somniler (12,13,14,15,17,22,23. maddeler), uykuda solunumun bozulması (18,19,20. maddeler), gün içinde uykululuk (26,27,28,29,30,31,32,33. maddeler) şeklinde sıralanabilen sekiz alt ölçek tanımlanmıştır. Ölçek, anne-baba tarafından geriye dönük olarak doldurulmaktadır. Anne-babadan çocuğun uyku alışkanlıklarını bir önceki hafta üzerinden değerlendirmeleri istenmektedir. Ölçekteki maddeler genellikle (belirtilen davranış haftada 5-7 kez oluyorsa):3, bazen (haftada 2-4 kez oluyorsa): 2 ve nadiren (haftada 0-1 kez oluyorsa): 1 şeklinde kodlanmakta; 1, 2, 3, 10, 11 ve 26. maddeler ters kodlanmaktadır (genellikle: 1, bazen: 2 ve nadiren: 3). Otuz ikinci ve 33. maddeler de uykusu gelmez: 0, çok uykusu gelir: 1, uyuyakalır: 2 olarak kodlanmaktadır. Toplamda elde edilen 41 puan kesim noktası olarak kabul edilmekte ve bunun üzerindeki değerler 'klinik düzeyde anlamlı' olarak değerlendirilmektedir. Ankette ayrıca çocuğun uyku alışkanlıkları (yatma saati, bütün gün boyunca uykuda geçirdiği süre, gece uyandığında uyanık kaldığı süre) ile ilgili açık uçlu üç soru bulunmaktadır. Bu ölçeğin geçerlilik ve güvenirlik çalışması Perdahlı Fiş ve ark. tarafından yapılmıştır<sup>82</sup> (EK-7).

## **Çocuklar İçin Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri(ÇDSKE) (State trait anxiety inventory for children (STAIC) )**

ÇDSKE Sürekli Kaygı Ölçeği, kaygı yatkinlığında kalıcı bireysel farklılıkları ölçmeyi amaçlar. Sürekli Kaygı Ölçeği yirmi maddeden oluşur ve çocuktan kendini 'genellikle' nasıl hissettiğini değerlendirip, maddede verilen durumun oluş sıklığına göre en uygun seçeneği belirtmesi istenir. Her durumun 'hemen hemen hiç', 'bazen' ve 'sık sık' olarak belirlenmiş seçeneklerinden 'sık sık' seçeneğinin seçilmesi en yüksek puan olan 3'ün, 'hemen hemen hiç' seçeneğinin seçilmesi en düşük puan olan 1'in alınmasına yol açar. Sürekli Kaygı Ölçeği'nden alınabilecek en düşük toplam puan 20, en yüksek toplam puan 60'tır.

ÇDSKE'nin Durumluk Kaygı Ölçeği'nde çocuklardan, içinde buldukları 'o anda' kendilerini nasıl hissettiklerini değerlendirmeleri ve ilgili 3 seçenekten birini işaretlemeleri istenmektedir. Yirmi maddeden oluşan ölçek, gerginlik, sinirlilik, telaş, tedirginlik gibi durumluk kaygıyla ilişkili duyguların değerlendirilmesini amaçlar. Maddelerin yarısı tedirginlik, telaş ve gerginliğin olması, kalanlar ise bu durumların varlığını yansıtır. Bu duyguların varlığı, çocuk tarafından 'çok' olarak bildirildiği durumda en yüksek puan olan 3, olmadığının bildirilmesi durumunda ise en düşük puan olan 1 verilir. Durumluk Kaygı Ölçeği'nden alınabilecek en yüksek puan 60, en düşük puan ise 20'dir. ÇDSKE özbildiri formundadır ve bireysel ya da grup halinde uygulanabilir. Bu ölçeğin geçerlilik ve güvenirlik çalışması H. Şeniz Özusta tarafından yapılmıştır<sup>83,84</sup> (EK-8)

## İstatistiksel Analiz

Verilerin istatistiksel analizi için STATISTICA Version 13.3 kullanıldı. Sürekli değişkenler; ortalama, standart sapma, minimum, maksimum, medyan (ortanca), 25. ve 75. yüzdilik değerleri ile özetlendi. Kategorik değişkenler ise sayı ve yüzde (%) değerleri ile özetlendi. Sürekli değişkenler için Normal dağılım kontrolü Shapiro Wilk testi ile yapıldı. İki bağımsız grubun ortalamaları parametrik yöntem olan Student t testi ile iki bağımsız grubun medyanları (ortancaları) parametrik olmayan yöntemlerden Mann Whitney U testi ile karşılaştırıldı. İki den fazla bağımsız grubun ortalamaları parametrik yöntem olan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ile ikiden fazla bağımsız grubun medyanları (ortancaları) parametrik olmayan yöntemlerden Kruskal Wallis testi ile karşılaştırıldı. İki den fazla olan gruplarda, gruplar arasında farklılığa sebep olan grubun tespiti için çoklu karşılaştırma testlerinden Tukey testi kullanıldı. Yaş ile ölçek puanları arasındaki ilişkinin tespiti için Pearson korelasyon katsayısı kullanıldı. Hasta ve çalışma grupları ile conners ana baba değerlendirme ölçeği ve çocuk ve ergenlerde davranım bozuklukları için DSM IV'E dayalı tarama ve değerlendirme ölçeği puanları arasındaki ilişkiler için Ki-kare analizi yapıldı. Tüm karşılaştırmalar için istatistik anlamlılık seviyesi (p) 0,05 olarak alındı ve  $p < 0,05$  olanlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

## BULGULAR

Örneklem grubu ebeveyni BDB tanılı 6-17 yaş arası 36 çocuk, ebeveyni şizofreni tanılı 6-17 yaş arası 11 çocuk ve kontrol grubu olarak ebeveynlerinde herhangi bir psikiyatrik rahatsızlık bulunmayan 47 çocuk olmak üzere toplam 94 bireyden oluşmaktadır.

### Sosyodemografik Özellikler

#### Yaş

Çalışmaya alınan BDB tanılı ebeveyni olan çocukların yaş ortalaması  $12,5 \pm 3,08$  (7-17) yıldır. Şizofreni tanılı ebeveyni olan çocukların yaş ortalaması  $13,1 \pm 3,11$  (8-17) yıl, kontrol grubunun yaş ortalaması ise  $12,1 \pm 3,07$  (7-17) yıl olarak bulunmuştur. Vaka grubu ile kontrol grubu arasında yaş açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p > 0.05$ ) (Tablo-1).

**Tablo 1.** Ebeveynin psikiyatrik hastalığına göre yaş karşılaştırması

	Bipolar 1 (n=36)		Şizofreni (n=11)		Kontrol (n=47)		P
	Ort± ss (min-max)	Medyan	Ort± ss (min-max)	Medyan	Ort± ss (min-max)	Medyan	
Yaş	$12,5 \pm 3,08$ (7-17)	12,5	$13,1 \pm 3,11$ (8-17)	14,00	$12,1 \pm 3,07$ (7-17)	12,00	0,61 6

#### Cinsiyet

Çalışmaya alınan tüm çocukların %55.3'ü (n=52) kız ve %44.7'si (n=42) erkektir. Bipolar 1 grubunun %47.2'si (n=17) kız, %42.8'i (n=19) erkek, Şizofreni grubunun %27.3'ü (n=3) kız, %72.7'si (n=8) erkek, kontrol grubunun %68.1'i (n=52) kız, %44.7'si (n=42) erkektir.

Çalışma grubuyla cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ( $p \leq 0,05$ ).

Buna göre şizofreni tanılı ebeveyni olan kızların oranı kontroldeki kızların oranından düşüktür (Tablo 2).



**Tablo 2.** Cinsiyetin gruplara göre dağılımı

			Çalışma grubu			Toplam	P
			Bipolar 1	Şizofreni	Kontrol		
Cinsi yet	Kız	Sayı	17	3	32	52	0,023
		%	47,2%	27,3%	68,1%	55,3%	
	Erkek	Sayı	19	8	15	42	
		%	52,8%	72,7%	31,9%	44,7%	
Toplam	Sayı	36	11	47	94		
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%		

### Anne Baba Yaşı

Çalışmaya alınan çocuklardan ebeveyni bipolar 1 tanılı olan çocukların annelerinin yaş ortalaması 39,2, babalarının yaş ortalaması 41,3 dü. Ebeveyni şizofreni tanılı çocukların annelerinin yaş ortalaması 41,3, babalarının yaş ortalaması 45,9 du. Kontrol grubunda bulunan çocukların annelerinin yaş ortalaması 39,4, babalarının yaş ortalaması 43,4 dü.

Anne baba yaşı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ( $p>0.05$ ) (Tablo 3).

**Tablo 3.** Anne Baba yaş ortalamasının gruplar arasında karşılaştırması

	Bipolar 1 (n=36)		Şizofreni (n=11)		Kontrol (n=47)		P
	Ort± ss (min-max)	Medyan	Ort± ss (min-max)	Medyan	Ort± ss (min-max)	Medyan	
Anne yaş	39,2±4,71 (30-48)	40,50	41,1±4,43 (34-47)	42,00	39,4±5,32 (30-50)	40,00	0,40 3
Baba yaş	41,3±9,59 (30-60)	41,00	45,9±4,52 (39-53)	45,00	43,4±6,30 (30-57)	43,00	0,08 2

## Anne Baba Eğitimi

Çalışmaya alınan tüm çocukların annelerinin %8,5(n=8) i okuryazar değil , %36,2(n=34) si ilkokul mezunu , %9,6(n=9) sı ortaokul mezunu , %24,5(n=23) i lise mezunu, %21,3(n=20) ü üniversite mezunuydu. Çalışmaya alınan çocuklardan ebeveyni bipolar 1 veya şizofreni tanılı olan çocukların annelerinin %4,3(n=2)ü okuryazar değil, % 40,4 (n=19) ü ilkokul mezunu, %8,5(n=4) i ortaokul mezunu, %31,9(n=15)u lise mezunu, %14,9(n=7) u üniversite mezunuydu. Kontrol grubunun annelerinin %12,8(n=6) i okuryazar değil, %31,9(n=15) ilkokul mezunu, %10,6(5) sı ortaokul mezunu, %17,0(n=8) ı lise mezunu, %27,7(n=13) si üniversite mezunuydu. Çalışma grupları arasında anne eğitim düzeyleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0,05) (Tablo 4).

**Tablo 4.** Çalışma Grupları Arası Anne Eğitim Düzeyi Karşılaştırması

			Çalışma Grubu		Toplam	P
			Bipolar+ Şizofreni	Kontrol		
Anne Eğitim	Okuryazar değil	Sayı	2	6	8	0,154
		Çalışma grubu içindeki %	4,3%	12,8%	8,5%	
	İlkokul	Sayı	19	15	34	
		Çalışma grubu içindeki %	40,4%	31,9%	36,2%	
	Ortaokul	Sayı	4	5	9	
		Çalışma grubu içindeki %	8,5%	10,6%	9,6%	
	Lise	Sayı	15	8	23	
		Çalışma grubu içindeki %	31,9%	17,0%	24,5%	
	Üniversite	Sayı	7	13	20	
		%	14,9%	27,7%	21,3%	
	Toplam	Sayı	47	47	94	
		Çalışma grubu içindeki %	100,0%	100,0%	100,0%	

Çalışmaya alınan tüm çocukların babalarının %4,3(n=4) ü okuryazar değil , %35,1(n=33) i ilkokul mezunu , %16,0(n=15) ı ortaokul mezunu , %17,0(n=16) sı lise mezunu, %27,7(n=26) si üniversite mezunuydu. Çalışmaya alınan çocuklardan ebeveyni bipolar 1 veya şizofreni tanılı olan çocukların babalarının %2,1(n=1) i okuryazar değil, %36,2(n=17) si ilkokul mezunu, %14,9(n=7) u ortaokul mezunu, %25,5(n=12) i lise mezunu, %21,3(n=7) ü üniversite mezunuydu. Kontrol grubunun babalarının %6,4(n=3) ü okuryazar değil, %34,0(n=16) ı ilkokul mezunu, %17,0(n=8) ı ortaokul mezunu, %8,5(n=4) i lise mezunu, %34,0(n=16) ı üniversite mezunuydu. Çalışma grupları arasında baba eğitim düzeyleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0,05) (Tablo 5).

**Tablo 5.** Çalışma Grupları Arası Baba Eğitim Düzeyi Karşılaştırması

			Çalışma Grubu		Toplam	P	
			Bipolar+ şizofreni	Kontrol			
Baba eğitimi	Okuryazar değil	Sayı	1	3	4	0,166	
		Çalışma grubu içindeki %	2,1%	6,4%	4,3%		
	İlkokul	Sayı	17	16	33		
		Çalışma grubu içindeki %	36,2%	34,0%	35,1%		
	Ortaokul	Sayı	7	8	15		
		Çalışma grubu içindeki %	14,9%	17,0%	16,0%		
	Lise	Sayı	12	4	16		
		Çalışma grubu içindeki %	25,5%	8,5%	17,0%		
	Üniversite	Sayı	10	16	26		
		Çalışma grubu içindeki %	21,3%	34,0%	27,7%		
	<b>Toplam</b>		<b>Sayı</b>	47	47		94

## Anne sütü alma süreleri

Çalışmaya alınan çocuklardan ebeveyni bipolar 1 tanılı olan çocukların anne sütü alma süresi ortalaması 13,00 aydı. Ebeveyni şizofreni tanılı çocukların anne sütü alma süresi ortalaması 11,36 aydı. Kontrol grubunda bulunan çocukların anne sütü alma süresi ortalaması 13,51 aydı.

Anne sütü alma süreleri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ( $p>0.05$ ) (Tablo 6).

**Tablo 6.** alışma grupları arasında anne sütü alma sürelerinin karşılaştırılması

	Bipolar 1 (n=36)		şizofreni (n=11)		Kontrol (n=47)		P
	Ort ss (min-max)	Medyan	Ort ss (min-max)	Medyan	Ort ss (min-max)	Medyan	
Anne sütü alma süresi (ay)	13,0010,474 (0-40)	10,00	11,3610,500 (0-32)	9,00	13,517,457 (0-24)	12,00	0, 58 9

## Connors Ana Baba Derecelendirme leği ile Elde Edilen Veriler

### Ebeveyn Hastalığına Göre CADÖ-48 Puanları

Çalışmaya katılan ebeveyni bipolar 1 tanılı ocukların Connors Ana Baba Derecelendirme leği Davranım Sorunu alt leği puanları ortalaması 6,755,744 puan bulunmuştur. Ebeveyni şizofreni olan ocuk grubunun CADÖ-48 Davranım Sorunu alt leği puanları ortalaması 7,006,245 puan, kontrol grubunun CADÖ-48 Davranım Sorunu alt leği puanları ortalaması 5,023,964 puan olarak bulunmuştur. Çalışma gruplarının CADÖ-48 Davranım Sorunu alt leği puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p>0.05$ ).

Çalışmaya katılan ebeveyni bipolar 1 tanılı ocukların Connors Ana Baba Derecelendirme leği Karşıt Gelme alt leği puanları ortalaması 2,252,371 puan bulunmuştur. Ebeveyni şizofreni olan ocuk grubunun CADÖ-48 Karşıt Gelme alt leği puanları ortalaması 2,912,468 puan, kontrol grubunun

CADÖ-48 Karşıt Gelme alt ölçeği puanları ortalaması  $1,68 \pm 2,218$  puan olarak bulunmuştur. Çalışma gruplarının CADÖ-48 Karşıt gelme alt ölçeği puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p > 0.05$ ).

Çalışmaya katılan ebeveyni bipolar 1 tanılı çocukların Connors Ana Baba Derecelendirme Ölçeği Hiperaktivite alt ölçeği puanları ortalaması  $3,89 \pm 3,106$  puan bulunmuştur. Ebeveyni şizofreni olan çocuk grubunun CADÖ-48 Hiperaktivite alt ölçeği puanları ortalaması  $5,00 \pm 3,194$  puan, kontrol grubunun CADÖ-48 Hiperaktivite alt ölçeği puanları ortalaması  $3,55 \pm 2,465$  puan olarak bulunmuştur. Çalışma gruplarının CADÖ-48 Hiperaktivite alt ölçeği puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p > 0.05$ ).

Çalışmaya katılan ebeveyni bipolar 1 tanılı çocukların Connors Ana Baba Derecelendirme Ölçeği Öğrenme Sorunu alt ölçeği puanları ortalaması  $3,56 \pm 3,037$  puan bulunmuştur. Ebeveyni şizofreni olan çocuk grubunun CADÖ-48 Öğrenme Sorunu alt ölçeği puanları ortalaması  $6,55 \pm 4,987$  puan, kontrol grubunun CADÖ-48 Öğrenme Sorunu alt ölçeği puanları ortalaması  $2,91 \pm 2,858$  puan olarak bulunmuştur. Ebeveyni şizofreni olan çocuk grubu ile ebeveyni bipolar 1 tanılı çocuk grubu ve ebeveyni şizofreni olan çocuk grubu ile kontrol grubunun CADÖ-48 Öğrenme Sorunu alt ölçeği medyanları arasındaki farklar istatistiksel olarak ( $p < 0,05$ ) anlamlıdır. Ancak ebeveyni bipolar 1 tanılı çocuk grubu ile kontrol grubunun CADÖ-48 Öğrenme Sorunu alt ölçek puanının medyanları arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p > 0,05$ ).

Çalışmaya katılan ebeveyni bipolar 1 tanılı çocukların Connors Ana Baba Derecelendirme Ölçeği Kaygı alt ölçeği puanları ortalaması  $5,75 \pm 3,636$  puan bulunmuştur. Ebeveyni şizofreni olan çocuk grubunun CADÖ-48 Kaygı alt ölçeği puanları ortalaması  $5,09 \pm 2,300$  puan, kontrol grubunun CADÖ-48 Kaygı alt ölçeği puanları ortalaması  $5,45 \pm 3,832$  puan olarak bulunmuştur. Çalışma gruplarının CADÖ-48 Kaygı alt ölçeği puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p > 0.05$ ).

Çalışmaya katılan ebeveyni bipolar 1 tanılı çocukların Connors Ana Baba Derecelendirme Ölçeği Psikosomatik alt ölçeği puanları ortalaması  $3,89 \pm 3,106$  puan bulunmuştur. Ebeveyni şizofreni olan çocuk grubunun CADÖ-48 Psikosomatik alt ölçeği puanları ortalaması  $5,00 \pm 3,194$  puan, kontrol grubunun

CADÖ-48 Psikosomatik alt ölçeği puanları ortalaması  $3,55 \pm 2,465$  puan olarak bulunmuştur. Çalışma gruplarının CADÖ-48 Psikosomatik alt ölçeği puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p > 0.05$ ) (Tablo 7).

