

16/89

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI
Prof. Dr. Refet SAYGILI

Bipolar Bozukluk Tanılı
Hastaların
Çocuklarında Psikopatoloji

UZMANLIK TEZİ

T. C.
Yükseköğretim Kurulu
Dokümantasyon Merkezi

Dr. Müge TAMAR KABAKLIOĞLU

İZMİR - 1991

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ

| | |
|---|-----|
| GİRİŞ | 1 |
| GELİŞİMSEL PSİKOPATOLOJİDE RİSK KAVRAMI, VULNERABİLİTE VE KORUYUCU KAVRAMLAR | 1 |
| AİLE ETKİLERİ VE ÇOCUKTA PSİKOPATOLOJİ | 8 |
| EBEVEYN PSİKOPATOLOJİSİ | 12 |
| MİZAÇ BOZUKLUKLARINDA AİLE ÇEVRESİ | 18 |
| MİZAÇ BOZUKLUKLARINDA ÇOCUĞUN DAVRANIŞINDA BOZULMA | 21 |
| MİZAÇ BOZUKLUKLARINDA ÇOCUKTAKİ BOZULMAYI ARTTIRAN VEYA AZALTAN FAKTÖRLER | 27 |
| BİPOLAR BOZUKLUĞU OLAN AİLELERDE EBEVEYN HASTALIĞININ ÇOCUKTAKİ ETKİLERİ | 32 |
| GEREÇ VE YÖNTEM | 37 |
| AMAÇ | 44 |
| BULGULAR | 46 |
| TARTIŞMA | 81 |
| SONUÇLAR VE ÖNERİLER | 94 |
| ÖZET | 97 |
| EKLER | 98 |
| KAYNAKLAR | 120 |

Ö N S Ö Z

Bugün psikiyatride hastalıkların oluşmadan önlenmesine yönelik önemli çabalar harcanmaktadır. Bu da bilinen risk faktörlerinin kontrolü ile olur. Bu çalışmada da, psikiyatrik hastalıklar açısından yüksek risk grubu arasında yer alan "Bipolar Bozukluk" tanılı hastaların çocuklarında psikopatolojinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Gelecekte, hastaları birey olarak değil tüm aile çevresi içinde değerlendirmenin gerekliliği ve özellikle de gerçekten yardıma gereksinim duyan çocukları için zorunlu ilginin oluşması konusunda, bu araştırmanın bir adım olacağını umarım.

Bu çalışmanın yapılmasına olanak sağlayan Anabilim Dalı Başkanımız Sayın Prof. Dr. Refet Saygılı'ya, tezimin konusunun belirlenmesinden tamamlanmasına dek tüm aşamalarda yardımcıları nedeniyle Sayın Prof. Dr. Cahide Aydın'a, psikometrik testleri uygulayan Sayın Psikolog Umut Seyfioğlu ve Sayın Psikolog Nilüfer Karaca'ya, istatistiksel değerlendirmelerini yapan Sayın Dr. Mustafa Ertaş'a, uzmanlık eğitimim boyunca gelişmemde katkıları olan tüm öğretim üyeleri ve çalışma arkadaşlarıma teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Müge Tamar Kabaklıoğlu

G İ R İ Ő

A- GELİŞİMSEL PSİKOPATOLOJİDE RİSK KAVRAMI, VULNERABİLİTE VE KORUYUCU FAKTÖRLER:

Mental bozuklukların insidans ve prevalansını etkileyen sosyal, çevresel ve psikolojik deęiŐkenden etkilenen halk popölasyonlarında mental bozuklukların genезisi ve dağılımı üzerine ilgi bugün çok fazladır. Epidemiyolojik bir çatı altında çalışan araştırmacılar nasıl ve niçin değişik dağılımların ortaya çıktığını belirlemeye çabalarlar. Varsayımlar mental bozuklukların popölasyonda rastgele dağılmadığını ve eşlik eden sosyal, çevresel ve psikolojik özelliklerin değerlendirilmesiyle, etyoloji, gidiş, sonuç ve koruma önlemleri konusunda kazançlar olabileceğini öne sürer.

Psikopatolojide "risk kavramı", "insan popölasyonlarında hastalığın ortaya çıkış kalıpları ve bu kalıpları etkileyen faktörler" biçiminde epidemiyoloji içinde yer almaktadır (Lilinfild & Lilinfild 1980). Gruenberg (1981) Major Mental Hastalıklarda epidemiyolojik oryantasyonlu risk faktörleri çalışmalarını için 3 soru gündeme getirmiŐtir:

1. Kimler hasta olmaktadır, kimler hasta olmamaktadır?
2. Neden? (Risk faktörleri nelerdir?)
3. Hastalığı daha az rastlanılır hale getirmek için neler yapabiliriz?

Birinci soru hem yerinde doğru tanı koyma gereksinimine, hem de araştırmalarda hastalıklar için düşük ve yüksek duyarlılığa eşlik eden risk ve rezistans faktörlerinin tanınmasına dayanır. İkinci soru bu iki faktörün hastalığın ortaya çıkıŐını oluŐtırmada temel süreç ve mekanizmalarını anlama gereksinimini vurgular. Üçüncü soru ise, hastalık insidansını azaltmak için oluŐturulacak müdahalelerin amaçlarını ima eder; bunlar deęiŐtirilebilir risk ve koruyucu faktörlerle ilgili bilimsel verilere dayanmalıdır (46).

Risk faktörlerinin varlığı, hastalığın gelişmesi konusunda yüksek bir olasılığın geçerli olduğunu ve bu faktörlerin istatistiksel olarak yüksek insidans oranları ile birlikte olduğunu varsayar. Araştırmacılar değişik mental bozukluklarla birlikte olan biyolojik ve davranışsal faktörleri listeler halinde genelleştirerek; risk faktörlerinin psikopatolojiye eklenmedeki birlikteliklerini, ilişkileri saptamışlardır. Bu; bireylerin, ailelerin ve çevrelerinin erken ve şimdiki karakteristiklerini de içermektedir.

Nedensellik kurumu tipik olarak kademeli bir süreçtir. Yeni keşfedilmiş bir değişkene bağlı ani bir hamleden çok, kanıtların yavaş yavaş birbirleri üzerine eklenmeleri ile kendini gösterir. Tek bir nedensel ajanın varlığı bugün enfeksiyon hastalıklarında dahi nadirdir. Bu nedenle epidemiyolojistler daha az ajan üzerine, ama daha daha çok ajanların birbirleri arasındaki etkileşimlere, bunların çokluğuna ve çevre üzerine odaklanmışlardır.