**Tablo7.** Ebeveyninin psikiyatrik hastalığına göre çocukların CADÖ-48 puanları açısından karşılaştırılması

CADÖ-48	Bipolar 1 (n=36)		Şizofreni (n=11)		Kontrol (n=47)		P
	Ort± ss	Medyan	Ort± ss	Medyan	Ort± ss	Medyan	
CADÖ-48 Davranım Sorunu	6,75±5,744	5,00	7,00±6,245	4,00	5,02±3,964	4,00	0,479
CADÖ-48 Karşıt Gelme	2,25±2,371	1,50	2,91±2,468	3,00	1,68±2,218	1,00	0,124
CADÖ-48 Hiperaktivite	3,89±3,106	3,00	5,00±3,194	6,00	3,55±2,465	3,00	0,411
CADÖ-48 Öğrenme Sorunu	3,56±3,037	3,50	6,55±4,987	6,00	2,91±2,858	2,00	0,025
CADÖ-48 Kaygı	5,75±3,636	5,00	5,09±2,300	5,00	5,45±3,832	5,00	0,851
CADÖ-48 Psikosomatik	1,56±2,049	1,00	1,73±2,284	1,00	1,21±1,429	1,00	0,776

## Hasta Ebeveynin Cinsiyetine Göre CADÖ-48 Puanları

Bipolar 1 tanılı ebeveyn grup medyanlarının karşılaştırmaları için parametrik olmayan yöntem olan Mann Whitney U testi kullanıldı. Test sonucuna göre; ölçek puan medyanları arasındaki farklar Bipolar 1 anne ve baba gruplarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir ( $p>0,05$ ) (Tablo 8)

**Tablo 8.** Bipolar 1 ebeveynin cinsiyetine göre CADÖ-48 alt ölçek puan karşılaştırması

CADÖ-48	Bipolar 1 Ebeveyn						
	Anne (n=16)			Baba (n=20)			P
Ort±SS	Min-max	Medyan	Ort±SS	Min-max	Medyan		
Davranım sorunu	6,81±6,635	0-22	4,00	6,70±5,100	0-19	6,50	0,737
Karşıt gelme	2,50±2,852	0-10	3,50	2,05±1,959	0-6	1,50	0,858
Hiperaktivite	3,44±3,119	0-10	3,00	4,25±3,127	0-11	4,00	0,395
Öğrenim sorunu	4,31±3,049	0-10	4,50	2,95±2,964	0-9	2,00	0,198
Kaygı	6,44±4,412	0-16	5,50	5,20±2,876	0-10	5,00	0,462
Psikosomatik	1,69±1,740	0-6	1,00	1,45±2,305	0-10	1,00	0,363

Şizofreni tanılı ebeveyn grup medyanlarının karşılaştırmaları için parametrik olmayan yöntem olan Mann Whitney U testi kullanıldı. Test sonucuna göre; CADÖ hiperaktivite alt ölçek puanlarına ait medyanlar arasındaki farklar şizofren anne ve baba gruplarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ( $p<0,05$ ). Bunlar dışında kalan ölçek puan medyanları arasındaki farklar şizofren anne ve baba gruplarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir ( $p>0,05$ ) (Tablo 9).

**Tablo 9.** Şizofren ebeveynin cinsiyetine göre CADÖ-48 alt ölçek puan karşılaştırması

CADÖ-48	Şizofreni Tanılı Ebeveyn						
	Anne (n=4)			Baba (n=7)			P
	Ort±SS	Min-max	Medyan	Ort±SS	Min-max	Medyan	
Davranım sorunu	8,25±5,058	0-19	6,50	6,29±7,111	0-21	3,00	0,255
Karşıt gelme	3,50±2,082	0-6	1,50	2,57±2,760	0-7	1,00	0,502
Hiperaktivite	8,00±0,000	0-11	4,00	3,29±2,752	0-8	2,00	0,016
Öğrenim sorunu	6,00±1,414	0-9	2,00	6,86±6,336	1-19	5,00	0,703
Kaygı	5,25±1,500	0-10	5,00	5,00±2,769	2-10	5,00	0,633
Psikosomatik	2,25±2,872	0-10	1,00	1,43±2,070	0-6	1,00	0,921



## CADÖ-48 kesme puanlarına göre sorunlu alanda yer alma

### CADÖ-48 Davranım Sorunu

CADÖ-48 davranım sorunu sorunlu alanında bulunma oranları arasındaki fark gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 10).

**Tablo10.** Gruplar arası CADÖ-48 davranım sorunu sorunlu alanında bulunma oranları karşılaştırması

CADÖ-48 Davranım Sorunu	Çalışma grupları			Toplam	p
	Bipolar 1	Şizofreni	Kontrol		
<= 18	34	10	46	90	0,534
	94,4%	90,9%	97,9%	95,7%	
>18	2	1	1	4	
	5,6%	9,1%	2,1%	4,3%	
<b>Toplam</b>	36	11	47	94	
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

## CADÖ-48 Karşıt Gelme

CADÖ-48 karşıt gelme sorunlu alanında bulunma oranları arasındaki fark gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 11)

**Tablo 11.** Gruplar arası CADÖ-48 karşıt gelme sorunlu alanında bulunma oranları karşılaştırması

CADÖ-48 Karşıt Gelme	Çalışma grupları			Toplam	p
	Bipolar 1	Şizofreni	Kontrol		
$\leq 7$	35 97,2%	11 100,0%	45 95,7%	91 96,8%	0,641
$> 7$	1 2,8%	0 ,0%	2 4,3%	3 3,2%	
<b>Toplam</b>	36 100,0%	11 100,0%	47 100,0%	94 100,0%	

## CADÖ-48 Hiperaktivite

CADÖ-48 hiperaktivite sorunlu alanında bulunma oranları arasındaki fark gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0,05$ )

CADÖ-48 hiperaktivite alt ölçek puanı  $>6$  olanlarda ebeveyni şizofren olanların oranı ile kontrollerin oranı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. ve CADÖ-48 hiperaktivite alt ölçek puanı  $>6$  olan kontrollerin oranı CADÖ-48 hiperaktivite alt ölçek puanı  $>6$  olan ebeveyni şizofren olan grubun oranından daha düşüktür. Ancak CADÖ-48 hiperaktivite alt ölçek puanı  $>6$  olan ebeveyni bipolar 1 olan grup ile ebeveyni şizofreni olan grubun oranı ve ebeveyni bipolar 1 olan grup ile kontrollerin oranları arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p > 0,05$ ) (Tablo 12).

**Tablo 12.** Gruplar arası CADÖ-48 hiperaktivite sorunlu alanında bulunma oranları karşılaştırması

CADÖ-48 Hiperaktivite	Çalışma grupları			Toplam	p
	Bipolar 1	Şizofreni	Kontrol		
$\leq 6$	28 77,8%	6 54,5%	41 87,2%	75 79,8%	0,049
$> 6$	8 22,2%	5 45,5%	6 12,8%	19 20,2%	
<b>Toplam</b>	36 100,0%	11 100,0%	47 100,0%	94 100,0%	

## CADÖ-48 Öğrenme Sorunu

CADÖ-48 öğrenme sorunu sorunlu alanında bulunma oranları arasındaki fark gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo13)

**Tablo 13.**Gruplar arası CADÖ-48 öğrenme sorunu sorunlu alanında bulunma oranları karşılaştırması

CADÖ-48 Öğrenme sorunu	Çalışma grupları			Toplam	p
	Bipolar 1	Şizofreni	Kontrol		
<=5	26	5	38	69	0,056
	72,2%	45,5%	80,9%	73,4%	
>5	10	6	9	25	
	27,8%	54,5%	19,1%	26,6%	
Toplam	36	11	47	94	
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

## Yaş ile CADÖ-48 Alt Ölçek Puanları Arası Korelasyon

Ebeveyni BDB tanılı olan veya şizofreni tanılı olan grupta yaş CADÖ-48 Psikosomatik alt ölçek puanları arasında %30,5 lik zayıf ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

Kontrol grubunda yaş ile CADÖ-48 Psikosomatik alt ölçek puanları arasında %55,3 lik orta kuvvete ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

Ebeveyni BDB tanılı olan veya şizofreni tanılı olan grup ve kontrol grubunda; CADÖ-48 Psikosomatik alt ölçek puanları dışındaki ölçek puanları ile yaş arasındaki diğer zayıf korelasyonlar istatistiksel olarak anlamlı değildirler ( $p>0,05$ ).

**Tablo 14.** Yaş ile CADÖ-48 Alt Ölçek Puanları Arası Korelasyon

CADÖ-48	YAŞ		YAŞ	
	BDB+Şizofreni (n=47)		Kontrol (n=47)	
	R	P	r	P
Davranım Bozukluğu	-0,033	0,825	0,059	0,696
KOKG	-0,013	0,928	0,060	0,687
Hiperaktivite	-0,224	0,131	-0,130	0,384
Öğrenme Sorunu	-0,032	0,831	0,051	0,735
Kaygı	-0,176	0,236	0,126	0,399
Psikosomatik	0,305	0,037	0,553	<0,001

**Çocuk ve Ergenlerde Davranım Bozuklukları için DSM IV'E Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği ile elde edilen veriler**

**T-DSM-IV Dikkat Eksikliği**

T-DSM-IV ölçeği dikkat eksikliği alt bölümünden tanı alan çocuk sayısı 11 olup, bunların %45,5(5) i bipolar 1 ebeveyne sahip çocuk grubundan, %18,2(2) si şizofren ebeveyne sahip çocuk grubundan, %36,4(4) ü kontrol grubundandır. Gruplar arasında dikkat eksikliği belirtili dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ( $p>0,05$ ) (Tablo 15).

**Tablo 15.** Gruplar arası T-DSM-IV Dikkat Eksikliği alt bölümünden tanı alma oranları karşılaştırması

			T-DSM-IV Dikkat Eksikliği		Toplam	P
			Yok	Var		
Çalışma grubu	Bipolar1	Sayı	31	5	36	0,590
		Tanı alanlar içindeki %	37,3%	45,5%	38,3%	
		Toplam sayı içindeki %	33,0%	5,3%	38,3%	
	Şizofreni	Sayı	9	2	11	
		Tanı alanlar içindeki %	10,8%	18,2%	11,7%	
		Toplam sayı içindeki %	9,6%	2,1%	11,7%	
	Kontrol	Sayı	43	4	47	
		Tanı alanlar içindeki %	51,8%	36,4%	50,0%	
		Toplam sayı içindeki %	45,7%	4,3%	50,0%	
	Toplam	Sayı	83	11	94	
		Tanı alanlar içindeki %	100,0%	100,0%	100,0%	
		Toplam sayı içindeki %	88,3%	11,7%	100,0%	

## **T-DSM-IV Hiperaktivite ve İmpulsivite**

T-DSM-IV ölçeği hiperaktivite ve impulsivite alt bölümünden tanı alan çocuk sayısı 8 olup, bunların %37,5(3) i bipolar 1 ebeveyne sahip çocuk grubundan, %37,5(3) i şizofren ebeveyne sahip çocuk grubundan, %25,0(2) i kontrol grubundandır. Gruplar arasında hiperaktivite ve impulsivite belirti dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ( $p>0,05$ ) (Tablo 16).



**Tablo 16.** Gruplar arası T-DSM-IV Hiperaktivite ve İmpulsivite alt bölümünden tanı alma oranları karşılaştırması

			T-DSM-IV Hiperaktivite ve İmpulsivite		Toplam	P
			Yok	Var		
Çalışma grubu	Bipolar1	Sayı	33	3	36	0,098
		Tanı alanlar içindeki %	38,4%	37,5%	38,3%	
		Toplam sayı içindeki %	35,1%	3,2%	38,3%	
	Şizofreni	Sayı	8	3	11	
		Tanı alanlar içindeki %	9,3%	37,5%	11,7%	
		Toplam sayı içindeki %	8,5%	3,2%	11,7%	
	Kontrol	Sayı	45	2	47	
		Tanı alanlar içindeki %	52,3%	25,0%	50,0%	
		Toplam sayı içindeki %	47,9%	2,1%	50,0%	
	Toplam	Sayı	86	8	94	
		Tanı alanlar içindeki %	100,0%	100,0%	100,0%	
		Toplam sayı içindeki %	91,5%	8,5%	100,0%	



### **T-DSM-IV Karşıt Olma Karşıt Gelme**

T-DSM-IV ölçeği karşıt olma karşıt gelme alt bölümünden tanı alan çocuk sayısı 15 olup, bunların %66,7(10) si BDB tanılı ebeveyne sahip çocuk grubundan, %20,0(3) ü şizofreni tanılı ebeveyne sahip çocuk grubundan, %13,3(2) ü kontrol grubundandır. Gruplar arasında karşıt olma karşıt gelme belirti dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ( $p<0,05$ ). Buna göre karşıt olma karşıt gelme tanısı almayanların BDB, şizofreni ve kontrol grubundaki oranları arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlıdır. En yüksek oran kontrol grubundadır (%57). Karşıt olma karşıt gelme tanısı alanlarda ise ebeveyni BDB tanılı ve şizofreni tanılı olanların oranları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Karşıt olma karşıt gelme tanısı alanlarda ebeveyni BDB tanılı olanların oranı (%66,7) ebeveyni şizofreni tanılı olanların (%20) oranından fazladır. Ve yine ebeveyni BDB tanılı olanların (%66,7) oranı kontrol olanların oranından (%13,3) yüksektir. Ancak karşıt olma karşıt gelme tanısı alanlarda ebeveyni şizofreni tanılı olan grup ile kontrol grubundaki oran farkları istatistiksel olarak anlamlı değildir (Tablo 17).

**Tablo 17.** Gruplar arası T-DSM-IV Karşıt Olma Karşıt Gelme alt bölümünden tanı alma oranları karşılaştırması

			T-DSM-IV Karşıt Olma Karşıt Gelme		Toplam	P
			Yok	Var		
çalışma grubu	Bipolar1	Sayı	26	10	36	0,008
		Tanı alanlar içindeki %	32,9%	66,7%	38,3%	
		Toplam sayı içindeki %	27,7%	10,6%	38,3%	
	Şizofreni	Sayı	8	3	11	
		Tanı alanlar içindeki %	10,1%	20,0%	11,7%	
		Toplam sayı içindeki %	8,5%	3,2%	11,7%	
	Kontrol	Sayı	45	2	47	
		Tanı alanlar içindeki %	57%	13,3%	50,0%	
		Toplam sayı içindeki %	47,9%	2,1%	50,0%	
	Toplam	Sayı	79	15	94	
		Tanı alanlar içindeki %	100,0%	100,0%	100,0%	
		Toplam sayı içindeki %	84,0%	16,0%	100,0%	

## T-DSM-IV Davranım Bozukluğu

T-DSM-IV ölçeği davranım bozukluğu alt bölümünden tanı alan çocuk sayısı 1 olup, şizofreni tanılı ebeveyne sahip çocuk grubundandır. Gruplar arasında davranım bozukluğu belirti dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ( $p>0,05$ ) (Tablo 18).

**Tablo 18.** Gruplar arası T-DSM-IV Davranım Bozukluğu alt bölümünden tanı alma oranları karşılaştırması

			T-DSM-IV Davranım Bozukluğu		Toplam	P
			Yok	Var		
Çalışma grubu	Bipolar1	Sayı	36	0	36	0,112
		Tanı alanlar içindeki %	38,7%	,0%	38,3%	
		Toplam sayı içindeki %	38,3%	,0%	38,3%	
	Şizofreni	Sayı	10	1	11	
		Tanı alanlar içindeki %	10,8%	100,0%	11,7%	
		Toplam sayı içindeki %	10,6%	1,1%	11,7%	
	Kontrol	Sayı	47	0	47	
		Tanı alanlar içindeki %	50,5%	,0%	50,0%	
		Toplam sayı içindeki %	50,0%	,0%	50,0%	
	Toplam	Sayı	93	1	94	
		Tanı alanlar içindeki %	100,0%	100,0%	100,0%	
		Toplam sayı içindeki %	98,9%	1,1%	100,0%	

**Çocuk Uyku Alışkanlıkları Anketi-Kısa Form (ÇUAA) u ile elde edilen veriler**

**ÇUAA Toplam Puanına Göre Klinik Düzeyde Anlamli Uyku Bozukluğu**

Çalışmaya alınan tüm çocuklar arasında ÇUAA toplam puanına göre klinik düzeyde anlamli uyku bozukluğu olanların oranı %72,3(68) dır. Ebeveyni BDB tanılı olan grupta klinik düzeyde anlamli uyku bozukluğu olanların oranı %72,2(26), ebeveyni şizofreni tanılı olan grupta klinik düzeyde anlamli uyku bozukluğu olanların oranı %81,8(9), kontrol grubunda %70,2(33) dir. Gruplar arasında klinik düzeyde anlamli uyku bozukluğu olanların oranları arasında istatistiksel olarak anlamli bir farklılık yoktur( $p>0,05$ ) (Tablo 19).

**Tablo 19.** ÇUAA toplam puanına göre klinik düzeyde anlamli uyku bozukluğu olanların oranlarının gruplar arasında karşılaştırılması

	Çalışma grubu				p		
	BDB	şizofreni	Kontrol	Toplam			
Toplam puan	<=41	Sayı	10	2	14	26	0,741
		%	27,8%	18,2%	29,8%	27,7%	
	>41	Sayı	26	9	33	68	
		%	72,2%	81,8%	70,2%	72,3%	
Toplam		Sayı	36	11	47	94	
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

## ÇUAA Yatma Zamanı Direnci

Çalışmaya katılan ebeveyni bipolar 1 tanılı çocukların ÇUAA Yatma Zamanı Direnci alt ölçeği puanları ortalaması  $8,75 \pm 2,687$  puan bulunmuştur. Ebeveyni şizofreni tanılı olan çocuk grubunun ÇUAA Yatma Zamanı Direnci alt ölçeği puanları ortalaması  $8,82 \pm 2,960$  puan, kontrol grubunun

ÇUAA Yatma Zamanı Direnci alt ölçeği puanları ortalaması  $7,96 \pm 2,596$  puan olarak bulunmuştur. Çalışma gruplarının ÇUAA Yatma Zamanı Direnci alt ölçeği puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p < 0.05$ ) (Tablo20).

**Tablo 20.** ÇUAA Yatma Zamanı Direnci alt ölçeği puan ortlamalarının gruplar arası karşılaştırması

	BDB (n=36)		Şizofreni (n=11)		Kontrol (n=47)		P
	Ort± ss (min-max)	Medyan	Ort± ss (min-max)	Medyan	Ort± ss (min-max)	Medyan	
<b>Yatma Zamanı Direnci</b>	$8,75 \pm 2,687$ (5-18)	8,00	$8,82 \pm 2,960$ (6-16)	8,00	$7,96 \pm 2,596$ (6-17)	7,00	0,082

## ÇUAA Uykuya Dalmanın Gecikmesi

Çalışmaya katılan ebeveyni bipolar 1 tanılı çocukların ÇUAA Uykuya Dalmanın Gecikmesi alt ölçeği puanları ortalaması  $1,44 \pm 0,735$  puan bulunmuştur. Ebeveyni şizofreni tanılı olan çocuk grubunun ÇUAA Uykuya Dalmanın Gecikmesi alt ölçeği puanları ortalaması  $1,64 \pm 0,809$  puan, kontrol grubunun ÇUAA Uykuya Dalmanın Gecikmesi alt ölçeği puanları ortalaması  $1,45 \pm 0,717$  puan olarak bulunmuştur. Çalışma gruplarının ÇUAA Uykuya Dalmanın Gecikmesi alt ölçeği puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p > 0.05$ ) (Tablo21).

**Tablo 21.** ÇUAA Uykuya Dalmanın Gecikmesi alt ölçeği puan ortlamalarının gruplar arası karşılaştırması

	BDB (n=36)		Şizofreni (n=11)		Kontrol (n=47)		P
	Ort± ss (min-max)	Medyan	Ort± ss (min-max)	Medyan	Ort± ss (min-max)	Medyan	
<b>Uykuya Dalmanın Gecikmesi</b>	1,44±0,735 (1-3)	1,00	1,64±0,809 (1-3)	1,00	1,45±0,717 (1-3)	1,00	0,670

### ÇUAA Uyku Süresi

Çalışmaya katılan ebeveyni bipolar 1 tanılı çocukların ÇUAA Uyku Süresi alt ölçeği puanları ortalaması 4,22±1,822 puan bulunmuştur. Ebeveyni şizofreni tanılı olan çocuk grubunun ÇUAA Uyku Süresi alt ölçeği puanları ortalaması 4,64±2,203 puan, kontrol grubunun ÇUAA Uyku Süresi alt ölçeği puanları ortalaması 3,91±1,213 puan olarak bulunmuştur. Çalışma gruplarının ÇUAA Uyku Süresi alt ölçeği puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p>0.05$ ) (Tablo22).

**Tablo22.** ÇUAA Uyku Süresi alt ölçeği puan ortlamalarının gruplar arası karşılaştırması

	BDB (n=36)		Şizofreni (n=11)		Kontrol (n=47)		P
	Ort± ss (min-max)	Medyan	Ort± ss (min-max)	Medyan	Ort± ss (min-max)	Medyan	
<b>Uyku Süresi</b>	4,22±1,822 (3-8)	3,00	4,64±2,203 (3-9)	3,00	3,91±1,213 (3-7)	3,00	0,815

## ÇUAA Uyku Kaygısı

Çalışmaya katılan ebeveyni bipolar 1 tanılı çocukların ÇUAA Uyku Kaygısı alt ölçeği puanları ortalaması  $5,69 \pm 2,291$  puan bulunmuştur. Ebeveyni şizofreni tanılı olan çocuk grubunun ÇUAA Uyku Kaygısı alt ölçeği puanları ortalaması  $6,09 \pm 2,625$  puan, kontrol grubunun ÇUAA Uyku Kaygısı alt ölçeği puanları ortalaması  $5,32 \pm 1,213$  puan olarak bulunmuştur. Çalışma gruplarının ÇUAA Uyku Kaygısı alt ölçeği puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p > 0.05$ ) (Tablo23).

**Tablo23.** ÇUAA Uyku Kaygısı alt ölçeği puan ortlamalarının gruplar arası karşılaştırması

	BDB (n=36)		Şizofreni (n=11)		Kontrol (n=47)		
	Ort± ss (min-max)	Medyan	Ort± ss (min-max)	Medyan	Ort± ss (min-max)	Medyan	P
Uyku Kaygısı	$5,69 \pm 2,291$ (3-12)	5,00	$6,09 \pm 2,625$ (4-10)	5,00	$5,32 \pm 1,213$ (3-10)	5,00	0,779

## ÇUAA Gece Uyanmaları

Çalışmaya katılan ebeveyni bipolar 1 tanılı çocukların ÇUAA Gece Uyanmaları alt ölçeği puanları ortalaması  $3,89 \pm 1,304$  puan bulunmuştur. Ebeveyni şizofreni tanılı olan çocuk grubunun ÇUAA Gece Uyanmaları alt ölçeği puanları ortalaması  $3,64 \pm 0,924$  puan, kontrol grubunun ÇUAA Gece Uyanmaları alt ölçeği puanları ortalaması  $3,96 \pm 1,250$  puan olarak bulunmuştur. Çalışma gruplarının ÇUAA Gece Uyanmaları alt ölçeği puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p > 0.05$ ) (Tablo24).

**Tablo24.** ÇUAA Gece Uyanmaları alt ölçeği puan ortlamalarının gruplar arası karşılaştırması

	BDB (n=36)		Şizofreni (n=11)		Kontrol (n=47)		P
	Ort± ss (min-max)	Medyan	Ort± ss (min-max)	Medyan	Ort± ss (min-max)	Medyan	
<b>Gece Uyanmaları</b>	3,89±1,304 (3-7)	3,0	3,64±0,924 (3-5)	3,0	3,96±1,250 (3-9)	4,0	0,667

### ÇUAA Parasomniler

Çalışmaya katılan ebeveyni bipolar 1 tanılı çocukların ÇUAA Parasomniler alt ölçeği puanları ortalaması 8,53±1,594 puan bulunmuştur. Ebeveyni şizofreni tanılı olan çocuk grubunun ÇUAA Parasomniler alt ölçeği puanları ortalaması 9±2,36 puan, kontrol grubunun ÇUAA Parasomniler alt ölçeği puanları ortalaması 8,83±2,119 puan olarak bulunmuştur. Çalışma gruplarının ÇUAA Parasomniler alt ölçeği puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p>0.05$ ) (Tablo25).

**Tablo25.** ÇUAA Parasomniler alt ölçeği puan ortlamalarının gruplar arası karşılaştırması

	BDB (n=36)		Şizofreni (n=11)		Kontrol (n=47)		P
	Ort± ss (min-max)	Medyan	Ort± ss (min-max)	Medyan	Ort± ss (min-max)	Medyan	
<b>Parasomniler</b>	8,53±1,594 (7-13)	8,00	13,1±3,11 (7-15)	9,0	8,83±2,119 (7-16)	8,0	0,897



## ÇUAA Uykuda Solunumun Bozulması

Çalışmaya katılan ebeveyni bipolar 1 tanılı çocukların ÇUAA Uykuda Solunumun Bozulması alt ölçeği puanları ortalaması 3,69±0,980 puan bulunmuştur. Ebeveyni şizofreni tanılı olan çocuk grubunun ÇUAA Uykuda Solunumun Bozulması alt ölçeği puanları ortalaması 3,55±0,820 puan, kontrol grubunun ÇUAA Uykuda Solunumun Bozulması alt ölçeği puanları ortalaması 3,55±1,396 puan olarak bulunmuştur. Çalışma gruplarının ÇUAA Uykuda Solunumun Bozulması alt ölçeği puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p>0.05$ ) (Tablo26).

**Tablo26.** ÇUAA Uykuda Solunumun Bozulması alt ölçeği puan ortlamalarının gruplar arası karşılaştırması

	BDB (n=36)		Şizofreni (n=11)		Kontrol (n=47)		P
	Ort± ss (min-max)	Medyan	Ort± ss (min-max)	Medyan	Ort± ss (min-max)	Medyan	
<b>Uykuda Solunumun Bozulması</b>	3,69±0,980 (3-6)	3,00	3,55±0,820 (3-5)	3,00	3,55±1,396 (3-9)	3,0	0,229

## ÇUAA Gün İçinde Uykululuk

Çalışmaya katılan ebeveyni bipolar 1 tanılı çocukların ÇUAA Gün İçinde Uykululuk alt ölçeği puanları ortalaması 12,50±4,226 puan bulunmuştur. Ebeveyni şizofreni tanılı olan çocuk grubunun ÇUAA Gün İçinde Uykululuk alt ölçeği puanları ortalaması 12,64±3,854puan, kontrol grubunun ÇUAA Gün İçinde Uykululuk alt ölçeği puanları ortalaması 11,60±3,786 puan olarak bulunmuştur. Çalışma gruplarının ÇUAA Gün İçinde Uykululuk alt ölçeği puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p>0.05$ ) (Tablo27).

**Tablo 27.** ÇUAA Gün İçinde Uykululuk alt ölçek puan ortalamalarının gruplar arası karşılaştırması

	BDB (n=36)		Şizofreni (n=11)		Kontrol (n=47)		P
	Ort± ss (min-max)	Medyan	Ort± ss (min-max)	Medyan	Ort± ss (min-max)	Medyan	
<b>Gün İçinde Uykululuk</b>	12,50±4,226 (6-22)	12,00	12,64±3,854 (7-19)	11,00	11,60±3,786 (6-22)	11,0	0,534

### **Yaş ile ÇUAA Toplam ve Alt Ölçek Puanları Arası Korelasyon**

Ebeveyni BDB veya Şizofreni tanılı grupta yaş ile ÇUAA Uykuya Dalmanın Gecikmesi ve ÇUAA Uyku Süresi alt ölçek puanları arasında sırasıyla %35,8 ve %29,5 lik zayıf ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

Kontrol grubunda yaş ile ÇUAA Uyku Süresi alt ölçek puanları arasında %40,5 lik orta kuvvette ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

Ebeveyni BDB veya Şizofreni tanılı grupta ve kontrol grubunda ÇUAA Uykuya Dalmanın Gecikmesi ve ÇUAA Uyku Süresi alt ölçek puanları dışındaki ölçek puanları ile yaş arasındaki diğer zayıf korelasyonlar istatistiksel olarak anlamlı değildirler ( $p>0,05$ ) (Tablo 28)

**Tablo 28.** Yaş ile ÇUAA Toplam ve Alt Ölçek Puanları Arası Korelasyon

ÇUAA	YAŞ		YAŞ	
	BDB+Şizofreni (n=47)		Kontrol (n=47)	
	R	p	R	P
Yatma Zamanı Direnci	-0,127	0,395	-0,103	0,492
Uykuya Dalma Gecikmesi	0,358	0,013	0,151	0,311
Uyku Süresi	0,295	0,044	0,405	0,005
Uyku Kaygısı	-0,264	0,073	-0,142	0,339
Gece Uyanmaları	-0,213	0,150	0,131	0,378
Parasomniler	0,056	0,709	0,143	0,336
Solunumun Bozulması	0,019	0,898	0,090	0,550
Güniçinde Uykululuk	-0,170	0,253	0,236	0,110
Toplam	-0,093	0,535	0,218	0,141

### **Çocuklar İçin Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (ÇDSKE) ile Elde Edilen Veriler**

#### **Gruplar Arası ÇDSKE Puan Karşılaştırması**

Çalışmaya katılan ebeveyni bipolar 1 tanılı çocukların ÇDSKE Sürekli Kaygı puanları ortalaması  $12,50 \pm 4,226$  puan bulunmuştur. Ebeveyni şizofreni tanılı olan çocuk grubunun ÇDSKE Sürekli Kaygı puanları ortalaması  $12,64 \pm 3,854$  puan, kontrol grubunun ÇDSKE Sürekli Kaygı puanları ortalaması  $11,60 \pm 3,786$  puan olarak bulunmuştur. Çalışma gruplarının ÇDSKE Sürekli Kaygı puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p > 0,05$ ).

Çalışmaya katılan ebeveyni bipolar 1 tanılı çocukların ÇDSKE Durumluluk Kaygı puanları ortalaması  $12,50 \pm 4,226$  puan bulunmuştur. Ebeveyni şizofreni tanılı olan çocuk grubunun ÇDSKE Durumluluk Kaygı

puanları ortalaması 12,64±3,854 puan, kontrol grubunun ÇDSKE Durumluluk Kaygı puanları ortalaması 11,60±3,786 puan olarak bulunmuştur. Kontrol grubu ile ebeveyni şizofreni tanılı grubunun durumluluk anksiyete ölçek puanının medyanları arasındaki farklar istatistiksel olarak ( $p<0,05$ ) anlamlıdır. Ancak kontrol grubu ile ebeveyni BDB tanılı grubun ve ebeveyni şizofreni tanılı grup ile ebeveyni BDB tanılı grubun durumluluk anksiyete ölçek puanının medyanları arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p>0,05$ ) (Tablo29).

**Tablo 29.** Gruplar arası ÇDSKE puanı karşılaştırmaları

	BDB (n=36)		Şizofreni (n=11)		Kontrol (n=47)		P
	Ort± ss (min-max)	Medyan	Ort± ss (min-max)	Medyan	Ort± ss (min-max)	Medyan	
<b>Sürekli Kaygı</b>	35,34±6,202 (22-50)	35,00	36,64±6,874 (27-51)	37,00	35,96±7,799 (22-56)	35,00	0,924
<b>Durumluluk Kaygı</b>	34,60±6,950 (20-48)	36,00	38,82±8,023 (29-51)	37,00	32,49±8,097 (23-54)	30,00	0,020

### Yaş ile ÇDSKE Puanları Arası Korelasyon

Ebeveyni BDB veya şizofreni olan grupta yaş ile ÇDSKE durumluluk kaygı puanları arasında %31,5 lik zayıf ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulunmuştur ( $p<0,05$ )

Kontrol grubunda yaş ile ÇDSKE durumluluk kaygı puanları arasında %42,9 lik orta kuvvete ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulunmuştur ( $p<0,05$ )

Ebeveyni BDB veya şizofreni olan grupta ve kontrol grubunda; ÇDSKE sürekli kaygı ölçek puanları ile yaş arasındaki diğer zayıf korelasyonlar istatistiksel olarak anlamlı değildirler ( $p>0,05$ ) (Tablo 30).

**Tablo 30.** Yaş ile ÇDSKE Puanları Arası Korelasyon

ÇDSKE	YAŞ		YAŞ	
	BDB+Şizofreni (n=47)		Kontrol (n=47)	
	R	p	R	p
Sürekli Kaygı	0,101	0,503	0,243	0,100
Durumluluk Kaygı	0,315	0,033	0,429	0,003

### **Cinsiyet Grupları Arası Ölçek Puanları Karşılaştırması**

Cinsiyet gruplarında ortalama karşılaştırmaları için parametrik yöntem olan Student t testi kullanıldı. Student t test sonucuna göre kız ve erkek grubunda sadece sürekli anksiyete ölçek puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). Buna göre kızların sürekli anksiyete ölçek puanları ( $37,61 \pm 7,24$ ) erkeklerinkinden ( $33,62 \pm 6,25$ ) daha yüksektir. Kız ve erkek grubunda sürekli anksiyete ölçek puanı dışında kalan ölçek puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (sürekli anksiyete haricindekiler için  $p > 0,05$ ) (Tablo 31).

**Tablo 31.** Cinsiyet Grupları Arası Ölçek Puanı Karşılaştırması

	Kız(n=52)		Erkek(n=42)		P
	Ort±ss	Min-Max	Ort±ss	Min-Max	
ÇUAA Yatma Zamanı Direnci	8,08±2,213	6-17	8,71±3,149	5-18	0,253
ÇUAA Uykuya Dalma Gecikmesi	1,58±,750	1-3	1,33±0,687	1-3	0,108
ÇUAA Uyku Süresi	3,96±1,357	3-8	4,31±1,854	3-9	0,297
ÇUAA Uyku Kaygısı	5,38±1,859	3-12	5,76±2,261	3-11	0,377
ÇUAA Gece Uyanmaları	3,94±1,211	3-9	3,83±1,267	3-7	0,672
ÇUAA Parasomniler	8,83±1,987	7-16	8,62±1,925	7-15	0,610
ÇUAA Solunumun Bozulması	3,44±1,092	3-9	3,81±1,273	3-9	0,136
ÇUAA Güniçinde Uykululuk	12,06±4,022	6-21	12,07±3,916	6-22	0,987
ÇUAA Toplam	47,08±7,973	34-70	48,69±10,780	33-76	0,407
CADÖ-48 Davranım Bozukluğu	6,04±4,814	0-22	5,76±5,318	0-21	0,792
CADÖ-48 KOKG	2,17±2,471	0-10	1,88±2,132	0-7	0,546
CADÖ-48 Hiperaktivite	3,87±2,822	0-11	3,83±2,845	0-11	0,957
CADÖ-48 Öğrenme Sorunu	3,23±2,741	0-11	4,02±4,033	0-19	0,261
CADÖ-48 Kaygı	5,96±3,946	0-16	4,98±3,040	0-12	0,187
CADÖ-48 Psikosomatik	1,42±1,661	0-6	1,38±1,95	0-10	0,910
ÇDSKE sürekli anksiyete	37,61±7,242	24-56	33,62±6,258	22-51	0,006
ÇDSKE durumluluk anksiyete	35,37±7,997	22-54	32,40±7,451	20-49	0,07

## TARTIŞMA

Bu araştırma, anne ya da babalarında bipolar 1 bozukluk tanısı olan çocuklar ile anne ya da babalarında şizofreni tanısı olan çocukları ve anne ve babalarında herhangi bir psikiyatrik hastalık bulunmayan çocukları psikopatoloji varlığı ve türü açısından karşılaştırıldığı kesitsel bir çalışmadır.

Araştırma ve kontrol grubundaki çocukların yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterilmemiştir (Tablo 1). Ancak cinsiyet dağılımları açısından anne ya da babalarında şizofreni tanısı olan çocuk grubunda kız oranı kontrol grubundan düşüktür (Tablo 2). Araştırma ve kontrol grubundaki anne ve babaların yaş ortalamaları ve eğitim süreleri değişkenlerinin psikopatoloji gelişimine etkilerinin kontrol edilmesi amacıyla eşleştirilmiştir ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur (Tablo 3,4,5).

Bu çalışmada anne ya da babaları bipolar 1 bozukluk tanısı ile izlenen, anne ya da babaları şizofreni tanısıyla izlenen ve kontrol grubundaki çocuklar CADÖ-48 davranım sorunu, karşıt gelme, hiperaktivite, öğrenme sorunu, kaygı ve psikosomatik alt ölçeklerinden aldıkları toplam puanlar ve kesme puanın üstünde kalma oranları açısından karşılaştırılmıştır. Aynı zamanda T-DSM-IV Dikkat Eksikliği, Hiperaktivite, Karşıt Olma Karşıt Gelme ve Davranım Bozukluğu alt bölümlerinden tanı alma oranları açısından da karşılaştırılmıştır.

Gruplar arası CADÖ-48 Davranım sorunu alt ölçeğinden alınan puanlar ve kesme puanının üstünde kalma oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamakla beraber, CADÖ-48 davranım sorunu alt ölçeğinden en yüksek ortalama puanı anne ya da babasında şizofreni tanısı olan çocuk grubu ardından da anne ya da babasında bipolar 1 bozukluk tanısı olan çocuk grubu almıştır (Tablo 7,10). Aynı zamanda T-DSM-IV Davranım Bozukluğu alt bölümünden tanı alma oranları açısından gruplar arası anlamlı bir farklılık olmamakla beraber, sadece bir çocuk tanı almış olup, bu çocuk anne ya da babası şizofreni tanısı ile takipli çocuk grubuna aittir (Tablo 18). Bir çok çalışmanın sonucunda elde edilen veriler bu bulguları destekler niteliktedir. Şizofreni tanısı ile takipli anne veya babası olan çocuklarda psikopatoloji araştıran birçok çalışmada bu çocuklarda yüksek oranda yıkıcı davranış bozuklukları; dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB), karşıt olma

karşıt gelme bozukluğu (KOKG), davranım bozukluğu (DB) tespit edilmiştir<sup>85,86,87,88,89</sup>. Garmezzy'nin yaptığı bir çalışmada tüm bu bozuklukların tamamı 'dışa atım bozuklukları' olarak tanımlanmış ve şizofreni için risk grubunda olan bireylerde kötü prognoz faktörü olarak belirtilmiştir<sup>90</sup>. Öğretmenler<sup>91,92,93</sup> veya akranlar<sup>94</sup> şizofreni tanılı ebeveyne sahip çocukları daha agresif ve yıkıcı olarak değerlendirmişlerdir. Tıpkı şizofreni tanılı anne ya da babası olan çocuklarla yapılan araştırmalar gibi bipolar bozukluk tanılı anne ya da babası olan çocuklarla yapılan çalışmalarda da dışa atım bozuklukları yüksek oranda bulunmuştur<sup>95,8,96</sup>. Ülkemizde anne ya da babasında bipolar 1 bozukluk tanısı olan 36 çocuk ile anne ve babasında herhangi bir psikiyatrik hastalık olmayan 33 çocuğun karşılaştırıldığı bir çalışmada, araştırma grubunda hem DEHB hem KOKG hem de DB kontrol grubuna göre daha fazla görülmüş olup, gruplar arası istatistiksel fark yalnızca DB için bulunmuştur<sup>97</sup>.

Çalışmamızda gruplar arası CADÖ-48 karşıt olma karşıt gelme puanları ve kesme puanı üzerinde kalma oranları arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Tablo 7,11). Ancak T-DSM-IV ölçeğine göre bipolar 1 anne ya da babaya sahip çocuk grubunun karşıt olma karşıt gelme alt bölümünden tanı alma oranı hem anne ya da babası şizofreni tanılı olan çocuk grubundan hem de kontrol grubundan yüksek bulunmuştur (Tablo 17). Bu bulgu son zamanlarda yapılan ve KOKG bozukluğunun üç alt boyutunun da ileride olabilecek DB tanısını predikte edebildiğini ama özellikle öfkeli/kolay kızan duygudurum alt boyutunun duygudurum bozukluklarını predikte ettiğini gösteren çalışmalarla uyumludur<sup>98,99,100</sup>. Ancak bizim çalışmamızda KOKG alt boyutları ayrı ayrı incelenmemiştir. Bununla beraber diğer dışa atım bozuklukları gibi KOKG bozukluğunun da hem anne babasında bipolar bozukluk tanısı olan çocuklarda hem de şizofreni tanısı olan çocuklarda arttığını gösteren çalışmalar da vardır<sup>8,85,86,87,88,89,91,92</sup>.