Regier ve Allen (1981) yüksek risk faktörlerini tanımada kullanılacak multipl kriterleri özetlemişlerdir. Bunlar ölçülebilir niteliklerini, tutarlılığı, değişebilirliği, uygunluğu, duyarlılığı ve spesifiteyi içerir. Yazarlar henüz hiçbir Major Mental Hastalık için yüksek oranda duyarlı ve spesifik bir risk faktörünün tanınmadığını vurgulamışlardır (46).

Genetik Risk:

Çağımızın başlarında 3 dev bilim adamı Kraepelin, Freud ve Bleuler mental hastalıkların sistematik çalışmasında, hereditenin şizofrenide rol oynadığını gözlemlemişlerdir. Kısa süre sonra psikiyatrik genetik bir bilim olunca, hastaların akrabaları arasında prevalans oranlarına bağlı hastalık beklentisi veya yaşam boyu risk, şizofrenide genetik risk kavramını oluşturmuştur (Cooper & Morgan 1973). Çağın 3. ve 4. dekatlarında, genetik familial verileri temel alan araştırmacılar ilgilerini şizofrenik bozukluk veya başka tiplerde psikopatolojisi olan ebeveynlerin çocukları üzerine

odaklandırmaya başlamışlardır. Bender (1937) ilk olarak değişik biçimlerde mental hastalığı olan annelerin biyolojik çocuklarındaki etkileri araştırmıştır. Bu çalışma şizofreni, affektif psikozlar, mental defekt, epilepsi, kriminalite ve alkolik psikozlar gibi değişik birçok karşılaştırma gruplarını içermektedir. Bir ebeveyninde şizofrenik bozukluk olan 24 aile ile yaptığı çalışma sonucunda Bender olguların üçte birinde konstitüsyonel defisit olduğuna dair kanıtlar elde etmiştir. İzlenebilir bu etkiler, bu ailelerdeki anormal ebeveyn çocuk ilişkileri, parçalanmış aile ve affeksiyonel deprivasyona bağlanmıştır. Fish (1957, 1959, 1960) kronik şizofrenik annelerin çocuklarında temel nöroentegratif defektler saptamıştır. 1968'de Danimarka'da Mednick ve Schlesinger'in yapmış oldukları pilot çalışma, şizofrenik annelerin çocukları ile ilgili geniş skalalı longitudinal deneysel çabadır. Bu araştırma birçok millette benzer çalışma çabalarını harekete geçirmiştir ve şizofrenide risk çalışmalarında "birinci kuşak" olarak tanınır. Gottesman ve Shields (1982) şizofreninin genetiği ile ilgili erken çalışmaları gözden geçirmişlerdir. Affektif psikozlarla ilgili benzer çalışmaları destekleyen araştırmaları da vardır (Rosenthal 1970, Slater & Cavre 1971) (46).

Risk faktörü olarak Stres:

Psikopatoloji ile ilgili genetik araştırmalar çiçek açmaya başlayınca, riskin çevresel yanı-hastalıklarda stres verici yaşam olayları ile ilgili araştırmalarda da bir artma olmuştur. Stresörler değişik derecelerde uyum ve başetme adı verilen adaptasyon süreçlerine neden olurlar.

Stresörler değişik fizik ve mental hastalıklarla bağlantılıdır (Dohrenvend & Dohrenvend 1974; Goldberg & Breznitz 1982; Johnson 1982). Bu tür araştırmalarda, stresörler risk faktörleri olarak ele alınırlar. Bazı araştırmacılar spesifik hastalıklar üzerine odaklanmışlardır ve yüksek sıklıktaki stres verici yaşam olaylarının hastalığa neden olduğunu kanıtlamaya

çalışmaktadırlar.

Çocukluk psikopatolojisinde stres verici yaşam olaylarının rolü zaman zaman tanınmıştır. Çocukluk çağını ihmal eden erken sınıflandırmalarda bile, çocuklardaki uyum reaksiyonlarına yer verilmiştir.

Yakın zamana kadar çocukluk çağında stresörlerin risk faktörü olarak ele alınışı ve bununla ilgili sistemli çalışmalar, erişkinlerle yapılan deneylerin yanında geri kalmıştır, ama artık değişik stresörlerin çocukluk çağındaki güçlü etkileri ile ilgili kanıtlar vardır (Garmezy & Rutter 1983, 1985) (21, 30, 46, 51).

Johnson 1982'de stresörlerin yaşam olayları ölçütleri ile ilgili literatürleri gözden geçirmiştir. Burada boşanma (Atkeson, Forehand & Richard, 1982; Hetherington, 1979; Wallerstein, 1983), mahrumiyet (Berlinski & Biller, 1982); seksüel kötüye kullanma (Urazek 1983), çocuğu kötüye kullanma-istismar (Egeland & Brunguell, 1979; Gerbner, Rats & Zigler, 1980; Keupe & Heefer, 1980; Keupe & Keupe, 1978; Martin 1976, Parke & Colleuer, 1975; smith, 1975), şiddet (Rutter & Mudge, 1976), Nazi katliamı deneyimi (Moskowitz 1983), doğal felaketler (Erickson, 1976; Gleser, Green & Winger, 1981), savaş (Bernitz, 1983); Harbison & Harbison, 1980; Harbison 1983) ve diğer biçimdeki travmaların (Garmeyr & Rutter, 1985) çocuktaki stres verici etkileri araştırılmıştır (46).

Çocukluk çağı stresörleri ile ilgili araştırmalar henüz bebeklik dönemindedir. Çalışmaların çoğu deskriptiftir, pek azı programlı longitudinal çalışmalardır.

Midtown-Manhattan çalışmasında yaşam stresörleri olacak çocukluk çağı faktörleri ve erişkin faktörlerinden oluşan 10 iteme yer verilmiştir. Çocukluk çağı faktörleri: Anne-babanın bozuk ruh sağlığı, ekonomik yoksunluklar, bozuk fizik sağlık, parçalanmış aileler; erişkin faktörleri ise kötü erişkin fizik sağlığı, zayıf kişilerarası yakın ilişki ve işe ilişkin

endişeler gibi itemlerden oluşmaktadır.

Rabkin (1982) literatürde, yaşam olayları ve stresörler kavramının, değişebilir biçimde: "Birey ve ait olduğu sosyal grubun üyeleri tarafından yaşanan, çeşitli ölçülerde distres, zorluklar ve/veya tehlike gibi olayları gerektiren, yaşam durumlarında belirgin/göze çarpan değişiklikler" şeklinde tanımlandığını vurgular. Genel olarak tahmin edilen, Dohrenwend (1975)'in dediği gibi, stres verici olayların oluşumunda değişik olayların birikiminin, bir tek kesin olaydan daha etkili olduğudur (51).

Rabkin birçok çalışmayı gözden geçirmiş ve özellikle şizofreninin akut episodları, depresyon ve anksiyete bozukluklarının yaşam olaylarını izlediği konusunda kanıtlar göstermiştir (51).

Şimdiki kanıtlar yaşam stresi ve mental hastalık çalışmalarında basitçe tek bir neden-etki ilişkisinin olamayacağını kuvvetle destekler. Bunun yerine, mental hastalıkları iyice anlamak için sosyal, çevresel, psikolojik ve biyolojik değişkenleri içeren; çoğul ve birbiriyle etkileşen nedenlere izin veren biyopsikososyal modele gereksinim vardır (21, 24, 40, 46, 51, 61, 76).

Vulnerabilite:

Stres ve hastalık oluşumunda birçok modeller öne sürülmüştür. En popüler model Rabkin'in "vulnerabilite" hipotezidir. Vulnerabilite psikopatoloji teorisine uyarlandığında riskten farklı bir anlam taşır. Bireyin olumsuz sonuçlara predispozisyonunu, duyarlılığı temsil eder (46, 51).

Epidemiyoloji popülasyonlarda hastalık insidansının istatistik kalıplarına önem verir. Risk ve risk faktörleri terimleri grup veya popülasyon verileri ile ilgilidir. Buna karşıt olarak epidemiyolojistler risk faktörlerine duyarlı ev sahiplerinin eşlik ettiği durumlarda vulnerabilite terimine başvururlar (Fletcher ve ark 1982; Lilinfield & Lilinfield 1980) (46).

Vulnerabilite sözcüğü psikopatolojide kullanıldığında genel olarak

başlıca iki kavram akla gelir:

1. Bir spesifik hastalığa predispozisyon
2. Strese karşı genel duyarlılık

Holtzman vulnerabilitenin bireysel, stabil ve ölçülebilir özellikleri, spesifik bozukluklara bağladığını vurgular. Örneğin, "şizofreninin biyolojik markerları" ile ilgili yapılmakta olan çalışmalar spesifik bir hastalığa duyarlılıkla ilgili, ölçülebilir özellikleri tanıma atılımlarıdır (46).

Murphy ve arkadaşları çocukların intrensek vulnerabiliteleri ve bunlarla ve çevresel güçlüklerle başetme yolları bakımından bireysel farklılıkları üzerine odaklanmışlardır. Primer vulnerabilite hamilelik, doğum ve erken çocuklukta oluşmuş karakteristikler, sekonder vulnerabilite ise çocuk ile çevre arasındaki etkileşimler sonucu oluşmuş olan duyarlılığı ifade eder.

Psikopatoloji araştırmalarında anahtar problem "vulnerabl" bireyi ayırt etmektir. Holtzman ve diğerlerinin dediği gibi, risk popülasyonunu oluşturan tüm insanlar, vulnerabl değildirler (örneğin; şizofrenik ebeveynlerin çocukları) ve bütün vulnerabl kişiler de hasta olmazlar. Yani yüksek risk gruplarının morbidite istatistikleri vulnerabl bireyleri ayırt etmez. Bu sorunun çözümü, "vulnerabilite marker"ları ile ilgili devam edecek çalışmaları gerektirmektedir (46).

Holtzman (1982) vulnerabilitenin tanımı gereği ölçülebilir ve gözlenebilir olması gerekliliğini vurgular. Bu, hem erken durum markerlarını, hem de manifest hastalığın varlığına bakılmadan zaman boyunca stabil seyreden özellik markerlarını (trait marker) içerir. Böyle markerlar önemli ölçüde neden belirtmezler, ancak eğer genetik diatezin biyolojik markerları tanınırsa, psikopatoloji için risk çalışmaları geliştirilebilir. Psikolojik markerlar, spesifik huy veya kişilik karakteristikleri gibi, zeka veya ayırt edilebilen kognitif stiller gibi psikolojik özellikleri içerir. Ancak bu değişkenler, potansiyel markerlardan daha az dikkati çekmektedirler, çünkü

mevcut çalışmalar spesifik mental hastalıkların spesifik psikolojik özellikler gösterdiği konusunda yeterli veri sağlamamaktadır (46).

Invulnerabilite veya stres rezistansı:

Alışılmamış şiddette stres verici yaşam olayları ile ani karşılaşma karşısında başarılı uyumu kasteder. (Resilient-stress resistant children). Stres rezistansının komponentleri de doğuştan veya kazanılmış olarak görülebilir. Stres rezistansını tahmin etmede en favori koşul, istenmeyen olaylardan arınmış bir yaşam değil, tam tersine başlıca yeteneklerin, esnek başetme stratejilerinin ve uyumlu kişilik özelliklerinin gelişimini hızlandıran mücadelelerle dolu bir yaşamdır (11, 46, 47).

Çocuk psikiyatrisinde, stres rezistansına var olan ilgi, psikopatoloji açısından risk altındaki çocuklarla yapılan çalışmalar ve stres verici yaşam olaylarına çocukların cevaplarının gözlenmesiyle oluşmuştur. Örneğin istatistik olarak şizofreni için risk grubu oluşturan şizofrenik ebeveyn çocukları ile yapılan çalışmalar, değişik sonuçlar vermiştir ve çalışmalarda denekler arasında büyük ölçüde uyumlu bireyler gösterilmiştir. (Bleuler 1978, Garmezy 1981). Bu bireyler anne-babalarına rağmen genetik veya yapısal olarak vulnerabl değildirler (46).

Benzer biçimde ağır sosyoekonomik dezavantaj nedeniyle risk altındaki çocuklar ve bu çocukların normal ve sıradışı stresörlerle başetmeleri konusundaki literatürler bazı çocukların istenmeyen koşullara rağmen başarılı olabildiklerini doğrulamaktadır (Garmezy & Nuechterlein 1972; Garmezy 1985; Garmezy & Putter 1983, 1985; Murphy & Moriarty 1976; Werner & Smith 1982) (46).

Koruyucu faktörler:

Garmezy (1985), çocukluk çağı ile ilgili literatürleri geniş çapta gözden geçirdikten sonra koruyucu faktörleri 3 kategoride sınıflandırmış:

1. Çocuğun kişilik eğilimleri

2. Sıcak ve emosyonel olarak destekleyici aile ortamı

3. Dış destek sistemlerinin varlığı

Genel olarak koruyucu faktörler beklenenden daha düşük negatif sonuç insidansı ile birlikte ve ya olumlu bakış açısı ile beklenenden daha iyi sonuçlar ile birlikte (46).