T-DSM-IV ölçeği hiperaktivite ve impulsivite alt bölümünden tanı alanların oranı ve CADÖ-48 hiperaktivite alt ölçeğinden alınan puanlar açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamasına rağmen (Tablo 7,16) CADÖ-48 hiperaktivite alt ölçeği kesme puanının üzerinde kalma oranı gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir (Tablo 12). Buna göre en yüksek CADÖ-48 Hiperaktivite sorunlu alanında bulunma oranı



sırasıyla ebeveyni şizofreni tanılı çocuk grubunda, ardından ebeveyn bipolar 1 tanılı çocuk grubunda bulunmuştur, kontrol grubunda CADÖ-48 Hiperaktivite sorunlu alanında bulunma oranı araştırma grubuna göre daha düşüktür. Ancak istatistiksel anlamlı fark yalnızca ebeveyni şizofreni olan çocuk grubu ile kontrol grubu arasında bulunmuştur. Yine çalışmamızın dikkat eksikliği parametresi açısından bulgulara bakacak olursak T-DSM-IV ölçeği dikkat eksikliği alt bölümünden tanı alan çocuk sayısı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Tablo 15). Daha önce New York Yüksek Risk Çalışmasında şizofreni tanılı ve duygudurum bozukluğu tanılı bireylerin yetişkin çocukları psikiyatrik hastalık prevalansı açısından karşılaştırılmış, yalnızca Maziade ve arkadaşları tarafından yapılan tek bir çalışmada şizofreni tanılı ve duygudurum bozukluk tanılı bireylerin ergen çocukları da çalışmaya dahil edilmiş, ancak bu çalışmada da kontrol grubu alınmamış<sup>10,101</sup>. Her iki çalışmada da gruplar arası psikotik olmayan psikiyatrik hastalıkların oranı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır<sup>10,97</sup>. Ancak yakın zamanda yapılan şizofreni tanılı ve bipolar tanılı bireylerin çocuk ve ergen yaş grubundaki çocuklarını direk karşılaştıran kontrollü bir çalışmada çalışmanın bulgularını etkileyebilecek değişkenler ayarlandıktan sonra istatistiksel olarak anlamlı fark yalnızca DEHB prevalansı için ebeveyni şizofreni olan grup ile kontrol grubu arasında bulunmuştur<sup>102</sup>. Bu bulgu bizim çalışmamızın hiperaktivite bulgusu ile uyumlu ancak dikkat eksikliği bulgusu ile uyumlu değildir. Oysa ki özellikle dikkat problemlerinin şizofreni için yüksek risk grubunda olan çocuklarda en tutarlı nörokognitif desifit olduğunu söyleyen bir çok çalışma vardır<sup>103,104,105,106,107,108</sup>.

Çalışmamızda CADÖ-48 öğrenme sorunu sorunlu alanında bulunma oranları arasındaki fark gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmamakla birlikte en yüksek oran ebeveyni şizofreni olan grupta ardından bipolar 1 grupta ardından da kontrol grubunda bulunmuştur (Tablo 13). Aynı zaman da Çalışmaya katılan ebeveyni şizofreni tanılı çocukların CADÖ-48 Öğrenme Sorunu alt ölçeği puanları ortalaması 6,55 puan bulunmuştur. Ebeveyni bipolar 1 tanılı olan çocuk grubunun CADÖ-48 Öğrenme Sorunu alt ölçeği puanları ortalaması 3,56 puan, kontrol grubunun CADÖ-48 Öğrenme Sorunu alt ölçeği puanları ortalaması 2,91 puan olarak bulunmuştur. Ebeveyni

şizofreni olan çocuk grubu ile ebeveyni bipolar 1 tanılı çocuk grubu ve ebeveyni şizofreni olan çocuk grubu ile kontrol grubunun CADÖ-48 Öğrenme Sorunu alt ölçeği medyanları arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlıdır (Tablo7). Çalışmamızın bu bulgusu geçmiş literatürle uyumludur.

Eğer şizofreni nörogelişimsel bir bozukluk ise, bir kısmının kendini çocukluk döneminde gösteren gelişimsel anormalliklerin olması beklendik bir bulgu olarak karşımıza çıkmaktadır. Birçok çalışma yetişkinlikte başlayan şizofreni ile çocukluk ve ergenlik döneminde görülen emosyonel, kognitif, motor ve sosyal gelişimde gecikme ve/veya anormallik arasında bağlantıyı göstermiştir. Bu gecikme kontrol grubundaki çocuklara göre kognitif testlerde daha kötü performans, daha düşük IQ puanını da içermektedir<sup>109,110,111,112,113</sup>. Ancak iki tane Finlandiya Kohort Çalışması daha sonradan şizofreni geliştiren çocuklarla, kohort çalışmasının diğer üyeleri arasında okul başarısı açısından herhangi bir fark bulamamıştır<sup>114,115</sup>. Hatta başka bir çalışma daha sonra şizofreni geliştiren erkek çocuklarının, daha sonra herhangi bir psikiyatrik rahatsızlık geliştirmeyen erkek çocuklarına göre çok daha iyi okul notlarına sahip olduğunu göstermiştir<sup>116</sup>. Biz çalışmamızda kognitif fonksiyonu değerlendirmek üzere IQ testi gibi objektif testler kullanmadık ancak daha önce yapılan tamamı olmamakla beraber<sup>117,118,119,104</sup> birçok yüksek risk çalışması şizofreni açısından yüksek risk grubunda bulunan çocukların kontrol grubuna göre IQ puanlarını daha düşük bulmuştur<sup>120,121,122,123,124,125,126</sup>. Sameroff ve arkadaşlarının yaptığı boylamsal bir çalışmada, erken çocukluk dönemi değerlendirmelerinde düşük sosyal statütünün ve anne hastalığının şiddetinin IQ düşüklüğü için spesifik anne hastalığının teşhisinden çok daha güçlü prediktörler olduğunu tespit edilmiş<sup>127</sup>. Bu nedenle 13 yıllık değerlendirme için, birden çok çevresel risk faktörü yaratıp, 10 adet risk faktörü belirledirler. Bunlar annenin davranışı, annenin gelişimsel inançları, annenin kaygısı, annenin ruh sağlığı, annenin eğitim düzeyi, ailenin sosyal desteği, aile boyutu, büyük stresli yaşam olayları, hane reisinin mesleği ve dezavantajlı azınlık grubunda bulunma<sup>127</sup>. Toplam risk faktörü sayısını herhangi bir özel risk faktörü kombinasyonundan daha önemli buldular<sup>127</sup>.

Geçmiş çalışmalardan elde edilen bulgular ve çalışmamızın bulguları eşliğinde şizofreni tanısına sahip ebeveynlerin hem çevresel hem de genetik mekanizmalarla çocukların öğrenme sorunları üzerinde etkili olduklarını söyleyebiliriz.

Şizofreni için yüksek risk grubunda bulunan çocuk ve ergenlerle yapılan daha önceki çalışmalarda düşük genel zeka puanı dışında diğer kognitif fonksiyonlarla ilişkili tespitlere bakıldığında; yüksek risk grubunda bulunan çocuklarda bulununan diğer bilişsel işlev anormallikleri; zayıf konsantrasyon<sup>104</sup>, ilgisiz girdiyi yok sayma becerisini azalma<sup>107</sup>, matematikte ve yazımda zayıf performans<sup>94</sup>, zayıf yönetici fonksiyon, zayıf zihinsel kodlama ve öğrenme ve zayıf hafıza<sup>126</sup>. New York Yüksek Risk çalışmasında da daha sonra şizofreni geliştiren yüksek risk grubunda bulunan çocukların %83 ünde sözel kısa süreli bellek defisiti tespit edilmiş<sup>67,68,102</sup>. Aynı zamanda öğretmen bildirimine dayanan çalışmalarda bu çocuklar daha zayıf konsantrasyona sahip ve sınıfta daha az katılımı olan çocuklar olarak değerlendirilmişlerdir<sup>94</sup>. Yine yüksek risk grubundaki çocuklarının ele alındığı izleme çalışmalarında da bu çocukların dikkat, yürütücü işlevler, sözel bellek bozuklukları gibi bilişsel yetersizlikler sergiledikleri bildirilmiştir<sup>128,129,130,131,63,132</sup>.

Çalışmamızda öğrenme sorunlarının istatistiksel olarak şizofreni tanılı ebeveynlere sahip çocuklarda bipolar tanılı ebeveynlere sahip çocuklara göre anlamlı yüksek çıkması da, geçmiş çalışmalar uyumludur. Birçok şizofreni tanılı ebeveyn çocukları ile bipolar tanılı ebeveyn çocuklarını nörokognitif profiller açısından karşılaştıran çalışmada şizofreni tanılı ebeveynlere sahip çocuklar özellikle zeka ve dikkat gibi birçok alanda bipolar tanılı ebeveyn çocuklarına göre daha fazla zorluk gösterdiği tespit edilmiştir<sup>133</sup>.

Çalışmaya alınan tüm çocuklar arasında ÇUAA toplam puanına göre klinik düzeyde anlamlı uyku bozukluğu olanların oranı %72,3'dür. Ebeveyni BDB tanılı olan grupta klinik düzeyde anlamlı uyku bozukluğu olanların oranı %72,2, ebeveyni şizofreni tanılı olan grupta klinik düzeyde anlamlı uyku bozukluğu olanların oranı %81,8, kontrol grubunda %70,2'dir. Gruplar arasında klinik düzeyde anlamlı uyku bozukluğu olanların oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur (Tablo 19).

Aynı zamanda Çalışma gruplarının ÇUAA yatma zamanı direnci, uykuya dalmanın gecikmesi, uyku süresi, uyku kaygısı, gece uyanmaları, parasomniler, uykuda solunumun bozulması, gün içinde uykululuk alt ölçekleri puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (Tablo20-21-22-23-24-25-26-27). Şizofreni tanılı ebeveyni olan çocuklarda uyku bozukluğuyla ilgili daha önce yapılmış çalışma tespit edilmemiş olup, bipolar bozukluğu olan ebeveyne sahip çocuklarda uyku bozuklukları ile ilgili daha önce yapılmış bir çok çalışma vardır ancak bizim çalışmamızın bulgusu bu çalışmalarla uyumlu değildir. Daha önce yapılan bipolar tanılı ebeveynlerin çocuklarını prospektif olarak inceleyen çalışmalarda uyku bozuklukları bipolar bozukluğun prodromal sendromu olarak tespit edilmiştir<sup>134,135</sup>. Bipolar tanılı ebeveyne sahip çocuklarda uyku ile ilgili ilk çalışma Jones ve arkadaşları tarafından yapıldı<sup>136</sup>. Yazarlar bipolar tanılı ebeveyne sahip çocuklarda uyku paternini araştırmak üzere uyku değerlendirmek üzere hem bizim çalışmamızdaki gibi subjektif hem de objektif yöntemler kullandılar, yedi gün aktigrafik ölçüm objektif bir yöntem olarak kullanıldılar. Bu çalışmada bipolar ebeveyne sahip çocuklarla kontrol grubu arasındaki tek istatistiksel anlamlı fark bipolar ebeveyne sahip çocuklarda daha kısa uyku latensi olarak bulundu. Ayrıca Levenson ve arkadaşları bipolar ebeveyne sahip çocukların uyku özelliklerini değerlendirmek için subjektif yöntemler kullandılar<sup>137</sup>. Bipolar ebeveyne sahip çocuk grubu içinde, yazarlar daha yüksek oranlarda yetersiz uyku, zayıf uyuyanlar, sık uyanmalar ve sirkadiyen akşam tercihi buldular. Ancak yaşam boyu psikopatoloji ayarlandıktan sonra, sadece ebeveynin çocuğun yetersiz uyuduğu ile ilgili algısı istatistiksel olarak anlamlı kaldı. Özetle; Levenson ve arkadaşları yaşam boyu psikiyatrik öykünün uyku bozukluğu üzerinde yüksek risk grubunda önemli bir etkiye sahip olduğunu bildirdi<sup>137</sup>. Bu sınırlı kanıtlar şunu göstermektedir bipolar ebeveyne sahip çocuklarda bulunan bozulmuş uyku psikopatolojiye sekonderdir. Ayrıca Jones ve arkadaşları anlamlı semptomatik olmayan yüksek riskli örnek grubunda daha yüksek uyku bozukluğu prevalansını anlamlı bulmadı<sup>136</sup>.

Çalışmaya katılan ebeveyni bipolar 1 tanılı çocukların ÇDSKE Sürekli Kaygı puanları ortalaması 12,50 puan bulunmuştur. Ebeveyni şizofreni tanılı olan çocuk grubunun ÇDSKE Sürekli Kaygı puanları ortalaması 12,64 puan,

kontrol grubunun ÇDSKE Sürekli Kaygı puanları ortalaması 11,60 puan olarak bulunmuştur. Çalışma gruplarının ÇDSKE Sürekli Kaygı puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olmamakla beraber ebeveyninde şizofreni ya da bipolar 1 tanısı olan çocukların sürekli kaygı puanları kontrol grubuna göre daha yüksektir.

Çalışmaya katılan ebeveyni bipolar 1 tanılı çocukların ÇDSKE Durumluluk Kaygı puanları ortalaması 12,50 puan bulunmuştur. Ebeveyni şizofreni tanılı olan çocuk grubunun ÇDSKE Durumluluk Kaygı puanları ortalaması 12,64 puan, kontrol grubunun ÇDSKE Durumluluk Kaygı puanları ortalaması 11,60 puan olarak bulunmuştur. Ebeveyni bipolar 1 tanılı veya şizofreni tanılı çocukların durumluluk kaygı puanları kontrol grubuna göre daha yüksektir ancak yalnızca kontrol grubu ile ebeveyni şizofreni tanılı grubunun durumluluk anksiyete ölçek puanının medyanları arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlıdır (Tablo29). Bizim araştırma bulgumuzla uyumlu bir şekilde daha önce hem şizofreni tanılı ebeveynlerin çocuklarıyla yapılan yüksek risk çalışmasında<sup>6</sup> hem de bipolar bozukluğu olan ebeveynlerin çocuklarıyla yapılan yüksek risk çalışmasında<sup>8</sup> kontrol grubuna göre daha yüksek anksiyete bozuklukları tespit edilmiştir. Çarpıcı bir başka bulgu olarak daha önce yapılan İsrail yüksek risk çalışmasında da 16 yaşlarındaki yüksek anksiyete skorlarının ileride gelişebilecek şizofreni için prediktif olduğu bulunmuştur<sup>138</sup>.

Bu çalışmanın çeşitli güçlü yanları ve kısıtlılıkları bulunmaktadır. Araştırma ve kontrol grubundaki annelerin ve babaların yaş ortalamaları ve eğitim düzeyleri açısından eşleştirilmiş olmaları, çocukların yaş ortalaması ve anne sütü alma süreleri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmaması çalışmanın güçlü yanlarından. Araştırma grubunda bipolar bozukluğu olan ana babaların hepsinin bipolar 1 bozukluk tanısıyla izleniyor olması çalışmanın bir diğer güçlü yanını oluşturmaktadır. Bazı sosyodemografik veriler eşleştirilmiş olmakla birlikte psikopatoloji gelişimi üzerinde etkili olabilecek sosyodemografik değişkenler bu kadarla kısıtlı değildir ve özellikle ailenin aylık gelir düzeyi olmak üzere daha ayrıntılı sosyodemografik değişkenlerin ele alınmamış olması çalışmamızın kısıtlılıklarındandır. Çünkü Biedel ve Turner in yaptığı çalışmada ailenin sosyoekonomik düzeyinin çocukta psikopatoloji gelişmesi üzerine etkisine bakılmıştır.

Özellikle düşük sosyoekonomik düzeyde ebeveyn psikopatolojisinin çocukta psikopatoloji gelişme riskini daha fazla arttırdığı görülmüştür<sup>139</sup>. Aynı zamanda birçok çalışmada anne ya da babada psikopatoloji varlığının çocuklarda sadece genetik yatkınlığa yol açarak değil aynı zamanda daha fazla anne-baba çatışması, daha bozuk anne-baba-çocuk ilişkisi ve kişiler arası ilişkilerde daha fazla strese yol açarak ruhsal bozukluk gelişme riskini arttırdığı bildirilmiştir<sup>140,141</sup>.Denek sayısının az oluşu ve gruplar arası cinsiyet dağılımının homojen olmaması çalışmamızın diğer önemli sınırlılıklarındandır. Çalışmanın gönüllü ailelerle yürütüldüğü gözönüne alındığında, bu ailelerin çocuklarında ruhsal bozukluk olduğunu ve bir Çocuk Psikiyatrisi uzmanı tarafından değerlendirileceklerini düşünerek çalışmayı kabul ettikleri söylenebilir. Bu durum sonuçların genellenebilirliğini kısıtlamaktadır.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda dışa vurum bozuklukları olarak adlandırılan davranım bozukluğu, karşıt olma karşıt gelme bozukluğu ve hiperaktivite şizofreni tanılı ebeveyne sahip çocuklarda ve bipolar 1 tanılı ebeveyne sahip çocuklarda kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur. Dışa vurum bozukluklarından yalnızca dikkat eksikliği bulgusu açısından gruplar arasında fark bulunamamıştır, bu örneklem sayımızın düşüklüğüne bağlı olabilir.

İçe atım bozukluklarından ankisyete bozuklukları açısından yapılan değerlendirmede tıpkı dışa atım bozukluklarında olduğu gibi ankisyete skorları şizofreni tanılı ebeveyne sahip çocuklarda ve bipolar 1 tanılı ebeveyne sahip çocuklarda kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur.

Aynı zamanda öğrenme sorunu da şizofreni tanılı ve bipolar 1 tanılı ebeveyne sahip çocuklarda kontrol grubuna göre daha fazla çıkmıştır.

Araştırma gruplarında genel olarak psikopatoloji sıklığı kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmakla beraber, istatistiksel olarak anlamlı fark karşıt olma ve karşıt gelme bozukluğunda; bipolar 1 grupta kontrol grubuna göre daha yüksek, hiperaktivitede; şizofreni grubunda kontrol grubuna göre daha yüksek, öğrenme sorununda; şizofreni grubunda kontrol grubuna göre daha yüksek ve durumluluk ankisyete de; şizofreni grubunda kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur.

Şizofreni tanılı ebeveyne sahip çocuklar ile bipolar 1 tanılı ebeveyne sahip çocukları karşılaştırdığımızda ise, karşıt olma karşıt gelme bozukluğunun istatistiksel olarak anlamlı bir farklılıkla bipolar 1 grubunda şizofreni grubuna göre daha yüksek, öğrenme sorununun ise şizofreni grubunda istatistiksel olarak bipolar 1 grubuna göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu sonuçlardan yola çıkarak karşıt olma karşıt gelme bozukluğunun bipolar 1 bozukluğa spesifik prodromal bir belirti olduğunu ve öğrenme sorunlarının şizofreniye spesifik prodromal bir belirti olduğunu söylemek için örneklem sayımız yeterli değildir.

Bu bulgular eşliğinde genel olarak çocuklarda psikopatoloji gelişimi açısından anne babada şizofreni ve bipolar 1 bozukluk tanısı olmasının bir risk faktörü olduğu söylenebilir, ancak çocuklarda psikopatoloji gelişimine anne babanın ruhsal hastalık tanısına bağlı genetik etkenlerin mi yoksa ruhsal tanıya sekonder gelişen aile içi çatışma, ebeveynlik yetisinde azalma gibi çevresel faktörlerin mi etki ettiğini, hangi faktörün daha etkili olduğunu söylemek bu çalışmada mümkün değildir.

Çalışma ve kontrol gruplarının denek sayısı arttırılarak daha homojen hale getirilmesi, gerek ocuk gerekse ebeveynlerin psikopatolojilerinin ebeveyn ve ocuk bildirimine dayalı ölçeklerin yanı sıra yapılandırılmış görüşme ölçekleri ve duygu durumu belirlemeye yönelik ölçekler kullanılarak değerlendirilmesi, ve özellikle öğrenme sorunu ve dikkat eksikliği gibi kognitif yetileri değerlendirmede subjektif ölçeklerin yanı sıra objektif nöropsikiyatrik değerlendirme bataryalarının kullanılması, ebeveynlerin sosyokültürel ve sosyoekonomik düzeyleri açısından eşleştirilerek seçilmesi ve bipolar 1 ve şizofreni tanılı anne babalardan oluşan grupların çocuklarının ruhsal durumlarının daha ayrıntılı irdelenmesi çocuktaki ruhsal bozukluk gelişiminin ebeveyn psikopatolojisi ile ilişkisini anlamada daha yararlı olacaktır.