Kötü ekonomik kaynaklar, azınlık konumu, medikal hastalık gibi stres verici koşullara yanıt olarak, başarılı uyumu gösteren şizofrenik ebeveynlerin çocuklarına ilişkin çalışmaları içeren araştırmaların sonucunda; yüksek risk durumlarına çocuk ve ergenlerin uyumlarına ilişkin birçok ilginç çalışmalar yapılmıştır. Burada uyum ve çabuk iyileşme yeteneğinin tanımlanmasında birinci adım, olguların şimdiki davranışsal fonksiyonlarının tanımlanmasıdır. Araştırmacılar çabuk iyileşebilen, esnek çocuklar için koruyucu faktörlerin önemini vurgulamışlardır. Bunlar yapısal faktörleri, örneğin bazı mizaç karakteristiklerini içerir. Yanıtlama, düşünme ve davranış yolları, örneğin bazı başatma stilleri, olumlu özgüven ve kontrol altında olma duygusu da önemlidir (11, 40).

B- AİLE ETKİLERİ VE ÇOCUKTA PSİKOPATOLOJİ:

Genellikle psikiyatrik hastalıklarda hasta ile ailesi birbirine girift olmuş ve çoğu zaman da sağlıksız bir ilişki içindedir. Klasik geleneksel psikiyatride hasta ailesinden sadece hastanın ve hastalığının geçmişi hakkında yüzeysel, dış gözleme dayalı bilgiler almak ve hastanın gerekli bakımını yine de yüzeysel kalarak üstlenmesini istemek yeterli görülmüştür.

Günümüzün gittikçe artan toplumsal örgütlenmeli yaşam biçiminde, artık hastalıkların doğuş ve gidiş mekanizmalarını anlayıp, bu hastalıkları önleme veya tedavide kişinin en darından en genişine kadar sosyal ortamının gözden geçirilip ele alınması gerekmektedir. Bu görüş açısından, hastanın en yakın çevresi, dolayısıyla en dar ortamı olan ailesi içindeki kişilerle ilişki ve

etkileşimin de tanınıp düzeltilmesi tedavide başarının başlıca koşullarından biridir. Bugün aile tedavisi ruh sağlığında gerek iyileştirici, gerekse koruyucu hekimlik bakımından önemli bir yer tutmakta, dikkatleri üzerine çekmektedir (26, 33, 60, 67).

İnsanların birbirleriyle en yakın ve yakın olduğu kadar da karmaşık ruhsal ilişki ve etkileşim içinde buldukları bir ortam olması nedeniyle aile, bugün artık sadece toplum bilimlerinde değil, ruhbiliminde de giderek büyüyen bir önem kazanmıştır.

Bütün Major Psikiyatrik bozukluklar aileler içinde toplanırlar. Bu bir araya gelmede, bir çok hastalık için, hem genetik hem de çevresel faktörler önemli rol oynamaktadır. Günümüzde gerek bu genetik faktörlerin, gerekse çevresel faktörlerin belirlenmesini amaçlayan birçok çalışma yapılmıştır (36).

Anna Karenina'da Tolstoy "Mutlu ailelerin hepsi birbirine benzer" der. Aile Psikiyatrisi bakış açısına göre bunun tam tersi geçerlidir. Mutlu ailelerin hepsi birbirinden farklıdır. Yaşamın başkaldırılarına karşı herbiri kendi tek ve devamlı olarak değişebilen yolunu bulur. Gerçekte birbirine benzeyenler mutsuz ailelerdir (16).

Mutsuz aileleri, mutlu ailelerin yaratıcı bir şekilde başedebildikleri güçlükler karşısında sınırlı seçeneklerle katı ve sıkışmış hale getiren ortak bazı özellikler vardır. Rigid aile organizasyonu ile karakterize bu mutsuz aileler, daha büyük stresler yaşarlar ve bunlarla başetmede daha az kaynaklara sahiptirler (16).

Ruh sağlığını güvence altına alan en önemli etken sıcak bir aile ortamında yaşanan çocukluk yıllarıdır. Doğuştan olan bazı bozukluklar dışında, ruh sağlığı ya da sağlıksızlığını belirleyen etkenler aile içinde aranmalıdır. Ana ve babanın kendi sorunları, tartışmaları, çatışmaları çocuklara da derece derece yansır (75).

Birçok çalışma, evlilik çatışmaları, parental işlev bozuklukları, yüksek

düzeydeki kronik stres, aile içi iletişim zorlukları gibi ailesel faktörlerle çocuktaki hastalık arasındaki belirgin ilişkiyi vurgulamıştır. Bu açıdan boşanma, tek ebeveynli aile, ölüm, evlat edinilme, ebeveyn psikopatolojisi gibi durumlar ve çocuklar üzerindeki etkileri üzerine birçok araştırma yapılmıştır (5).

Günümüzde boşanma epidemisi azalmaksızın devam etmektedir ve İngilizce konuşan Batı ülkelerinde toplam çocuk popülasyonunun üçte birinin anne baba ayrılığını tattığı tahmin edilmektedir. Bu nedenle boşanma en sık araştırılan aile olayı haline gelmiştir. Bu çocuklarda davranış sorunları, depresyon, geri çekilme, somatik komplikasyonlar ve agresyona daha sık rastlanmaktadır. Düşük self-kavramı ve az sayıda sosyal desteği olan çocuklarda sorun oluşturan davranışlar daha sıktır (5).

Genellikle ayrılık veya boşanmanın sonucu olarak ortaya çıkan tek ebeveynli ailede yaşama durumu da ilgi çeken bir konudur. Moilanen & Rantakallio'(1988)nun yaptıkları çalışmada bu tür ailelerin çocuklarında özellikle Enuresis Nocturna olmak üzere psikiyatrik bozukluk oranı yüksek bulunmuştur. Gene Blum'un gerçekleştirdiği Ontario çocuk sağlığı çalışmasında tek ebeveynli ailede yaşama ile yüksek çocuk psikiyatrik bozukluk oranı ve kötü okul performansı birlikte bulunmuştur. Bu ailelerin aynı zamanda ağır ekonomik ve sosyal zorlukları olduğu da gösterilmiştir (5).

Ebeveynin erken ölümü ve bunun uzun süreli etkileri üzerine sorular uzun yıllardır bilinmektedir. Finkelstein değişik tanı gruplarını alarak literatürü gözden geçirmiş, annenin erken ölümü ile en sık birliktelik erişkin çağı depresyonunda bulunmuştur. Bowlby, Brown ve Harris çocukluktaki ebeveyn kaybının erişkinlikte depresyona yol açtığını iddia etmişler, bunun direkt olarak depresyona neden olma biçiminde değil, ancak daha sonraki strese dayanıksızlık şeklinde olduğunu belirtmişlerdir. Bu vulnerabilitenin temeli, düşük özgüven, kendine yetmede yoksunluk, çaresizlik hissi ya da kendisine

yönelik kötü olayları kontrol edememe ile ilgili kognitif sette yatmaktadır. Ancak daha sonraki çalışmalarda erken ebeveyn ölümü ile erişkinlikteki depresyon arasındaki bağlantı yetersiz ve zayıf bulunmuştur (62).

Cohen & Brook oniki güncel olarak bilinen risk faktörü ve bunun dört geniş problem alanına etkilerini (davranış sorunları, immatürite, anksiyete, affektif problemler) incelemek amacıyla sekiz yıllık arayla yediyüzyirmibeş aileye ait çocuklarla, iki kez görüşmek suretiyle geniş prospektif longitudinal bir çalışma yapmışlar ve topladıkları verileri incelemişlerdir. Anksiyete herhangi bir risk faktörü ile birlikte görülmemiştir. Geç davranış sorunlarının ortaya çıkışı ile ebeveyn sosyopatisi; ailedeki dengesizlikler, düşük sosyoekonomik durum, kötü fizik koşullar ile de geç immatür davranışın gelişmesi arasında spesifik bağlantılar saptanmıştır (5).

Cohen & Brook'un çalışmasında ebeveyne ait değişkenler, güce dayalı cezalandırma ve aynı zamanda kognitif disiplin, hem davranışsal hem de affektif sorunlarla belirgin olarak ilişkili bulunmuştur. Ek olarak davranış bozuklukları, immatür davranış ve affektif sorunların uzun süreli oluşu aile içindeki irritabilite ile ilişkili görülmüştür.

Last ve arkadaşlarının (1987) çalışmasında da seperasyon anksiyetesi bozukluğu veya overanksiyete bozukluğu olan çocukların annelerinde, kontrol grubuna göre belirgin olarak yüksek oranlarda anksiyete bozukluğu saptanmıştır.

Toplumda psikiyatrik bozukluğu olan tüm çocukların Çocuk Psikiyatrisi kliniklerine getirilmedikleri düşüncesiyle Garralda & Bailey (1988) bir çalışma yapmışlar, çocukları ve aileleri başvurmada nelerin etkilediğini araştırmışlardır. Çocuk psikiyatrisine getirilmiş 7-12 yaş arası çocuklar psikiyatriste başvurmamış, ancak psikiyatrik bozukluğun varlığı bakımından eşlenmiş kontrol grubu ile karşılaştırılmışlardır. Oğlan çocuğu olma ve çocuktaki davranış bozukluğu başvurmada en önemli determinant olarak

saptanmıştır. Başvurma ile birlikte olan aile karakteristikleri annenin mental problemleri, ailede yüksek düzeyde psikososyal stres ve aile dışındaki destek kaynaklarının az oluşu biçiminde vurgulanmıştır. Ek olarak bu anne-babaların dezavantajlı sosyoekonomik gruplardan geldikleri belirtilmiştir (22).

C- EBEVEYN PSİKOPATOLOJİSİ :

1946'da Truedley'in söylediği bugün de geçerlidir. "Bir ailede ruhsal hastalığı olan kişi ile ilgili çok şey söylenmiş, ancak aynı ilgi onunla yaşamak zorunda olan diğer aile bireylerine gösterilmemiştir." Son yarım yüzyıldan beri ebeveyn ruhsal hastalığının çocuktaki bazı psikiyatrik bozukluklara neden olabileceği konusuna bir ilgi söz konusudur (62).

İlk raporlar 1925'te Janet tarafından yayınlanmıştır. Araştırmacı, ebeveynde hastalık olduğu zaman, diğerlerinin çocuğu bu sorunlu ortamdan uzaklaştırmasına yönelik girişimleri üzerine birçok örnek olduğunu göstermiştir. Temel etkilenmenin, diğer aile bireylerinin sosyal yaşamlarında oluşan kargaşa ve psikolojik gerginlikler sebebi ile olduğunu belirtmiştir (62).

Genel popülasyonda yapılan birçok epidemiyolojik araştırmada ebeveyn hastalığı ile çocuktaki ruhsal bozukluk arasındaki bağlantının varlığı gösterilmiştir. Ancak araştırmacılar, birçok olguda ebeveyn hastalığının bulguları ile çocuktaki semptomlar arasında az bir ilgi saptamışlar ve spesifik bir bağlantı ortaya koyamamışlardır.

1961'de Sobel, iki şizofrenik ebeveynin çocuklarına ilişkin çalışmasında ebeveyn davranışına bağlı olduğu sanılan, belirgin depresyon ve irritabilite belirtileri gösterdiklerini saptamıştır (62).

1963'te Sussex & Sussex, Gassman, Raffee evde tedavi gören psikotik anneye sahip ileri yaşta çocuklara ilişkin bir çalışma yapmışlardır.

Annenin rolü hastalık sebebiyle aksadığında, aile kaynaklarının bu rolü sekonder olarak yaratmaya kullanıldığını, ancak bu kaynakların kullanılmadığı durumlarda ve annenin hastalığının görevini yapmasını engellediği durumlarda çocuğun gerçekten olumsuz yönde etkilendiğini gözlemişlerdir (62).

1961'de Cowie ebeveyninden biri mental bozukluğa sahip üçyüzotuz çocuk üzerinde yaptığı araştırmasında, bu çocuklarda nöroz görülme insidansını incelemiş ve kontrol grubuna oranla insidansın yüksek olduğunu gözlemiştir. Ayrıca bu nörotik durumun ebeveyn hastalığının ilk iki yılı içinde kazanıldığını göstermiştir (62).

Ayrıca 1959'da Buck & Laughton, 1965'te Hare ve Shaw, 1963'te Kellner, 1975-76'da Rutter ve diğerleri, 1982'de Richmann ve arkadaşları, 1984'te Beardslee & Cytryn, yine aynı yılda Watt ve diğerleri ebeveyn ruhsal bozukluğunun çocukta yarattığı etkilenmeyi saptamaya yönelik birçok araştırma yapmışlar ve etkilenmenin kaçınılmaz olduğunu, ebeveyn ruhsal hastalığının çocukta doğabilecek ruhsal sorunların sebebi olabileceğini belirtmişlerdir (62).