## KAYNAKLAR

1. Gottesman II, Laursen TM, Bertelsen A, Mortensen PB. Severe mental disorders in offspring with 2 psychiatrically ill parents. *Arch Gen Psychiatry*. 2010;67(Suppl 3):252-257.
2. Mortensen PB, Pedersen MG, Pedersen CB. Psychiatric family history and schizophrenia risk in Denmark: Which mental disorders are relevant? *Psychol Med*. 2010;40(Suppl 2):201-210.
3. Dean K, Stevens H, Mortensen PB, Murray RM, Walsh E, Pedersen CB. Full spectrum of psychiatric outcomes among offspring with parental history of mental disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2010;67(Suppl 8):822-829.
4. Lyus VL. The importance of genetic counseling for individuals with schizophrenia and their relatives: Potential clients' opinions and experiences. *Am J Med Genet Part B Neuropsychiatr Genet*. 2007;144(Suppl 8):1014-1021.
5. Austin JC, Hippman C, Honer WG. Descriptive and numeric estimation of risk for psychotic disorders among affected individuals and relatives: Implications for clinical practice. *Psychiatry Res*. 2012;196(Suppl 1):52-56.
6. Hans SL, Auerbach JQ, Styr B, Marcus J. Offspring of Parents With Schizophrenia: Mental Disorders During Childhood and Adolescence. *Schizophr Bull*. 2004;30(Suppl 2):303-315.
7. Wals M, Os J van, Reichart CG, et al. Multiple dimensions of familial psychopathology affect risk of mood disorder in children of bipolar parents. *Am J Med Genet*. 2004;127B(Suppl 1):35-41.
8. Henin A, Biederman J, Mick E, et al. Psychopathology in the offspring of parents with bipolar disorder: A controlled study. *Biol Psychiatry*. 2005;58(Suppl 7):554-561.

9. Rasic D, Hajek T, Alda M, Uher R. Risk of mental illness in offspring of parents with schizophrenia, bipolar disorder, and major depressive disorder: A meta-analysis of family high-risk studies. *Schizophr Bull.* 2014;40(Suppl 1):28-38.
10. Maziade M, Gingras N, Rouleau N, et al. Clinical diagnoses in young offspring from eastern Québec multigenerational families densely affected by schizophrenia or bipolar disorder. *Acta Psychiatr Scand.* 2008;117(Suppl 2):118-126.
11. Akiskal H. İki Uçlu Bozuklukların Sınıflandırılması, Tanısı ve Sınırları: Gözden Geçirme. In: Maj M, Akiskal HS, Lopez Ibor JJ SN (eds). İstanbul: İyışler Basımevi; 2003:5-40.
12. Amerikan Psikiyatri Birliği. Amerikan Psikiyatri Birliği: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Dördüncü Baskı Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin (DSM-IV-TR). 4. baskı. Köroğlu E (eds). Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2007.
13. Pies R. The historical roots of the “bipolar spectrum”: did Aristotle anticipate Kraepelin’s broad concept of manic-depression? *J Affect Disord.* 2007;100:7-11.
14. Öztürk MO UA. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 11. baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri Ltd Őti; 2008:337-428.
15. Işık E. Duygu Durumu Bozuklukları, Depresyon ve Bipolar Bozukluklar. In: Işık E (eds). İstanbul: Görsel Sanatlar Matbaası; 2003:467-509.
16. Sadock BJ SV. Kaplan&Sadock’s Comprehensive Textbook of Psychiatry. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins; 2000.
17. Dunner DL, Fleiss JL, Fieve RR. The course of development of mania in patients with recurrent depression. *Am J Psychiatry.* 1976;133(8):905-908.
18. Bebbington P, Ramana R. The epidemiology of bipolar affective disorder. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1995;30(6):279-292.

19. Viguera a C, Tondo L, Baldessarini RJ. Sex differences in response to lithium treatment. *Am J Psychiatry*. 2000;157:1509-1511.
20. Baldessarini RJ, Tondo L, Vázquez GH, et al. Age at onset versus family history and clinical outcomes in 1,665 international bipolar-I disorder patients. *World Psychiatry*. 2012;11(Suppl 1):40-46.
21. Stein DJ, Kupfer DJ. SAF. Duygudurum Bozuklukları Temel Kitabı. In: 1st ed. American Psychiatric Publishing; 2006:3-251.
22. Blackwood DHR, Visscher PM, Muir WJ. Genetic studies of bipolar affective disorder in large families. *Br J Psychiatry*. 2001;178(Suppl. 141):7-9.
23. Arisoy O OE. Bipolar bozuklukla ilgili genetik araştırmalar: bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatr Derg*. 2009;20:282-293.
24. Hayden EP, Nurnberger JI. Molecular genetics of bipolar disorder. *Genes, Brain Behav*. 2006;5(Suppl 1):85-95.
25. Miklowitz DJ, Johnson SL. The psychopathology and treatment of bipolar disorder. *Annu Rev Clin Psychol*. 2006;2:199.
26. Kugaya A, Sanacora G. Beyond monoamines: Glutamatergic function in mood disorders. *CNS Spectr*. 2005;10(Suppl 10):808-819.
27. Chakrabarti S. Thyroid Functions and Bipolar Affective Disorder. *J Thyroid Res*. 2011;2011:1-13.
28. Bauer M, London ED, Silverman DH, Rasgon N, Kirchheiner J, Whybrow PC. Thyroid, brain and mood modulation in affective disorder: insights from molecular research and functional brain imaging. *Pharmacopsychiatry*. 2003;36 (Suppl 3):215-21.
29. Srinivasan V, Smits M, Spence W, et al. Melatonin in mood disorders. *World J Biol Psychiatry*. 2006;7(Suppl 3):138-151.
30. Dierker LC, Merikangas KR, Szatmari P. Influence of parental concordance for psychiatric disorders on psychopathology in offspring. *J*

- Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1999;38( Suppl 3):280-288.
31. Lapalme M, Hodgins S, LaRoche C. Children of parents with bipolar disorder: A metaanalysis of risk for mental disorders. *Can J Psychiatry / La Rev Can Psychiatr.* 1997;42(Suppl 6):623-631.
  32. Singh MK, DelBello MP, Stanford KE, et al. Psychopathology in children of bipolar parents. *J Affect Disord.* 2007;102(Suppl 1-3):131-136.
  33. Birmaher B, Axelson D, Goldstein B, et al. Psychiatric disorders in preschool offspring of parents with bipolar disorder: the Pittsburgh Bipolar Offspring Study (BIOS). 2011;167(Suppl 3):321-330.
  34. Birmaher, Axelson, Mink, et al. Lifetime Psychiatric Disorders in School-aged Offspring of Parents With Bipolar Disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 2009;66(Suppl 3):287-296.
  35. Singh MK, DelBello MP, Strakowski SM. Temperament in Child Offspring of Parents with Bipolar Disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 2008;18(Suppl 6):589-593.
  36. Linnen AM, Rot M aan het, Ellenbogen MA, Young SN. Interpersonal functioning in adolescent offspring of parents with bipolar disorder. *J Affect Disord.* 2009;114(Suppl 1-3):122-130.
  37. Zimmerman M SR. Psychiatric classification. In: Sadock B, Sadock V, Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2005:1034-1053.
  38. Keller WR, Fischer BA, Carpenter WT. Revisiting the Diagnosis of Schizophrenia: Where have we been and Where are We Going? *CNS Neurosci Ther.* 2011;17(Suppl 2):83-88.
  39. Moskowitz A, Heim G. Eugen Bleuler's Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias (1911): A centenary appreciation and reconsideration. *Schizophr Bull.* 2011;37(Suppl 3):471-479.
  40. Sadock BJ SV. Schizophrenia. In: Cancro R, Edmondson J, Gabbard GO, Grebb JA, Manley M, Pataki CS, Sussman N, Eds. Kaplan and Sadock's

Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciencs/Clinical Psychiatry. 9th ed.  
Lippincot Williams and Wilkins; 2003:471-504.

41. K roğlu E, Sargın E T. Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar. In: K roğlu E (eds). DSM-IV Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı. 4. baskı Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2007:419-487.
42. Jablensky A. The Epidemiology of Schizophrenia. *Curr Opin Psychiatry*. 1993;6:43-52.
43. Goldstein JM, Buka SL, Seidman LJ. Specificity of Familial Transmission of Schizophrenia Psychosis Spectrum and Affective Psychoses in the New England Family Study's High-Risk Design. *Arch Gen Psychiatry*. 2010;67(Suppl 5):458–467.
44. Saha S, Chant D, Welham J, McGrath J. A systematic review of the prevalence of schizophrenia. *PLoS Med*. 2005;2(Suppl 5):0413-0433.
45. McGrath J, Saha S, Chant D WJ. Schizophrenia: A Concise Overview of Incidence, Prevalence and Mortality. *Epidemiol Rev*. 2008;30:67-76.
46. Haukka J, Suvisaari J, L nnqvist J. Fertility of patients with schizophrenia, their siblings, and the general population: A cohort study from 1950 to 1959 in Finland. *Am J Psychiatry*. 2003;160(Suppl 3):460-463.
47. K roğlu E. Psikozoloji Tanımlayıcı Klinik Psikiyatri. 1. baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2004:89-227.
48. Lichtenstein P, Yip BH, Bj rk C, et al. Common genetic influences for schizophrenia and bipolar disorder: A population-based study of 2 million nuclear families. *Lancet*. 2009;373(9659).
49. Rijsdijk FV., Gottesman II, McGuffin P, Cardno AG. Heritability estimates for psychotic symptom dimensions in twins with psychotic disorders. *Am J Med Genet Part B Neuropsychiatr Genet*. 2011;156(Suppl 1):89-98.
50. Maier W, Lichtermann D, Franke P, Heun R, Falkai P, Rietschel M. The dichotomy of schizophrenia and affective disorders in extended pedigrees. *Schizophr Res*. 2002;57(Suppl 2-3):259-266.

51. Jones P CM. The new epidemiology of schizophrenia. *Psychiatr Clin North Am.* 1998;21:1-25.
52. Kety SS, Wender PH, Jacobsen B, et al. Mental illness in the biological and adoptive relatives of schizophrenic adoptees. Replication of the Copenhagen Study in the rest of Denmark. *Schizophrenic Adoptees. Arch Gen Psychiatry.* 1994;51( Suppl 6):442-55.
53. Benjamin Sadock MVAS. Kaplan&Sadock's Compherensive Textbook of Psychiatry Cilt:2. In: Bozkurt HADA (eds). Güneş Kitabevi; 1329-1559.
54. Carlsson A. The current status of the dopamine hypothesis of schizophrenia. *Neuropsychopharmacology.* 1988:179–186.
55. Nilsson E, Stålberg G, Lichtenstein P, Cnattingius S, Olausson PO, Hultman CM. Fetal growth restriction and schizophrenia: A Swedish twin study. *Twin Res Hum Genet.* 2005;8(Suppl 4):402-408.
56. Smythies J. Section III. The Norepinephrine System. *Int Rev Neurobiol.* 2005;64(Suppl 5):173-211.
57. Van Kammen DP KM. Dopamine and norepinephrine activity in schizophrenia An integrative perspective. *Schizophr Res.* 1991;4:173-191.
58. Green MF. What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia?. *Am J Psychiatry.* 1996;153(Suppl 3):321-330.
59. Gaspar PA, Bustamante ML, Silva H, Aboitiz F. Molecular mechanisms underlying glutamatergic dysfunction in schizophrenia: Therapeutic implications. *J Neurochem.* 2009;111(Suppl 4):891-900.
60. Javitt DC. Glutamatergic theories of schizophrenia. *Isr J Psychiatry.* 2010;47:4-16.
61. Steen RG, Mull C, McClure R, Hamer RM LJ. Brain volume in first episode schizophrenia Systematic review and meta-analysis of magnetic resonance imaging studies. *Br J Psychiatry.* 2006;188:510-518.

62. Öztürk O. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları Cilt 1. 11. baskı. Ankara; 2008:242-324.
63. Niemi LT, Suvisaari JM, Tuulio-Henriksson A, Lönqvist JK. Childhood developmental abnormalities in schizophrenia: Evidence from high-risk studies. *Schizophr Res.* 2003;60(Suppl 2-3):239-258.
64. Cunningham Owens DG, Johnstone EC. Precursors and prodromata of schizophrenia: Findings from the Edinburgh high risk study and their literature context. *Psychol Med.* 2006;36(Suppl 11):1501-1514.
65. Mirsky AF, Ingraham LJ, Kugelmass S, Frenkel E, Nathan M. Overview and summary: Twenty-five-year followup of high-risk children. *Schizophr Bull.* 1995;21(Suppl 2):227-239. doi:10.1093/schbul/21.2.227
66. Niemi LT. Childhood predictors of future psychiatric morbidity in offspring of mothers with psychotic disorder : Results from the Helsinki High-Risk Study Childhood predictors of future psychiatric morbidity in offspring of mothers with psychotic disorder Results f. *Br J Psychiatry.* 2011:108-114.
67. Erlenmeyer-Kimling L. Neurobehavioral deficits in offspring of schizophrenic parents: Liability indicators and predictors of illness. *Am J Med Genet - Semin Med Genet.* 2000;97(Suppl 1):65-71.
68. Erlenmeyer-Kimling L, Rock D RS. Attention, memory, and motor skills as childhood predictors of schizophrenia-related psychoses: The New-York High- Risk Project. *Am J Psychiatry.* 2000;157:1416–1422.
69. Michie PT. Phenotypic markers as risk factors in schizophrenia. *Aust New Zeal J Psychiatry.* 2000;34(Suppl 2):74-85.
70. McNeil TF, Harty B, Blennow G, Cantor-Graae E. Neuromotor deviation in offspring of psychotic mothers: A selective developmental deficiency in two groups of children at heightened psychiatric risk? *J Psychiatr Res.* 1993;27(Suppl 1):39-54.
71. Fish B. Characteristics and sequelae of the neurointegrative disorder in infants at risk for schizophrenia: 1952–1982. In: Watt NF, Anthony E,

- Wynne L, Rolf J, Eds. Children at Risk for Schizophrenia. A Longitudinal Perspective. New York: Cambridge University Press; 1984:423–439.
72. Rund BR BN. Cognitive deficits and cognitive training in schizophrenic patients: a review. *Acta Psychiatr Scand.* 1999;100:85–95.
73. Isohanni M, Murray GK, Jokelainen J, Croudace T J, PB. The persistence of developmental markers in childhood and adolescence and risk for schizophrenic psychoses in adult life. A 34-year follow-up of the Northern Finland 1966 birth cohort. *Schizophr Res.* 2004;71:213–225.
74. Parnas J, Cannon TD, Jacobsen B, Schulsinger H S, F MS. Lifetime DSM-III-R diagnostic outcomes in the offspring of schizophrenic mothers: results from the Copenhagen high-risk study. *Arch Gen Psychiatry.* 1993;50:707–714.
75. Jones P, Rodgers B, Murray R MM. Child development risk factors for adult schizophrenia in the British 1946 birth cohort. *Lancet.* 1994;344:1398–1402.
76. Cannon M, Caspi A, Moffitt TE, et al. Evidence for Early-Childhood, Pan-Developmental Impairment Specific to Schizophreniform Disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 2002;59( Suppl 5):449.
77. Dereboy Ç, Şenol S, Şener Ş, Dereboy F. Connors ana baba derecelendirme ölçeği uyarlama çalışması. X. Ulusal Psikoloji Kongresi; 1998; Ankara.
78. Dereboy Ç, Şenol S, Şener Ş, Dereboy F. Connors Kısa Form Öğretmen ve Ana Baba Derecelendirme Ölçeklerinin Geçerliliği. *Türk Psikiyatri Derneği* 2007;18(Suppl 1); 48-58.
79. Turgay A. Çocuk ve Ergenlerde Davranım Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği Integrative Therapy Institute Toronto, Kanada, 1995.
80. Ercan ES, Amado S, Somer O, Çıkoğlu S. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve yıkıcı davranış bozuklukları için bir test bataryası geliştirme



- çalışması. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi 2001; 8(Suppl 3): 132-144.
81. Owens JA, Spirito A, McGuinn M. The Children's Sleep Habits Questionnaire (CSHQ): psychometric properties of a survey instrument for school-aged children. *Sleep* 2000; 15:1043-1051.
  82. Perdahli F, Arman A, Ay P ve ark. The validity and the reliability of Turkish Version of Children's Sleep Habits Questionnaire. *Anad Psik Derg.* 2010; 11(Suppl 2):151-160.
  83. Özusta Ş. Çocuklar için durumluk-sürekli kaygı envanteri uyarlama, geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikol Derg.* 1995;10(Suppl 34):32-44.
  84. Spielberger CD. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory for Children.* Palo Alto: Consulting Psychologists Press.1973.
  85. Keshavan MS, Sujata M, Mehra A, Montrose DM, Sweeney JA. Psychosis proneness and ADHD in young relatives of schizophrenia patients. *Schizophr Res.* 2003b; 59:85–92.
  86. Marcus J, Hans SL, Auerbach JG, Auerbach AG. Children at risk for schizophrenia: the Jerusalem infant development study. II Neurobehavioral deficits at school age. *Arch Gen Psychiatry.* 1993; 50:797–809.
  87. Rieder RO, Nichols PL. Offspring of schizophrenics. III Hyperactivity and neurological soft signs. *Arch Gen Psychiatry.* 1979;36(Suppl 6):665-674.
  88. Ross RG, Compagnon N. Diagnosis and treatment of psychiatric disorders in children with a schizophrenic parent. *Schizophr Res.* 2001; 50:121–129.
  89. Silverton L, Harrington ME, Mednick SA. Motor impairment and antisocial behavior in adolescent males at high risk for schizophrenia. *J Abnorm Child Psychol.* 1988; 16:177–186.
  90. Garmezy N. Vulnerable children: implications derived from studies of an

- internalizing-externalizing symptom dimension. Proc Annu Meet Am Psychopathol Assoc. 1970; 59:212–241.
91. Olin SS, John RS, Mednick SA. Assessing the predictive value of teacher reports in a high risk sample for schizophrenia: a ROC analysis. *Schizophr. Res.*1995; 16:53– 66.
  92. Weintraub S, Neale JM, 1984. The Stony Brook High-Risk Project. In: Watt Nf, Anthony EJ, Wynne LC, Rolf JE (Eds.), *Children at Risk for Schizophrenia. A Longitudinal Perspective.* Cambridge Univ. Press, New York, 1984: 243– 285.
  93. James C, Worland J. School behavior in adolescent children of parents with mental disorder. *J. Nerv. Ment. Dis.*1983;171:234– 240.
  94. Ayalon M, Merom H. The teacher interview. *Schizophr. Bull.* 1985; 11:117–120.
  95. Chang KD, Steiner H, Ketter TA. Psychiatric phenomenology of child and adolescent bipolar offspring. *J Am Acad Child Adolesc Psych.* 2000; 39:453–460.
  96. 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 Psych.* 2001; 40:1094– 1102.
  97. Akdemir D, Gökler B. Bipolar Duygudurum Bozukluğu Olan Anne Babaların Çocuklarında Psikopatoloji. *Turk Psik Derg.* 2008;19(Suppl 62):133-140.
  98. Burke JD, Hipwell AE, Loeber R. Dimensions of Oppositional Defiant Disorder as Predictors of Depression and Conduct Disorder in Preadolescent Girls. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2010;49( Suppl 5):484-492.
  99. Rowe R, Costello EJ, Angold A, Copeland WE, Maughan B. Developmental pathways in oppositional defiant disorder and conduct disorder. *J Abnorm Psychol.* 2010;119( Suppl 4):726-738.