1989'da Gordon, Burge, Hammen, Adrian, Jaenicke ve Hiroto'nun çalışmalarında deprese kadınlarla çocuklarının ilişkisi gözlenmiştir. Çalışmanın sonunda unipolar depresyonu olan annelerin, çocuklarına göreceli olarak daha negatif, daha az probleme odaklanmış davranış gösterdikleri, psikiyatrik öyküden çok şimdiki mizaç durumu ve kronik stresin iletişim modeline katkıda bulunduğu saptanmıştır (25).

1985'te Hirsch, Maos & Resichl deprese, artritlik ve normal olan anne-babaların, ergen çocuklarında psikososyal uyumu araştırmıştır. Normal grubun tersine artritlik anne-babanın çocuklarında daha düşük özgüven; deprese anne-babanın çocuklarında da daha düşük özgüven ve daha fazla semptomatoloji saptanmıştır. Bu iki risk grubu arasında ruh sağlığı ve aile-okul uyumu açısından fark bulunmamıştır. Yalnızca artritlik ve deprese grupta, tüm

negatif ve pozitif yaşam olaylarının semptomatolojide çok etkili olduğu saptanmıştır. Her üç grupta da yapılan grup analizlerinde, olumlu aile-sosyal havasının, iyi uyum şeklinde etkili olduğu gözlenmiştir. Ayrıca tatminkar okul başarılarının da olumlu etkisi olmuştur. Tüm çalışmanın sonunda, esas risk faktörünün anne-baba yetersizliği ve distresin varlığı olduğu vurgulanmıştır. Özgün anne-baba tanı kategorisinin önemli olmadığı, ana-babalık işlevinin düzeyinin, spesifik hastalığın varlığından daha önemli olduğu gösterilmiştir. Parental hastalığın varlığı, aile hayatının kalitesi, değişik yaşam olaylarının bulunması ve okul durumu, hepsi birlikte bazen de karışık olarak adolesan ruh sağlığı ile ilgili bulunmuştur (32).

1987'de Weissmann ve arkadaşlarının deprese ve normal ebeveynlerin çocukları üzerinde yaptıkları bir araştırmada, deprese ebeveynin çocuklarında Major Depresyon, Madde Kullanımı ve özellikle anksiyete bozuklukları, distimi ve kondukt bozuklukları olmak üzere diğer psikiyatrik tanıları almaları bakımından artan risk saptanmıştır. Bu çocuklarda aynı zamanda daha fazla okul problemleri ve ciddi suisid girişimleri nedeniyle hospitalizasyonu da içine alan psikiyatrik sağaltım görme oranı da mevcuttur. Sağlık sorunlarında da, artma görülmüştür. Bu bulgular ışığında parental depresyonun çocuklardaki depresyon riskini arttırıcı bir faktör olduğu sonucuna varılmıştır (71).

Son beş yılda ebeveyn hastalığının kronisitesi ile şiddetinin çocuklar üzerindeki etkileri araştırılmıştır. Keller ve arkadaşlarının (1986) çalışmalarında, ağır ve kronik deprese olan ebeveynin çocuklarında psikopatolojinin ve kötü uyum işlevinin artmış olduğu saptanmıştır. Diğer çalışmaların sonuçları da bu klinik hipotezi desteklemiştir (35).

Anne-babadaki mental bozukluğun göstergesi olarak aile ortamının olası modelleri şöyledir. Burada beş özellik üzerinde durulmaktadır:

1. Evlilik Uyumsuzluğu: Ebeveyn hastalığı ile evlilik uyumsuzluğu sıklıkla birlikte (Birtchnell & Kennard 1983 a.b; Quinton ve Rutter 1984 b).

Bu, çocuk büyütmede artmış çatışmalar ve karar vermedeki geniş ayrılmalar, azalmış ilgi ve otorite, karar vermede değişken kalıplar ile ilgilidir. (Kreitman ve ark 1971, Hinchcliffe 1975).

2. Bir anne ya da babada mental bozukluğun oluşu dolaylı olarak diğerindeki bozulma riskini arttırır. (Kreitman 1964, Buck ve Weadd 1965, Harre & Shaw 1965, Kreitman et al. 1970, Ovenstone 1973, Hagnell ve Kreitman 1974, Quinton & Rutter 1984). Bir dönemde bu bulgu asortatif eşleşmenin belirtisi olarak alınmıştır. Bu, açıklamanın bir parçası olabilir. Fakat eş için artan risk teorisi, hasta kocaların eşlerinde, hasta kadınların eşlerinden daha fazladır ve hasta eşin nörotik semptomatolojideki bulgusu evliliğin süresi arttıkça artar. Bu da bulaşma etkisini düşündürmektedir. Bu emosyonel bozukluğun yayılması, evlilik iletişiminin uyumsuz özelliklerini de yansıtmaktadır. Mental hastalık ile ağırlaşmış aile sorunları hasta çiftlerin sosyal izolasyon eğilimi ile yoğunlaşır (Nelson ve ark. 1970).

3. Bazı anne-baba semptomları, bir şekilde çocuğu direkt etkiler veya çocuğu içine alır (Rutter 1966, Quinton & Rutter 1984).

4. Anne-babanın hastalığı çocuğun bir bakım evine ya da evdışı bir yere gönderilmesine neden olacak kadar şiddetli aile parçalanmalarına neden olabilir (Rice et al. 1975).

5. Mental bozukluk anne-baba işlevlerini engelleyebilir (Kodnick ve Goldstein 1974, Weissman & Paykel 1974). Cox ve arkadaşları rekürren ve kronik depresif bozukluğu olan annelerin, çocukları için yetersiz sorumluluk taşımaya eğilimli olduklarını, olumlu ilişkileri daha zor kurduklarını, çocuklarının yaşantılarını kişisel bağlamda değerlendirmeye daha az yetebildiklerini ve çocuklarını kontrol etmek için daha çok başarısız girişimlerle uğraştıklarını bulmuşlardır (62).

Çocuklar için bir risk faktörü olarak aile uyumsuzluğunun önemi, hasta olmayan örneklerdeki birçok çalışmada da gösterilmiştir (Rutter 1981, Emery

1982). Bu, mental bozukluğu olan anne-babaların ailelerindeki ortamları açıklamada anahtar olarak tanımlanmıştır (Emery ve ark. 1982, Pount 1984, Quinton & Rutter 1984). Çok değişkenli analizler uyumsuzluğun parental depresyon ya da kişilik bozukluğu ile, çocuktaki davranış bozukluğu arasındaki ilişkide ana faktör olduğunu göstermiştir (Emery ve ark 1982, Quinton & Rutter 1984). Gerçi bu durum şizofrenik anne-babaların çocuklarındaki artmış bozukluk oranı için geçerli sayılmaz. Aynı zamanda herhangi bir mental bozukluğu olan anne-babanın çocuklarındaki artmış emosyonel bozukluk oranını da açıklamaz (62).