100. Stringaris A, Goodman R. Three dimensions of oppositionality in youth. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip.* 2009;50(Suppl 3):216-223.
101. Erlenmeyer-Kimling L, Adamo UH, Rock D, et al. The New York High-Risk Project: prevalence and comorbidity of Axis I disorders in offspring of schizophrenic parents at 25-year follow-up. *Arch Gen Psychiatry.* 1997;54( Suppl 12):1096-102.
102. Sanchez-Gistau V, Romero S, Moreno D, et al. Psychiatric disorders in child and adolescent offspring of patients with schizophrenia and bipolar disorder: A controlled study. *Schizophr Res.* 2015;168(1-2):197-203.
103. Sohlberg S. Personality and neuropsychological performance of high-risk children. *Schizophr. Bull.*1985;11:48–60.
104. Sohlberg S, Yaniv S. Social adjustment and cognitive performance of High-Risk Children. *Schizophr. Bull.*1985; 11, 61– 65.
105. Lifshitz M, Kugelmass S, Karov M. Perceptual-motor and memory performance of high-risk children. *Schizophr. Bull.*1985;11:74– 84.
106. Erlenmeyer-Kimling L, Cornblatt B. A summary of attentional findings in the New York High-Risk Project. *J. Psychiatr. Res.*1992;26: 405– 426.
107. Weintraub S. Risk factors in schizophrenia: the Stony Brook High-Risk Project. *Schizophr. Bull.* 1987;13:439– 450.
108. Garmezzy N, Devine V. Project competence: the Minnesota studies of children vulnerable to psychopathology. In: Watt NF, Anthony EJ, Wynne LC, Rolf JE (Eds.), *Children at Risk for Schizophrenia. A Longitudinal Perspective.* Cambridge Un. 1984.
109. Crow T, Done D, Sacker A. Childhood precursors of psychosis as clues to its evolutionary origins. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* 1995; 245:61–69.
110. David A, Malmberg A, Brandt L, Allebeck P, Lewis G. IQ and risk for schizophrenia: a population-based cohort study. *Psychol. Med.* 1997: 27:1311 –1323.

111. Kremen W, Buka S, Seidman L, Goldstein J, Koren D, Tsuang M. IQ decline during childhood and adult psychotic symptoms in a community sample: a 19-year longitudinal study. *Am. J. Psychiatry.* 1998; 155:672–677.
112. Davidson M, Reichenberg A, Rabinowitz J, Weiser M, Kaplan Z, Mark M. Behavioral and intellectual markers for schizophrenia in apparently healthy male adolescents. *Am. J. Psychiatry.* 1999;156:1328– 1335.
113. Cannon, T., Bearden, C., Hollister, J., Rosso, I., Sanchez, L., Hadley, T., 2000. Childhood cognitive functioning in schizophrenia patients and their unaffected siblings: a prospective cohort study. *Schizophr. Bull.* 26, 379–393.
114. Isohanni I, Jarvelin MR, Jones P, Jokelainen J, Isohanni M. School performance as a predictor of psychiatric hospitalization in adult life. A 28-year follow-up in the Northern Finland 1966 birth cohort. *Psychol. Med.* 1998;28:967– 974.
115. Cannon M, Jones P, Huttunen M, et al. School performance in Finnish children and later development of schizophrenia. *Arch. Gen Psychiatry.* 1999;56: 457– 463.
116. Isohanni I, Jarvelin MR, Jones P, Jokelainen J, Isohanni M. Can excellent school performance be a precursor of schizophrenia? A 28-year follow-up in the Northern Finland 1966 birth cohort. *Acta Psychiatr Scand.* 1999; 100:17– 26.
117. Sameroff A, Barocas R, Seifer R. The early development of children born to mentally ill women. In: Watt, N.F., Anthony, E.J., Wynne, L.C., Rolf, J.E. (Eds.), *Children at Risk for Schizophrenia. A Longitudinal Perspective.* Cambridge Univ. Press. 1984.
118. Sameroff A, Seifer R, Zax M, Barocas R. Early indicators of developmental risk: Rochester Longitudinal Study. *Schizophr. Bull.* 1987; 13:383– 394.
119. Worland J, Weeks D, James C, Strock B. Intelligence, classroom

- behavior, and academic achievement in children at high and low risk for psychopathology: a structured equation analysis. *J. Abnorm. Child Psychol.* 1984b; 12:437– 454.
120. Rieder R, Broman S, Rosenthal D. The offspring of schizophrenics: II. Perinatal factors and IQ. *Arch. Gen. Psychiatry.* 1977; 34: 789– 799.
  121. Goldstein J, Seidman L, Buka S, et al. Impact of genetic vulnerability and hypoxia on overall intelligence by age 7 in offspring at high risk for schizophrenia compared with affective psychosis. *Schi Bull.* 2000;26 (Suppl 2): 323-334.
  122. Goodman SH. Emory University project on children of disturbed parents. *Schizophr. Bull.* 1987; 13:411 –423.
  123. Mednick S, Schulsinger F. Some premorbid characteristics related to breakdown in children with schizophrenic mothers. *J. Psychiatr. Res.* 1968; 6:267– 291.
  124. Dworkin R, Cornblatt B, Friedmann R, et al. Childhood precursors of affective vs. social deficits in adolescents at risk for schizophrenia. *Schizophr. Bull.* 1993; 19:563– 577.
  125. Neale JM, Winters KC, Weintraub S. Information processing deficits in children at high risk for schizophrenia. In: Watt, N.F., Anthony, E.J., Wynne, L.C., Rolf, J.E. (Eds.), *Children at Risk for Schizophrenia. A Longitudinal Perspective.* Cam. 1984.
  126. Byrne M, Hodges A, Grant E, Owens D, Johnstone E, 1999.254 In: Niemi LT, et. al. Neuropsychological assessment of young people at high genetic risk for developing schizophrenia compared with controls. *Schizophrenia Research.* 2003;60:239–258.
  127. Sameroff A, Seifer R, Baldwin A, Baldwin C. Stability of intelligence from preschool to adolescence: the influence of social and family risk factors. *Child Dev.* 1993; 64:80– 97.
  128. Hans SL, Marcus J, Nuechterlein KH, et. al. Neurobehavioral deficits at

- adolescence in children at risk for schizophrenia: The Jerusalem Infant Development Study. *Arch Gen Psychiatry*. 1999;56: 741-748.
129. Keshavan MS, Diwadkar VA, Montrose DM, et. al. Premorbid indicators and risk for schizophrenia: A selective review and update. *Schizophr Res*. 2005;79: 45-57.
  130. Kremen WS, Seidman LJ, Pepple JR, et. al. Neuropsychological risk indicators for schizophrenia: a review of family studies. *Schizophr Bull*. 1994; 20(Suppl 1): 103-119.
  131. Mirsky AF, Ingraham LJ, Kugelmass S, et. al. Neuropsychological assessment attention and its pathology in the Israeli cohort. *Schizophr Bull*. 1995;21(Suppl 2): 193-204.
  132. Wolf LE, Cornblatt BA, Roberts SA, et. al. Wisconsin Card Sorting deficits in the offspring of schizophrenics in the New York High-Risk Project. *Schizophr Res*. 2002; 57: 17-21.
  133. Agnew-Blais J, Seidman LJ. Neurocognition in youth and young adults under age 30 at familial risk for schizophrenia: a quantitative and qualitative review. *Cognitive Neuropsychiatry*. 2013; 18, 44–82.
  134. Duffy A, Horrocks J, Doucette S, Keown-Stoneman C, McCloskey S, Grof P. The developmental trajectory of bipolar disorder. *Br J Psychiatry*. 2014;204( Suppl 2):122–128.
  135. Egeland JA, Endicott J, Hostetter AM, Allen CR, Pauls DL, Shaw JA. A 16-year prospective study of prodromal features prior to BPI onset in well Amish children. *J Affect Disord*. 2012;142:186–192.
  136. Jones SH, Tai S, Evershed K, Knowles R, Bentall R. Early detection of bipolar disorder: a pilot familial high-risk study of parents with bipolar disorder and their adolescent children. *Bipolar Disord*. 2006;8:362–372.
  137. Levenson JC, Axelson DA, Merranko J, et al. Differences in sleep disturbances among offspring of parents with and without bipolar disorder: association with conversion to bipolar disorder. *Bipolar Disord*.

2015;17:836–848.

138. Kugelmass S, Faber N, Ingraham LJ, et al. Reanalysis of SCOR and anxiety measures in the Israeli High-Risk Study. *Schizophr. Bull.* 1995; 21, 205– 217.
139. Biedel DC, Turner SM. At risk for anxiety: I. Psychopathology in the offsprings of anxious parents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1997;36(Suppl 7):918-924.
140. Goodman SH, Gotlib IH. Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: a developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychol Rev.* 199;106(Suppl 3):458-490.
141. Hammen C, Shih J, Altman T, et al. Interpersonal impairment and the prediction of depressive symptoms in adolescent children of depressed and nondepressed mothers. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2003;42(Suppl 5):571-577.

## SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

**BDB:** Bipolar Duygudurum Bozukluğu

**DSM:** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

**NA:** Noradrenalin

**DA:** Dopamin

**BOS:** Beyin Omirilik Sıvısı

**HPA:** Hipotalamopitüiter Aks

**PET:** Pozitron Emisyon Tomografisi

**fMR:** Fonksiyonel Magnetik Rezonans Görüntüleme

**cAMP:** Siklik Adenomofostat

**MÜTF:** Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi

**BGOF:** Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

**EKT:** Elektrokonvülsif Tedavi

**DEHB:** Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

**CADÖ-48:** Connors Ana Baba Dereceşendirme Ölçeği- kısa form

**T-DSM-IV:** Çocuk ve Ergenlerde Davranım Bozukluğu için DSM IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği-Turgay

**ÇUAA:** Çocuk Uyku Alışkanlıkları Anketi-kısa form

**ÇDSKE:** Çocuklar için Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri

**KOKG:** Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu



## TABLolar DİZİNİ

<b>Tablolar</b>	<b>Sayfa no</b>
<b>Tablo 1.</b> (Ebeveynin psikiyatrik hastalığına göre yaş karşılaştırması)	32
<b>Tablo 2.</b> (Cinsiyetin gruplara göre dağılımı)	33
<b>Tablo 3.</b> (Anne Baba yaş ortalamasının gruplar arasında karşılaştırılması)	33
<b>Tablo 4.</b> (Çalışma Grupları Arası Anne Eğitim Düzeyi Karşılaştırması)	34
<b>Tablo 5.</b> (Çalışma Grupları Arası Baba Eğitim Düzeyi Karşılaştırması)	35
<b>Tablo 6.</b> (Çalışma grupları arasında anne sütü alma sürelerinin karşılaştırılması)	36
<b>Tablo 7.</b> (Ebeveyninin psikiyatrik hastalığına göre çocukların CADÖ-48 puanları açısından karşılaştırılması)	38
<b>Tablo 8.</b> (Bipolar 1 ebeveynin cinsiyetine göre CADÖ-48 alt ölçek puan karşılaştırması)	39
<b>Tablo 9.</b> (Şizofren ebeveynin cinsiyetine göre CADÖ-48 alt ölçek puan karşılaştırması)	40
<b>Tablo 10.</b> (Gruplar arası CADÖ-48 davranım sorunu sorunlu alanında bulunma oranları karşılaştırması)	41
<b>Tablo 11.</b> (Gruplar arası CADÖ-48 karşıt gelme sorunlu alanında bulunma oranları karşılaştırması)	42

<b>Tablo 12.</b> (Gruplar arası CADÖ-48 hiperaktivite sorunlu alanında bulunma oranları karşılaştırması)	43
<b>Tablo 13.</b> (Gruplar arası CADÖ-48 öğrenme sorunu sorunlu alanında bulunma oranları karşılaştırması)	44
<b>Tablo 14.</b> (Yaş ile CADÖ-48 Alt Ölçek Puanları Arası Korelasyon)	45
<b>Tablo 15.</b> (Gruplar arası T-DSM-IV Dikkat Eksikliği alt bölümünden tanı alma oranları karşılaştırması)	46
<b>Tablo 16.</b> (Gruplar arası T-DSM-IV Hiperaktivite ve İmpulsivite alt bölümünden tanı alma oranları karşılaştırması)	48
<b>Tablo 17.</b> (Gruplar arası T-DSM-IV Karşıt Olma Karşıt Gelme alt bölümünden tanı alma oranları karşılaştırması)	50
<b>Tablo 18.</b> (Gruplar arası T-DSM-IV Davranım Bozukluğu alt bölümünden tanı alma oranları karşılaştırması)	51
<b>Tablo 19.</b> (ÇUAA toplam puanına göre klinik düzeyde anlamlı uyku bozukluğu olanların oranlarının gruplar arasında karşılaştırılması)	52
<b>Tablo 20.</b> (ÇUAA Yatma Zamanı Direnci alt ölçeği puan ortalamalarının gruplar arası karşılaştırılması)	53
<b>Tablo 21.</b> (ÇUAA Uykuya Dalmanın Gecikmesi alt ölçeği puan ortalamalarının gruplar arası karşılaştırması)	54
<b>Tablo22.</b> (ÇUAA Uyku Süresi alt ölçeği puan ortalamalarının gruplar arası karşılaştırması)	54

<b>Tablo23.</b> (ÇUAA Uyku Kaygısı alt ölçeği puan ortalamalarının gruplar arası karşılaştırılması)	55
<b>Tablo24.</b> (ÇUAA Gece Uyanmaları alt ölçeği puan ortalamalarının gruplar arası karşılaştırılması)	56
<b>Tablo25.</b> (ÇUAA Parasomniler alt ölçeği puan ortalamalarının gruplar arası karşılaştırılması)	56
<b>Tablo26.</b> (ÇUAA Uykuda Solunumun Bozulması alt ölçeği puan ortalamalarının gruplar arası karşılaştırılması)	56
<b>Tablo 27.</b> (ÇUAA Gün İçinde Uykululuk alt ölçek puan ortalamalarının gruplar arası karşılaştırılması)	58
<b>Tablo 28.</b> (Yaş ile ÇUAA Toplam ve Alt Ölçek Puanları Arası Korelasyon)	59
<b>Tablo 29.</b> (Gruplar arası ÇDSKE puanı karşılaştırmaları)	60
<b>Tablo 30.</b> (Yaş ile ÇDSKE Puanları Arası Korelasyon)	61
<b>Tablo 31.</b> (Cinsiyet Grupları Arası Ölçek Puanı Karşılaştırması)	62

## Ek-1Pediatrik Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

**Araştırmanın Açık Adı** : Şizofreni veya Bipolar Bozukluk Tanılı Ebeveynlerin 6-17 yaş Arası Çocuklarının Psikopatolojilerinin Karşılaştırılması  
**Sorumlu Araştırmacı** : Prof. Dr. Fevziye Toros  
**Merkezin Adı** : Mersin Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ABD

### ŞİZOFRENİ VEYA BİPOLAR BOZUKLUK TANILI EBEVYNLERİN 6-17 YAŞ ARASI ÇOCUKLARININ PSİKOPATOLOJİLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI İSİMLİ ARAŞTIRMA İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (5-11 yaş için)

Bu çalışmada, ebeveyninde psikiyatrik rahatsızlığı olan 6-17 yaş arası çocukların bazı özelliklerini araştıracağız. Bu kelimeleri anlamamış olabilirsin. Ebeveynindeki bazı psikiyatrik rahatsızlıklar bazen çocukları da etkileyebiliyor. Biz sende de böyle bir etkilene olup olmadığını araştıracağız. Sen eğer kabul edersen bu çalışmada **ebeveyninde şizofreni yada bipolar 1 bozukluk olan çocuk /ebeveyninde psikiyatrik rahatsızlık olmayan çocuk** grubunda yer alacaksın. Ayrıca, bu çalışmaya senden başka en az 93 çocuk daha katılacaktır.

Bu çalışmaya senin de katılmanı istiyoruz, ancak katılmaya karar vermeden önce bazı şeyleri bilmen ve anlamaman gerekiyor. Sana öncelikle çalışma sırasında neler olacağı açıklanacaktır. Sana söylenen her şeyi anladıktan sonra bu çalışmaya katılıp katılmayacağına karar vermelisin.

Annen/baban/yasal temsilcin sana bilgileri dikkatli bir şekilde okuyacaktır. Çalışmada neler olacağını anlatabilmek için büyüklerin anlayabileceği sözler kullanmamız gerekebilir. Eğer anlamadığın bir şey olursa annene/babana/yasal temsilcine veya doktorun (Prof. Dr. Fevziye Toros)'a istediğin kadar soru sorabilirsin.

Çalışmaya katılmaya "evet" dersen ve istersen bu kağıda kendine özel bir işaret koyabilirsin. Çalışmaya katılabilmen için annenin/babanın/yasal temsilcinin de kabul etmesi ve bu kağıdı imzalaması istenecektir. Çalışmaya katılıp katılmamak senin kararına bağlı. Sen istemezsen doktorun sana kızmayacak ve her zamanki gibi bakacaktır.

#### **Bu çalışmaya neden ben seçildim?**

Sen 6-17 yaş aralığında olduğun için ve bu çalışma 6-17 yaş aralığındaki bireylere yapıldığı için bu çalışmaya katılman istenmektedir.

#### **Bu çalışmaya katılmamın yararları nelerdir?**

Bu çalışmaya katıldığın için sana herhangi bir ödül verilmeyecek sonuçta bize veya bazı hastalara yardımcı olabileceksin

#### **Bu çalışmada bana ne olacak?**

Eğer bize yardım etmeyi kabul edersen sana herhangi bir tedavi uygulanmayacaktır. Senden korku ve kaygılarına yönelik sorulardan oluşan 1 adet anket (çocuklar için durumluluk-sürekli kaygı envanteri) doldurman istenecektir. Bu ankette 40 adet soru bulunmaktadır ve bu anketin doldurulması 10-15 dk sürecektir. Anketleri doldururken adın, soyadın, telefon numaran gibi kişisel bilgilerini yazman gerekmemektedir.

#### **Bu çalışmaya katılmak zorunda mıyım?**

Bu çalışmaya katılıp katılmamak senin ve annenin/babanın/yasal temsilcinin isteğine bağlıdır. Çalışmaya katılmak istemezsen sana hiç kimse kızmayacaktır. Ayrıca, kararını vermeden önce, bu araştırmaya katıldığın için sana para veya hediye verilmeyeceğini bilmen gerekir. Şimdi "evet" desen de, istediğin zaman "istemiyorum" diyerek bu araştırmadan çıkabilirsin. Bunu yalnızca doktora veya annene/babana/yasal temsilcine söylemen yeterlidir.

#### **Bu çalışmaya katıldığımı başkaları da bilecek mi?**

Çalışmaya katıldığını sen, ailen ve doktorun dışında bu çalışmaya izin verenler bilecek başka kimse bilmeyecek ve senin ismin de kullanılmayacaktır.

#### **Ne yapmak zorundayım?**

Sana yapılacak her şeyi anladıysan şimdi senden bu araştırmaya katılmak istiyorsan aşağıya bir işaret koyman istenecektir.

Canını sıkın veya merak ettiğin bir şey olursa istediğin zaman doktorumu arayın (5336496465 numaralı telefonda Prof. Dr. Fevziye Toros) diyebilirsiniz.

#### **Olur verme beyanı**

Bu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılıyorsan aşağıya özel bir işaret koyabilirsiniz.