Richman ve arkadaşları (1982) epidemiyolojik çalışmalarındaki genel popülasyonda, üç yaşındaki çocuklarda psikiyatrik bozuklukların maternal depresyondan daha çok, aile uyumsuzluğu ve bozuk anne-baba-çocuk ilişkisi ile bağlantılı olduğunu bulmuşlar ve bunların önümüzdeki beş yıl içinde, yeni bozuklukların gelişmesinde anlamlı öngörücüler olduğunu iddia etmişlerdir. Anne depresyonunun ve evlilik uyumsuzluğunun yaygınlığı ile çocuktaki bozukluğun yaygınlığı ilişkisiz bulunmuş, fakat kötü anne-çocuk ilişkisinin sürekliliği ile bağlantılı bulunmuştur (59).

Tek ebeveyn yerine hem anne hem de babada mental bozukluğun oluşu, çocuklar için artmış psikiyatrik hastalık riski ile ilişkilidir (Quinton, Rutter 1984). Gerçi bu durum aynı zamanda daha büyük aile uyumsuzluğuyla da ilişkili olduğundan bu tür aile sorunlarından bağımsız olarak riskin ne kadar arttığını saptamak güçtür (62).

Hasta anne-baba tarafından gösterilen psikiyatrik semptomlar, çocuklar için olan risk bakımından daha az önemlidir. Gerçi çocuğu direkt olarak içine alan veya yaşamını bazan semptomlar, çocuktaki bozuklukla daha çok ilgilidir. Özellikle de agresyon, hostilite, belirgin irritabilite görüldüğünde risk yükselir.

Hasta anne-babaların çocukları çok küçük bir oranda bakım evlerine

verilirler, ama enstitü bakımı alan çocuklarda risk daha yüksektir (Wolkin & Rutter 1973, Ray 1983, Quinton & Rutter 1984). Evden uzaklaştırma belli bir oranda daha büyük aile sorunları olduğunu göstermektedir, ama uzun süreli ve tekrarlayıcı enstitü bakımı da psikiyatrik riski arttırmaktadır (62).

Büyük oranda anne-babadaki mental hastalık ve çocuktaki bozukluk arasında tanısal bağlantı saptanamamıştır. Gerçi anne-babadaki kişilik bozukluğunun, erkek çocuktaki davranış bozukluğu ile bir ilişkisi olduğu düşünülmektedir (Stewart ve ark 1980, quinton & Rutter 1984). Parental depresyonla çocuğun depresyonu, ve daha az olarak ta nörotik bozukluk ile çocuktaki emosyonel bozukluğun ilişkili olduğu düşünülmektedir. Parental mental bozukluğun kognitif yetersizliğe neden olup olmadığı belirsizdir (Mills & Puckering 1984). İkinci yaşta bazı farklılıklar bulunmuştur. Richman ve arkadaşları da 1982'de sekizinci yaşta belirgin özgün okuma geriliği riskinde artış bulmuştur. Rutter & Quinton 1966, Rutter 1984'de hasta anne-baba ile aynı cinsiyetten olan çocukta riskin biraz daha arttığını bulmuş, ama bu durum genel etkilenmeden tam olarak ayrıştırılamamıştır. Bir ya da iki ebeveyn ile iyi bir ilişkinin varlığı koruyucu faktördür. Gerçi birçok etkileyici faktörden sadece bir tanesi olduğu düşünülmektedir (59, 62).

Özet olarak ebeveyn mental bozukluğunun çocuk için önemli bir risk faktörü olduğu açıktır. Gerçi risk tam açıklıkla gösterilememiş, delillendirilememiştir. Her iki ebeveyn de hasta olduğunda riskin en büyük olduğu düşünülmektedir. Ayrıca belirgin aile uyumsuzluğu, parçalanma olduğunda, anne-babalık belirgin bozulduğunda, parental semptomlar çocuğu direkt olarak içerdiğinde veya ona yöneldiğinde risk en fazladır. En az risk ise bu faktörler olmadığında ve çocuğun anne ya da babasından en az birisiyle iyi ilişkisi olduğunda gözlenmiştir.

D- MİZAÇ BOZUKLUKLARINDA AİLE ÇEVRESİ

Dinicola (1989), "bir üyesinde mizaç bozukluğu olan aileye bakmak Edward Hopper'ın resimlerindeki kişilere bakmaya benzer: Hayat belirtileri vardır, ama insanlar etkileşmezler" biçiminde tanımlıyor, mizaç bozukluklarında aile çevresini sıklıkla bu ailelerde aile yaşamında paylaşılan tecrübeler, acı da dahil olmak üzere derin duygular gibi tüm elemanlar mevcut olduğu halde, fertler birbirlerine ulaşamazlar. Bunlar Hopper'ın tablolarında ayrı yaşayan insanlar gibi ayrılmışlardır. Unipolar depresyonda dominant aile mizacı disfori iken, bipolar bozukluğu olan ailelerde genellikle dominant mizaç yoktur. Bunlarda emosyonlar için bir merkez ya da dayanak noktasının yokluğu, zaman içinde koruyucu bir cevap olarak emosyonel ayrılmaya neden olur (16).

Mizaç bozuklukları ile birlikte olan aile çevresi konusundaki bulgular nelerdir? Unipolar depresyon ile bipolar bozukluk arasında fark var mıdır? Ailenin işlevselliği mizacı etkiler mi? Bu alanda Keitner ve arkadaşları yapılmış ampirik çalışmalarla ilgili bir gözden geçirme yazısı yayınlamışlar. Bu yazı şunları içermektedir (34):

1. Bozulmuş iletişim, bozulmuş parental, seksüel ve sosyal fonksiyonları içeren belirgin aile disfonksiyonları mizaç bozukluklarının akut epizodlarına eşlik eder.

2. Bipolar üyesi olan aileler, unipolar üyesi olan ailelere göre değişik aile problemleri ve değişik başatme mekanizmalarına sahiptirler, gene de özellikle depresif epizodlar sırasında geniş bir üst üste gelme (benzerlik) söz konusudur.

3. Bazı olgularda, mizaç epizodu geçtiğinde veya tedavi edildiğinde, bozukluklar aile fonksiyonları ile çare bulmaya eğilimlidir.

4. Relaps aile fonksiyonlarından etkilenebilir.

5. Bu bulguların genelleştirilebilmesi metodolojik sorunlar nedeni ile ve özellikle de tüm aile yerine çiftlerle görüşülmüş olması nedeniyle zordur.