#### **Çocuğun**

Adı Soyadı :  
Tarih (Gün/Ay/Yıl) :  
İmzası/işareti :  
Adresi :  
Telefon numarası :

#### **Annenin/babanın/yasal temsilcinin**

Adı Soyadı :  
Tarih (Gün/Ay/Yıl) :  
İmzası :  
Adresi :  
Telefon numarası :

#### **Bağımsız tanığın [gönüllü okur-yazar olmadığı için imzalı onay veremiyorsa vb. durumlarda]**

Adı Soyadı :  
Tarih (Gün/Ay/Yıl) :  
İmzası :  
Adresi :  
Telefon numarası :

#### **Formdaki bilgileri vererek gerekli açıklamaları yapan ve olur alan araştırmacının**

Adı Soyadı : Fatma Yıldırım  
Tarih (Gün/Ay/Yıl) :  
İmzası :  
Adresi : Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Çocuk ve Ergen  
Psikiyatri Polikliniği, Yenişehir/MERSİN  
Telefon numarası : 05057671875

#### **Acil tıbbi durumlarda iletişime geçilecek kişinin**

Adı Soyadı : Fatma Yıldırım  
Tarih (Gün/Ay/Yıl) :  
İmzası :

Adresi : Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Çocuk ve Ergen  
Psikiyatri Polikliniği, Yenişehir/MERSİN  
Telefon numarası : 05057671875

**Araştırmaya onay veren Etik Kurulun**

Adı : Mersin Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu  
Adresi : Mersin Üniversitesi Çiftliköy Kampüsü, Prof. Dr. Uğur ORAL Kültür Merkezi,  
1.Kat, Etik Kurullar Odası, Yenişehir/MERSİN  
Telefon numarası : 03243610001-14417



**Araştırmanın Açık Adı** : Şizofreni veya Bipolar Bozukluk Tanılı Ebeveynlerin 6-17 yaş Arası Çocuklarının Psikopatolojilerinin Karşılaştırılması  
**Sorumlu Araştırmacı** : Prof. Dr. Fevziye Toros  
**Merkezin Adı** : Mersin Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ABD

**ŞİZOFRENİ VEYA BİPOLAR BOZUKLUK TANILI EBEVYNLERİN 6-17 YAŞ ARASI ÇOCUKLARININ  
PSİKOPATOLOJİLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI İSİMLİ  
ARAŞTIRMA İÇİN  
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU  
(12-17 yaş için)**

Bu çalışmada, ebeveyninde psikiyatrik rahatsızlığı olan 6-17 yaş arası çocukların bazı özelliklerini araştıracağız. Bu kelimeleri anlamamış olabilirsin. Ebeveynindeki bazı psikiyatrik rahatsızlıklar bazen çocukları da etkileyebiliyor. Biz sende de böyle bir etkilene olup olmadığını araştıracağız. Sen eğer kabul edersen bu çalışmada **ebeveyninde şizofreni yada bipolar 1 bozukluk olan çocuk /ebeveyninde psikiyatrik rahatsızlık olmayan çocuk** grubunda yer alacaksın. Ayrıca, bu çalışmaya senden başka en az 95 çocuk daha katılacaktır.

Bu çalışmaya senin de katılmanı istiyoruz, ancak katılmaya karar vermeden önce bazı şeyleri bilmen ve anlamana gerekiyor. Sana öncelikle çalışma sırasında neler olacağı açıklanacaktır. Sana söylenen her şeyi anladıktan sonra bu çalışmaya katılıp katılmayacağına karar vermelisin.

Annen/baban/yasal temsilcin sana bilgileri dikkatli bir şekilde okuyacaktır. Çalışmada neler olacağını anlatabilmek için büyüklerin anlayabileceği sözler kullanmamız gerekebilir. Eğer anlamadığın bir şey olursa annene/babana/yasal temsilcine veya doktorun (Prof. Dr. Fevziye Toros)'a istediğin kadar soru sorabilirsin.

Çalışmaya katılmaya "evet" dersen ve istersen bu kağıda kendine özel bir işaret koyabilirsin. Çalışmaya katılabilmen için annenin/babanın/yasal temsilcinin de kabul etmesi ve bu kağıdı imzalaması istenecektir. Çalışmaya katılıp katılmamak senin kararına bağlı. Sen istemezsen doktorun sana kızmayacak ve her zamanki gibi bakacaktır.

**Bu çalışmaya neden ben seçildim?**

Sen 6-17 yaş aralığında olduğun için ve bu çalışma 6-17 yaş aralığındaki bireylere yapıldığı için bu çalışmaya katılman istenmektedir.

**Bu çalışmaya katılmaman yararları nelerdir?**

Bu çalışmaya katıldığın için sana herhangi bir ödül verilmeyecek sonuçta bize veya bazı hastalara yardımcı olabileceksin

**Bu çalışmada bana ne olacak?**

Eğer bize yardım etmeyi kabul edersen sana herhangi bir tedavi uygulanmayacaktır. Senden korku ve kaygılarına yönelik sorulardan oluşan 1 adet anket (çocuklar için durumluluk-sürekli kaygı envanteri) doldurman istenecektir. Bu ankette 40 adet soru bulunmaktadır ve bu anketin doldurulması 10-15 dk sürecektir. Anketleri doldururken adın, soyadın, telefon numaran gibi kişisel bilgilerini yazman gerekmemektedir.

**Bu çalışmaya katılmak zorunda mıyım?**

Bu çalışmaya katılıp katılmamak senin ve annenin/babanın/yasal temsilcinin isteğine bağlıdır. Çalışmaya katılmak istemezsen sana hiç kimse kızmayacaktır. Ayrıca, kararını vermeden önce, bu araştırmaya katıldığın için sana para veya hediye verilmeyeceğini bilmen gerekir. Şimdi "evet" desen de,

istediğin zaman "istemiyorum" diyerek bu araştırmadan çıkabilirsin. Bunu yalnızca doktora veya annene/babana/yasal temsilcine söylemen yeterlidir.

#### **Bu çalışmaya katıldığımı başkaları da bilecek mi?**

Çalışmaya katıldığını sen, ailen ve doktorun dışında bu çalışmaya izin verenler bilecek başka kimse bilmeyecek ve senin ismin de kullanılmayacaktır.

#### **Ne yapmak zorundayım?**

Sana yapılacak her şeyi anladıysan şimdi senden bu araştırmaya katılmak istiyorsan aşağıya bir işaret koyman istenecektir.

Canını sıkan veya merak ettiğin bir şey olursa istediğin zaman doktorumu arayın (5336496465 numaralı telefonda Prof. Dr. Fevziye Toros) diyebilirsiniz.

#### **Olur verme beyanı**

Bu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılıyorsan aşağıya özel bir işaret koyabilirsin.

#### **Çocuğun**

Adı Soyadı :  
Tarih (Gün/Ay/Yıl) :  
İmzası/işareti :  
Adresi :  
Telefon numarası :

#### **Annenin/babanın/yasal temsilcinin**

Adı Soyadı :  
Tarih (Gün/Ay/Yıl) :  
İmzası :  
Adresi :  
Telefon numarası :

#### **Bağımsız tanığın [gönüllü okur-yazar olmadığı için imzalı onay veremiyorsa vb. durumlarda]**

Adı Soyadı :  
Tarih (Gün/Ay/Yıl) :  
İmzası :  
Adresi :  
Telefon numarası :

#### **Formdaki bilgileri vererek gerekli açıklamaları yapan ve olur alan araştırmacının**

Adı Soyadı : Fatma Yıldırım  
Tarih (Gün/Ay/Yıl) :  
İmzası :  
Adresi : Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Hastanesi, ocuk ve Ergen Psikiyatri Polikliniği, Yenişehir/MERSİN  
Telefon numarası : 05057671875

#### **Acil tıbbi durumlarda iletişime geçilecek kişinin**

Adı Soyadı : Fatma Yıldırım  
Tarih (Gün/Ay/Yıl) :  
İmzası :  
Adresi : Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Hastanesi, ocuk ve Ergen Psikiyatri Polikliniği, Yenişehir/MERSİN  
Telefon numarası : 05057671875



**Araştırmaya onay veren Etik Kurulun**

Adı : Mersin Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu  
Adresi : Mersin Üniversitesi iftliköy Kampüsü, Prof. Dr. Uğur ORAL Kültür Merkezi,  
1.Kat, Etik Kurullar Odası, Yenişehir/MERSİN  
Telefon numarası : 03243610001-14417



## Ek-2 Yasal temsilci Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

**Araştırmanın Açık Adı** : Şizofreni veya Bipolar Bozukluk Tanılı Ebeveynlerin 6-17 yaş Arası Çocuklarının Psikopatolojilerinin Karşılaştırılması  
**Sorumlu Araştırmacı** : Prof. Dr. Fevziye Toros  
**Merkezin Adı** : Mersin Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ABD

### ŞİZOFRENİ VEYA BİPOLAR BOZUKLUK TANILI EBEVYNLERİN 6-17 YAŞ ARASI ÇOCUKLARININ PSİKOPATOLOJİLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI İSİMLİ ARAŞTIRMA İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (YASAL TEMSİLCİSİ İÇİN)

Bu çalışmada, ebeveyninde şizofreni veya bipolar 1 bozukluk olan bireylerin 6-17 yaş aralığındaki çocuklarında psikopatoloji varlığını araştıracağız. Eğer kabul ederseniz çocuğunuz bu çalışmada **ebeveyninde şizofreni yada bipolar 1 bozukluk olan çocuk /ebeveyninde psikiyatrik rahatsızlık olmayan çocuk grubunda** yer alacaktır. Ayrıca, bu çalışmaya çocuğunuzdan başka 93 çocuk daha katılacaktır.

Bu çalışmaya çocuğunuzun da katılmasını istiyoruz, ancak katılmaya karar vermeden önce bazı şeyleri bilmeniz ve anlamanız gerekiyor. Çocuğunuza öncelikle çalışma sırasında neler olacağı açıklanacaktır. Size söylenen herşeyi anladıktan sonra çocuğunuzun bu çalışmaya katılıp katılmayacağına karar vermelisiniz.

Çocuğunuzun bu çalışmaya katılmasına "evet" derseniz ve isterseniz bu formu imzalayabilirsiniz. Çalışmaya katılabilmesi için çocuğunuzun da kabul etmesi ve ona yönelik olarak hazırlanmış formu işaretlemesi/imzalaması istenecektir. Çocuğunuzun çalışmaya katılmasını ya da katılmamasını seçebilirsiniz. Siz ve/veya çocuğunuz istemediğiniz zaman çocuğunuz çalışmadan ayrılabilir.

Eğer çalışma sırasında size ve çocuğunuza anlatıldığından farklı bir durum gelişirse size hemen haber verilecektir. O zaman da istediğinizde çocuğunuzun doktoruna çalışmadan ayrılmak istediğinizi söyleyebilirsiniz. Kimse sizi veya çocuğunuzun zorlayamaz.

#### **Bu çalışmaya neden çocuğum seçildi?**

Çocuğunuz 6-17 yaş aralığında olduğun için ve bu çalışma 6-17 yaş aralığındaki bireylere yapıldığı için bu çalışmaya çocuğunuzun katılması istenmektedir.

#### **Çocuğumun bu çalışmaya katılmasının yararları nelerdir?**

Bu çalışmaya katıldığınız için size herhangi bir ücret ödenmeyecek sonuçta bize veya bazı hastalara yardımcı olabileceksiniz. Aynı zamanda çocuğunuzda herhangi bir psikopatoloji varsa erken tanı konularak yakın takip ve gerekirse tedaviye başlanmasını sağlayabileceksiniz.

#### **Bu çalışmada çocuğuma ne olacak?**

Eğer çocuğunuzun bu çalışmaya katılmasını kabul ederseniz, ilk olarak sizinle görüşülecek ve Otistik Trait Ölçeği, DSM IV e dayalı DEB/DEHB tanı ve değerlendirme formu, CSHQ uyku ölçeği, Connors Ana Baba Değerlendirme ölçeği doldurulacaktır. Ardından çocuğunuzla görüşülecek ve Çocuklar için Durumluluk-Süreklilik kaygı envanteri doldurulacaktır. Bu ölçeklerin doldurulması ortalama 45 dakika-1 saat kadar sürmektedir. Anlamadığınız bir şey olursa tekrar tekrar çocuğunuzun doktoruna sorabilirsiniz.

#### **Çocuğum bu çalışmaya katılmak zorunda mı?**

Çocuğunuzun bu çalışmaya katılıp katılmaması size ve/veya çocuğunuzun isteğine bağlıdır. Kararınızı vermeden önce, çocuğunuzun bu araştırmaya katıldığı için size veya çocuğunuza para veya hediye verilmeyeceğini bilmeniz gerekir. Şimdi "evet" deseniz de, istediğiniz zaman siz ve/veya çocuğunuz "istemiyorum" diyerek çocuğunuzu bu araştırmadan çıkabilirsiniz. Bunu yalnızca çocuğunuzun doktoruna söylemeniz yeterlidir.

### **Bu çalışmaya çocuğumun katıldığını başkaları da bilecek mi?**

Siz ve çocuğunuz dışında yalnızca tıbbi kayıtlarına doğrudan erişebilecek olan kişiler (araştırma ekibindeki kişiler dışında araştırmanın yapılmasına onay ve izin verecek olan Etik Kurul ve Sağlık Bakanlığı gibi) çocuğunuzun bu çalışmaya katıldığını bilecektir. Ancak, çalışmanın her aşamasında olduğu gibi çalışmanın sonuçları yayınlanırken bile çocuğunuzun bütün bilgilerin gizli tutulacaktır. Bu formu imzaladığınızda, çocuğunuzla ilgili bütün bilgilere ulaşabileceksiniz. Bu çalışmadan sorumlu doktora sorduktan sonra, eğer o izin verirse, bu araştırmaya çocuğunuzun katıldığını çocuğunuzun özel doktoruna söyleyebilirsiniz.

### **Çocuğum ne yapmak zorunda?**

Çocuğunuza yapılacak herşeyi anladıysanız şimdi sizden çocuğunuzun bu araştırmaya katılmayı istiyorsanız aşağıya imza atmanız istenecektir. Bu size açıklandığı haliyle çocuğunuzun bu çalışmaya özgürce katıldığını gösterecektir. İmzaladığınız bu kağıdın birisi de sizde kalacaktır.

Canınızı sıkan veya merak ettiğiniz bir şey olursa 05336496465 numaralı telefonda Prof. Dr. Fevziye Toros'u siz veya çocuğunuz arayabilir ve istediklerinizi sorabilirsiniz.

### **Olur verme beyanı**

Toplam 3 sayfa olan bu formdaki tüm açıklamaları okudum. Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırmayla ilgili yazılı ve sözlü açıklama Dr. Derya Karpuz adlı doktor tarafından yapıldı. Bu araştırmanın amacını ve ne yapılacağını anladım. Bu çalışmada çocuğuma ne olacağını, benim ve/veya çocuğumun istediği zaman, gerekçeli veya gerekçesiz olarak çocuğumun araştırmadan ayrılabilceğini, çocuğumun kimlik bilgilerinin gizli tutulacağını ve imzaladığım bu formun bir kopyasının bana verileceğini biliyorum. Bu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın çocuğumun gönüllü olarak katıldığını kabul ediyorum.

### **Annenin/babanın/yasal temsilcinin**

Adı Soyadı :  
Tarih (Gün/Ay/Yıl) :  
İmzası :  
Adresi :  
Telefon numarası:

### **Bağımsız tanığın [gönüllü okur-yazar olmadığı için imzalı onay veremiyorsa vb. durumlarda]**

Adı Soyadı :  
Tarih (Gün/Ay/Yıl) :  
İmzası :  
Adresi :  
Telefon numarası :

### **Formdaki bilgileri vererek gerekli açıklamaları yapan ve olur alan araştırmacının**

Adı Soyadı : Fatma Yıldırım  
Tarih (Gün/Ay/Yıl) :  
İmzası :  
Adresi : Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatri Polikliniği, Yenişehir/MERSİN  
Telefon numarası : 05057671875

**Acil tıbbi durumlarda iletişime geçilecek kişinin**

Adı Soyadı : Fatma Yıldırım

Tarih (Gün/Ay/Yıl) :

İmzası :

Adresi : Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Çocuk ve Ergen

Psikiyatri Polikliniği, Yenişehir/MERSİN

Telefon numarası : 05057671875

**Araştırmaya onay veren Etik Kurulun**

Adı : Mersin Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Adresi : Mersin Üniversitesi Çiftliköy Kampüsü, Prof. Dr. Uğur ORAL Kültür Merkezi,

1.Kat, Etik Kurullar Odası, Yenişehir/MERSİN

Telefon numarası : 03243610001-14417



## EK-3 Sosyodemografik Veri Formu

T.C.

MERSİN ÜNİVERSİTESİ

Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları

### SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

Hastanın adı soyadı:	2.Psikoz:
Anne Telefon numarası:	3. Bağımlılık
Baba Telefon numarası:	4.Zeka Geriliği
Başvuru Tarihi:	5. Bipolar Bozukluk
Doğum Tarihi:	6. Diğer:
Cinsiyet:	<b>Aile Durumu:</b>
1. Kız 2. Erkek	1. Anne baba birlikte
<b>Kardeş Sayısı:</b>	2. Boşanmış
Kaçıncı Çocuk:	3. Parçalanmış
<b>Eğitimi(yıl olarak):</b>	<b>Anne baba arasında akrabalık:</b>
<b>Anne yaşı:</b>	1.Var 2.Yok
<b>Anne eğitim durumu (yıl olarak):</b>	<b>Ailede ruhsal bozukluk:</b>
<b>Anne iş:</b>	1. Var 2.Yok
1. Ev hanımı 2. Çalışıyor	<b>Aile Yapısı:</b>
<b>Annede kronik fiziksel hastalık:</b>	1.Çekirdek aile
1. Var 2. Yok	2. Geniş aile
<b>Annede ruhsal hastalık ne:</b>	3. Tek ebeveyn ile
1.Nöros	4. Üvey anne/baba ile
2.Psikoz	<b>Çocuğun kronik bir hastalığı :</b>
3.Bağımlılık	1. Var 2.Yok
4.Zeka geriliği	<b>Çocuğun kronik fiziksel hastalığı ne:</b>
5.Bipolar Bozukluk	<b>Gebelikte sorun:</b>
6..Diğer:	1. Var 2.Yok
<b>Baba eğitim durumu (yıl olarak):</b>	<b>Gebelik süresi:</b>
<b>Baba iş:</b>	1. 37 hf ve veya altı 2. 38 hf ve veya üstü
1.işsiz 2. Çalışıyor	<b>Doğum şekli:</b>
<b>Babada kronik fiziksel hastalık:</b>	1.Sezeryan 2. Normal
1.Var 2.Yok	<b>Doğumda komplikasyon ?</b>
<b>Babada ruhsal hastalık:</b>	1.Var 2.Yok
1. Var 2. Yok	<b>Yenidoğan servisinde yatma? 1. Var 2.Yok</b>
<b>Babada ruhsal hastalık ne:</b>	<b>Anne sütünü ne kadar süre almış? (ay olarak)</b>
1. Nöros:	

## EK-4 Conners Ana Baba Derecelendirme Ölçeği Kısa Form



### T.C. MERSİN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi



#### ÇOCUK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI A.D. CONNER'S ANNE/BABA DEĞERLENDİRME FORMU

	Hiçyok	Biraz	Oldukça fazla	Çok
1.Cildinin, vücudunun veya eşyaların bazı kısımlarıyla oynar veya yolar (ör.tırnaklar, parmaklar,saçlar veya kıyafetler)	( )	( )	( )	( )
2.Kendinden yaşça büyüklere karşı küstahça davranır	( )	( )	( )	( )
3.Arkadaş edinmekte veya arkadaşlığı devam ettirmekte sorunları vardır	( )	( )	( )	( )
4.Kolayca heyecanlanır, düşünmeden hareket eder	( )	( )	( )	( )
5.Faaliyetlerde hep başı çekmek ister	( )	( )	( )	( )
6.Parmağını,kıyafetlerinin veya battaniyesinin bir kenarını emer veya çiğner	( )	( )	( )	( )
7.Sık sık veya kolayca ağlar	( )	( )	( )	( )
8.Kavgaya hazır, öfkesi burnundadır	( )	( )	( )	( )
9.Hayale dalıp gider, hayal kurar	( )	( )	( )	( )
10.Öğrenme güçlüğü çeker	( )	( )	( )	( )
11.Yerinde rahat duramaz, kıpır kıpırdır	( )	( )	( )	( )
12.Yeni durumlara ve ortamlara girmekten yeni kişilerle karşılaşmaktan, okula gitmekten korkar	( )	( )	( )	( )
13.Yerinde rahat duramaz, her an hareket halindedir	( )	( )	( )	( )
14.Zarar vericidir (eşyalara)	( )	( )	( )	( )
15.Gerçekle ilgili olmayan hikayeler uydurur veya yalan söyler	( )	( )	( )	( )
16.utangaçtır	( )	( )	( )	( )
17.Yaşlıtlarına göre başı daha çok derde girer	( )	( )	( )	( )
18.Yaşlıtlarına göre konuşması farklıdır (ör.bebeksi, kekeleme, anlaşılması güç)	( )	( )	( )	( )
19.Hatalarını inkar eder ve başkalarını suçlar	( )	( )	( )	( )
20.Kavgacıdır	( )	( )	( )	( )
21.Somurtur, surat asar veya küser	( )	( )	( )	( )
22.Çalma huyu vardır	( )	( )	( )	( )
23.Kurallara uymaz veya uyarken gönülsüzdür	( )	( )	( )	( )
24.Diğer çocuklara göre daha endişelidir (Yalnızlık, hastalık veya ölümle ilgili)	( )	( )	( )	( )



T.C. MERSİN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ  
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi



ÇOCUK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI A.D.  
CONNER'S ANNE/BABA DEĞERLENDİRME FORMU

	Hiçyok	Biraz	Oldukça fazla	Çok
25.İşlerini bitirmekte zorlanır	( )	( )	( )	( )
26.Çabuk kırılır veya zorlanır	( )	( )	( )	( )
27.Kendinden yaşça küçük veya zayıfları ezer	( )	( )	( )	( )
28.Tekrarlayıcı bir hareketi/faaliyeti durdurmakta güçlük çeker	( )	( )	( )	( )
29.Merhametsizdir				
30.Çocuksudur, yaşına uygun davranmaz (sürekli yardım ister,eteğine yapışır, sürekli güvenlik arayışı içindedir)	( )	( )	( )	( )
31.Dikkatini belirli bir süre bir konu üzerinde toplayamaz	( )	( )	( )	( )
32.Baş ağrıları vardır	( )	( )	( )	( )
33.Mizacı ya da duyguları ani ve belirgin olarak değişir	( )	( )	( )	( )
34.Kuralları ve sınırlamaları sevmez onlara uymaz	( )	( )	( )	( )
35.Sürekli kavga eder	( )	( )	( )	( )
36.Kardeşi,ağabeyi veya ablası ile iyi geçinir	( )	( )	( )	( )
37.Zorluklar karşısında morali çabuk bozulur, kolayca pes eder	( )	( )	( )	( )
38.Diğer çocukları rahatsız eder	( )	( )	( )	( )
39.Temelde mutsuz bir çocuktur	( )	( )	( )	( )
40.Yeme sorunları vardır (iştahı yoktur iki lokma arasında sofradan kalkar,dolaşır)	( )	( )	( )	( )
41.Mide ağrıları vardır	( )	( )	( )	( )
42.Uyku sorunları vardır (uykuya dalmakta güçlük çeker,çok erken veya gece yarısı uyanır)	( )	( )	( )	( )
43.Vücudunda başka ağrıları da vardır	( )	( )	( )	( )
44.Mide bulantısı veya kusma şikayeti vardır	( )	( )	( )	( )
45.Ailede hakkının yendiği hissine kapılır	( )	( )	( )	( )
46.Övünür, yüksekte atar	( )	( )	( )	( )
47.Kendisine kötü davranılmasına ses çıkarmaz	( )	( )	( )	( )
48.Bağışsıkları sık sık bozulur,tuvalet alışkanlığı düzensizdir,kabız kalır	( )	( )	( )	( )

# EK-5 Çocuk ve Ergenlerde Davranım Bozuklukları için DSM IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği



T.C.  
MERSİN ÜNİVERSİTESİ  
Sağlık Araştırma Ve Uygulama Merkezi  
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D.



DSM-IV'E DAYALI DEB/DEHB TANI VE DEĞERLENDİRME FORMU ANNE/BABA/ÖĞRETMEN

Aşağıdaki cümleleri dikkatle okuyun ve şu an çocuğunuzu/öğrencinizin durumunu en iyi ifade eden rakamı işaretleyin.

		Sorunun şiddeti ve sıklığı			
		Hiç	Biraz	Sıklıkla	Çok sık
<b>DİKKAT EKSİKLİĞİ</b>					
1	Ayrıntılara dikkat etmekte zorluk ya da okul, iş ve diğer etkinliklerde dikkatsizce hatalar yapma	0	1	2	3
2	Dikkat gerektiren görevler ya da işlerde dikkati sürdürme güçlüğü	0	1	2	3
3	Birisiyle yüz yüze konuşurken dinlemede güçlük çekme veya dinleniyormuş gibi görünme	0	1	2	3
4	Okul ödevlerini ya da verilen görevleri bitirmekte zorlanma, verilen yönergeleri izlemekte zorluk çekme (işleri anlama güçlüğüne ya da inatlaşmaya bağlı değildir)	0	1	2	3
5	Görevleri ve etkinlikleri düzenlemede / planlamada güçlük çeker	0	1	2	3
6	Uzun zihinsel çaba (kafayı çalıştırmayı gerektiren matematik, türkçe ödevleri gibi) gerektiren işlerden kaçınma, bu işlerden hoşlanmama ya da bu işlere karşı isteksizlik	0	1	2	3
7	Görev ve etkinlikler için gereken eşyaları kaybetme (örn: oyuncak, okul ödevleri, kalem, kitap ya da araç gereç)	0	1	2	3
8	Dikkatin kolayca dağılması	0	1	2	3
9	Günlük etkinliklerde unutkanlık	0	1	2	3
<b>HİPERAKTİVİTE</b>					
1	El ve ayakların kıpır kıpır olması, oturduğu yerde duramama	0	1	2	3
2	Oturulması gereken durumlarda yerinden kalkma	0	1	2	3
3	Koşuşturup durma ya da huzursuzluk hissi	0	1	2	3
4	Boş zaman faaliyetlerini sessizce yapmaktan güçlük	0	1	2	3
5	Sürekli hareket halinde olma ya da sanki motor takılıymış gibi hareket etme	0	1	2	3
6	Çok konuşma	0	1	2	3
7	Sorulan soru tamamlanmadan yanıt verme	0	1	2	3
8	Sıra beklemekte zorluk çekme	0	1	2	3
9	Başkalarının işine karışma ya da konuşmalarını bölme	0	1	2	3
<b>KARŞIT OLMA KARŞIT GELME BOZUKLUĞU</b>					
1	Öfkelenir, kontrolünü kaybeder.	0	1	2	3
2	Büyükleriyle tartışır.	0	1	2	3
3	Büyüklerin kurallarına ya da isteklerine karşı çıkar ya da reddeder.	0	1	2	3
4	İsteyerek başkalarını kızdıran şeyler yapar.	0	1	2	3
5	Kendi yaramazlıkları, hatalı davranışları için çoğu zaman başkalarını suçlar.	0	1	2	3
6	Çoğu zaman alıngandır, çabuk darılır ya da başkalarını kolay kızdırır.	0	1	2	3
7	Çoğu zaman içerlenir, kızgın ve güceniktir.	0	1	2	3
8	Çoğu zaman kincidir ve intikam almak ister.	0	1	2	3
<b>DAVRANIM BOZUKLUĞU</b>					
1	Kabadayılık eder, tehdit eder ya da gözdağı verir.	0	1	2	3
2	Kavga dövüşü başlatır.	0	1	2	3
3	Başkalarının ciddi olarak yaralanmasına neden olur. (örneğin taş, sopa, kırık şişe, bıçak, tabanca vs.)	0	1	2	3
4	İnsanlara fiziksel olarak acımasız davranır.	0	1	2	3
5	Hayvanlara fiziksel olarak acımasız davranır.	0	1	2	3
6	Başkalarının gözü önünde hırsızlık yapar. (örneğin saldırganlık, soygun, çanta kapıp kaçmak, tehdit ile soyma, silahlı soygun.)	0	1	2	3
7	Başka birine cinsel etkinlikte bulunmak için zorlar.	0	1	2	3
8	Ciddi hasar vermek amacıyla yangın çıkarır.	0	1	2	3
9	Başkalarının malına mülküne isteyerek zarar verir.	0	1	2	3
10	Başkalarının evine, binasına ya da aracına zorla girer.	0	1	2	3
11	Bir çıkar sağlamak ya da sorumluluklardan kaçmak için yalan söyler.	0	1	2	3
12	Hiç kimse görmeden değerli eşyaları çalar.(mağazalardan mal çalma, sahtekarlık)	0	1	2	3
13	Anne babasının ya da onların yerini tutan kişilerin evinde yaşarken en az geceleyin 2 kez evden kaçar, (ya da uzun süreli dönmemiş ise bir kez)	0	1	2	3
14	13 yaşından önce iken evden kaçar.	0	1	2	3
15	Yaşı 13'ten önce iken çoğu zaman okuldan kaçar	0	1	2	3

Çocuğunuzun veya öğrencinizin beğendiğiniz özellikleri;

Çocuğunuzun veya öğrencinizin düzelmesini ya da geliştirmesini istediğiniz özellikleri

Form No: ÇRS-FR-27

Form Yay. Tarihi: 12.06.2014

Form Rev. Tarihi: --

Form Rev. No: 00



## EK-6 Çocuk Uyku Alışkanlıkları Anketi-Kısa Form

### ÇOCUK UYKU ALIŞKANLIKLARI ANKETİ (Okulöncesi ve Okul çağı çocukları için)

Aşağıdaki cümleler çocuğunuzun uyku alışkanlıklarını ve uykuyla ilişkili muhtemel zorluklarını içermektedir. Geçen haftayı düşünerek bu sorulara cevap veriniz. Eğer geçtiğimiz hafta bir nedenle (çocuğunuzun ateşli bir enfeksiyonu olmuş olabilir ve iyi uyuyamamış olabilir ya da örneğin taşınma ya da tadilat nedeniyle ev yaşantınızda düzen değişikliği yaşanmış olabilir) her zamanki yaşantı düzeninizden farklı geçti ise o zaman normal düzeninizde yaşadığımız en son haftayı düşünerek soruları yanıtlayınız.  
Eğer bir durum haftada 5-7 kez oluyorsa GENELLİKLE, 2-4 kez oluyorsa BAZEN, 1 kez oluyor ya da hiç olmuyorsa NADİREN şeklinde cevap veriniz. Ek olarak, her bir satırda söz edilen uyku alışkanlığı size göre sorun yaratıyorsa "evet", yaratmıyorsa "hayır"ı yuvarlak içine alınız.

#### Yatma Zamanı

Çocuğunuzun yatış saatini yazınız: \_\_\_\_\_

	3 Genellikle (5-7)	2 Bazen (2-4)	1 Nadiren (0-1)
1) Yatağa her gece aynı saatte gider*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Yattıktan sonra 20 dakika içinde uykuya dalar*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Kendi başına yatağında uykuya dalar*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Anne-babasının ya da kardeşinin yatağında uykuya dalar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Uykuya dalarken anne-babasının odada olması gerekir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Yatma saatinde mücadele eder (ağlar, yatakta durmak istemez vs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Karanlıkta uyumaktan korkar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Yalnız başına uyumaktan korkar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### Uyku Davranışı

Çocuğunuzun her günlük genel uyku miktarı: \_\_\_\_\_ saat, \_\_\_\_\_ dakika  
(gece uykusu ile gün içindeki uyku miktarının toplamı)

	3 Genellikle (5-7)	2 Bazen (2-4)	1 Nadiren (0-1)
9) Çok az uyur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Yeterli miktarda uyur*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) Her gün aynı miktarda uyur*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) Gece yatağını ıslatır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13) Uykusunda konuşur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14) Uyku sırasında huzursuzdur ve çok hareket eder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15) Gece uykusunda yürür	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16) Gece başkasının yatağına gider (anne-babasının, kardeşlerinin vs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- |  |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 17) Uykuda diş gıcırdatır (diş hekimi de bunu size söylemiş olabilir)            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18) Yüksek sesle horlar  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19) Uyku sırasında sanki nefes alması duruyor gibidir                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20) Uyku sırasında kesik kesik nefes alır, burnundan horultuyla nefes alıp verir | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21) Ev dışında bir yerde uyumakta sorun yaşar (akrabalarda, yada gezide)         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22) Gece uykudan bağırarak uyanır, terlemiştir, sakinleştirilemez                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23) Korkutucu bir rüya nedeniyle telaşla uyanır                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

#### Gece Uykudan Uyanma

- |                                     | 3<br>Genellikle<br>(5-7) | 2<br>Bazen<br>(2-4)      | 1<br>Nadiren<br>(0-1)    |
|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 24) Uykuda bir kez uyanır           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25) Uykuda bir kereden fazla uyanır | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gece uyandığında kaç dakika uyanık kaldığını yazınız: \_\_\_\_\_

#### Sabah Uykudan Kalkma/ Gündüz Uykululuk Hali

Sabahları genelde uyandığı saati yazınız: \_\_\_\_\_

- |   | 3<br>Genellikle<br>(5-7) | 2<br>Bazen<br>(2-4)      | 1<br>Nadiren<br>(0-1)    |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 26) Sabah kendiliğinden uyanır*                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27) Keyifsiz bir şekilde uyanır                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28) Çocuğu yetişkinler ya da kardeşleri uyandırır | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29) Sabahları yataktan çıkmakta zorlanır          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30) Sabahları uyanıp ayılması uzun zaman alır     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31) Sabahları yorgun görünür                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Aşağıda belirtilen durumlarda çok uykusu gelir ya da uyuyakalır:

- |                              | 1<br>Uykusu gelmez       | 2<br>Çok uykusu gelir    | 3<br>Uyuyakalır          |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 32) Televizyon seyrederken   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33) Arabada yolculuk ederken | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## EK-7 Çocuklar için Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri



T.C.  
MERSİN ÜNİVERSİTESİ  
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi



ÇOCUK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI A.D.  
'NASIL HİSSEDİYORUM' ANKETİ (sürekli anksiyete)

- |   |  |                      |                          |
|---|--|----------------------|--------------------------|
| 1.Yanlış yapacağım diye endişelenirim                                       | ( )hemen hemen hiç                       | ( )bazen             | ( )sık sık               |
| 2.Ağlayacak gibi olurum   | ( )hemen hemen hiç                       | ( )bazen             | ( )sık sık               |
| 3.Kendimi mutsuz hissederim   | ( )hemen hemen hiç                       | ( )bazen             | ( )sık sık               |
| 4.Karar vermede güçlük çekerim  | ( )hemen hemen hiç                       | ( )bazen             | ( )sık sık               |
| 5.Sorunlarımla yüzyüze gelmek bana zor gelir                                | ( )hemen hemen hiç                       | ( )bazen             | ( )sık sık               |
| 6.Çok fazla endişelenirim   | ( )hemen hemen hiç                       | ( )bazen             | ( )sık sık               |
| 7.Evde sınırlarım bozulur   | ( )hemen hemen hiç                       | ( )bazen             | ( )sık sık               |
| 8.Utangacım   | ( )hemen hemen hiç                       | ( )bazen             | ( )sık sık               |
| 9.Sıkıntılıyım  | ( )hemen hemen hiç                       | ( )bazen             | ( )sık sık               |
| 10.Aklımdan engelleyemediğim önemsiz düşünceler geçer ve beni rahatsız eder | ( )hemen hemen hiç<br>( )hemca hemen hiç | ( )bazen<br>( )bazen | ( )sık sık<br>( )sık sık |
| 11.Okul beni endişelendirir   | ( )hemen hemen hiç                       | ( )bazen             | ( )sık sık               |
| 12.Ne yapacağıma karar vermekte güçlük çekerim                              | ( )hemen hemen hiç                       | ( )bazen             | ( )sık sık               |
| 13.Kalbimin hızlı hızlı çarptığını fark ederim                              | ( )hemen hemen hiç                       | ( )bazen             | ( )sık sık               |
| 14.Nedenini bilmediğim korkularım var                                       | ( )hemen hemen hiç                       | ( )bazen             | ( )sık sık               |
| 15.Annem-babam için endişelenirim   | ( )hemen hemen hiç                       | ( )bazen             | ( )sık sık               |
| 16.Ellerim terler   | ( )hemen hemen hiç                       | ( )bazen             | ( )sık sık               |
| 17.Kötü birşeyler olacak diye endişelenirim                                 | ( )hemen hemen hiç                       | ( )bazen             | ( )sık sık               |
| 18.Geceleri uykuya dalmakta güçlük çekerim                                  | ( )hemen hemen hiç                       | ( )bazen             | ( )sık sık               |
| 19.Karnımda bir rahatsızlık hissederim                                      | ( )hemen hemen hiç                       | ( )bazen             | ( )sık sık               |
| 20.Başkalarının benim hakkımda ne düşündükleri beni rahatsız eder           | ( )hemen hemen hiç<br>( )hemen hemen hiç | ( )bazen<br>( )bazen | ( )sık sık<br>( )sık sık |



T.C. MERSİN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ  
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi



ÇOCUK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI A.D.  
'NASIL HİSSEDİYORUM?' ANKETİ (DURUMLUK ANKSİYETE)



1. Kendimi ( )Çok sakin hissediyorum  
( )Sakin hissediyorum  
( )Sakin hissetmiyorum
2. Kendimi ( )Çok öfkeli hissediyorum  
( )Öfkeli hissediyorum  
( )Öfkeli hissetmiyorum
3. Kendimden ( )Çok huzurlu hissediyorum  
( )Huzurlu hissediyorum  
( )Huzurlu hissetmiyorum
4. Kendimi ( )Çok sinirli hissediyorum  
( )Sinirli hissediyorum  
( )Sinirli hissetmiyorum
5. Kendimi ( )Çok huzurlu hissediyorum  
( )Huzursuz hissediyorum  
( )Huzursuz hissetmiyorum
6. Kendimi ( )Çok dinlenmiş hissediyorum  
( )Dinlenmiş hissediyorum  
( )Dinlenmiş hissetmiyorum
7. Kendimi ( )Çok ürkümüş hissediyorum  
( )Ürkümüş hissediyorum  
( )Ürkümüş hissetmiyorum
8. Kendimi ( )Çok rahatlamış hissediyorum  
( )Rahatlamış hissediyorum  
( )Rahatlamış hissetmiyorum
9. Kafamda ( )Kendimi çok endişeli hissediyorum  
( )Endişeli hissediyorum  
( )Endişeli hissetmiyorum
10. Kendimi ( )Çok hoşnut hissediyorum  
( )Hoşnut hissediyorum  
( )Hoşnut hissetmiyorum



**T.C. MERSİN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ**  
**Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi**  
**ÇOCUK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI A.D.**  
**'NASIL HİSSEDİYORUM?' ANKETİ (DURUMLUK ANKSİYETE)**



- 11. Kendimi** ( ) Çok korkmuş hissediyorum  
( ) Korkmuş hissediyorum  
( ) Korkmuş hissetmiyorum
- 12. Kendimi** ( ) Çok mutlu hissediyorum  
( ) Mutlu hissediyorum  
( ) Mutlu hissetmiyorum
- 13. Kendimden** ( ) Çok eminim  
( ) Eminim  
( ) Emin değilim
- 14. Kendimi** ( ) Çok iyi hissediyorum  
( ) İyi hissediyorum  
( ) İyi hissetmiyorum
- 15. Kendimi** ( ) Çok başım dertte hissediyorum  
( ) Başımı dertte hissediyorum  
( ) Başımı dertte hissetmiyorum
- 16. Birşeylerin beni** ( ) Çok rahatsız ettiğini hissediyorum  
( ) Rahatsız ettiğini hissediyorum  
( ) Rahatsız ettiğini hissetmiyorum
- 17. Kendimi** ( ) Çok keyifli hissediyorum  
( ) Keyifli hissediyorum  
( ) Keyifli hissetmiyorum
- 18. Kendimi** ( ) Çok dehşete kapılmış hissediyorum  
( ) Dehşete kapılmış hissediyorum  
( ) Dehşete kapılmış hissetmiyorum
- 19. Kafamda** ( ) Herşeyi çok karmakarışık hissediyorum  
( ) Herşeyi karmakarışık hissediyorum  
( ) Hiçbirşeyi karma karışık hissetmiyorum
- 20. Kendimi** ( ) Çok neşeli hissediyorum  
( ) Neşeli hissediyorum  
( ) Neşeli hissetmiyorum