6. Mizaç epizodları sırasında terapötik aile müdahaleleri kesinlikle endikedir (34).

Cytryn ve arkadaşları mizaç bozukluklu ebeveynlerin çocuklarını gelişimsel açıdan ele almışlar, bebeklik ve bunu izleyen iki yılda, çocukların annelerine bozuk bir bağlılık gösterdiklerini ve emosyonlarını ayaralayamadıklarını saptamışlardır. Çalışmaların sonuçlarını şöyle sıralayabiliriz:

1. Bipolar bozukluğu olan ailelerde, ebeveynin dezorganizasyon, gerginlik, ve mutsuzluğu biçiminde ciddi patolojiler mevcuttur. Bu patoloji, ebeveynin etkinliğindeki görece azlık, çocuklarına karşı daha fazla olumsuz affekt gibi nedenlerle ikiye katlanır.

2. Bu patolojilerin çocuklarda erken gelişim evrelerinde olumsuz etkileri vardır (15).

Bu çevre içinde yetişen çocuklardaki bozuklukları sadece genetik bazda açıklamak mümkün değildir. Bu konunun daha iyi aydınlatılabilmesi için izleme çalışmalarına ve mizaç bozukluklarında çocuklarda saptanan patolojinin erişkinlikte sürmesi ile ilgili araştırmalara gereksinim vardır. Deprese adolesanlarla yapılan izleme çalışmalarında, çoğu hastalarda depresif epizodun düzeldiği, ancak sosyal fonksiyonlardaki göze çarpan defisitlerin korunduğu ve bunun gelecekteki epizodlar için tetikleyici olduğu saptanmıştır (16).

Rutter risk altındaki değişik fonksiyonları şöyle tanımlar: Akla uygun, mantıklı bağların ve ilişkilerin varlığı ve özgüven (16).

Stierlin ve arkadaşları (1986) Major Affektif Bozukluğu olan aileleri, şizofrenik ve psikosomatiklerden ayıran bazı karakteristik özellikler bulmuşlar. Şu boyutlarda bu 3 grup ailede farklılıklar bulunmuş:

1. Konstrüksiyon/ilişki gerçeğini görüşme
2. İlişkinin tanımı/açıklık ve ahenk (uyum)
3. Değer sitemleri/ailesel ideolojiler

4. Koalisyonlar

Örneğin şizo-aileler koalisyonlarda sık değişiklikler gösterirler. Psikosomatik ailelerde ise koalisyonlar rijid olarak sürdürülür. Manik-depresif ailelerde yan tutma için büyük baskı vardır. Stierlin ve arkadaşları manik-depresif ailelerin sessizce dışlama kategorilerinde yer alma eğilimi olduğunu söylemişlerdir (örn: iyi veya kötü). Birinin kesin belli emosyonları olması gerekliliğine inanırlar, ve istenmeyen ve istenen emosyonlar arasında katı belirlemeler yapma eğilimindedirler. Araştırmacılar bu karakteristiklerin manik-depresiflerin özelliklerini anlamaya yardımcı olacağını öne sürmüşlerdir (26).

Aile etkileşim kalıpları:

Fromm-Reichmann, yoğun psikoterapi ile tedavi edilmiş Bipolar Bozukluğu olan oniki erişkin hastanın psikolojik aile ve sosyal öyküleri üzerine çalışmışlardır. Bu ailelerin portreleri, yükselmeye yönelik çaba gösteren, komşularından sosyal olarak izole aileler biçiminde gösterilmiştir. Bir ebeveyn (genellikle anne) buyurgan fakat soğuk ve duygusuz iken diğzerinin (genellikle baba) daha anlayışlı ancak etkisiz olduğunu gözlemişlerdir. Bir çocuk olarak hastanın rolünün davranış bakımından yüksek standartlara ulaşmak ve başarı yolu ile aileyi muteber hale getirmek olduğu fark edilmiştir. Disiplinin tutarsız ve aykırı olduğu ve çocuğun kendi kendine değer verebilmesi için çok az şansı olduğu saptanmıştır (Chestnut Lodge Study) (16).

Gibson ve arkadaşlarının (%59) değerlendirme çalışmalarının sonuçları Chestnut Lodge çalışmasının sonuçlarını doğrulamıştır. Wolpert (1980) Bipolar Bozuklukta sosyal ve kişilerarası faktörleri gözden geçirerek şu sonuca varmıştır. Ayrı yöntemlerle yapılmalarına rağmen bu çalışmaların birbirleri ile tutarlı sonuçlar vermesi Bipolar Bozukluğu anlamada sosyal faktörlerin hesaba katılmasının gerekliliği sonucunu doğurmaktadır (16).

Stierlin grubu (1988)Almanya'da mizaç bozuklukları ile ilgili uzun

sürekli bir çalışma yapmışlardır. Genç erişkin bipolar bozukluğu olan yirmiiki aileyi incelemişler ve tüm ailelerde aşırı derecede rijid ve aşırı bağlı sistemler bulmuşlardır. Bir kısmında kısıtlayıcı ebeveyn tamamlayıcılığı ve karşılıklı yetki alışverişi/resiprokal delegasyon saptanmıştır. Böyle aileler iki ebeveynden oluşmakla birlikte iyi geçinemeyen fakat basitçe birbirinden ayrı yaşayamayan karı-kocalarından oluşurlar. Sonuçta karşılıklı olarak bireysel ihtiyaç ve gelişmelere izin vermeyen kısıtlayıcı tamamlayıcılık oluşur. Sonuçta ilişkiler sistemi rijid hale gelir ve her iki partner ekstrem pozisyonlarla uğraşırlar. Böylesi ebeveyn kutuplaşması itaat eden ve itaat etmeyen biçiminde basitleştirilebilir (16).

Stierlin grubu böyle ailelerde çocukların ebeveynlerinin kısıtlayıcı tamamlayıcılığına gereksinim duyduklarını ve buna alışık olduklarını, kısaca ebeveynlerine ihtiyaç duyduklarını öne sürerler. Herşey cömertlik, büyüme ve tüm bu olaylara ailenin dışından sağlıklı biçimde bakmaya engel olan bir değiş tokuş, alış veriş şeklindedir (16).

E- MIZAÇ BOZUKLUKLARINDA ÇOCUĞUN DAVRANIŞINDA BOZULMA:

Vincent Dinicola'ya göre:

Mizaç Bozukluklu ailelerde çocuk birçok faktör nedeniyle risk altındadır (16). Çocuk açısından olaylar, koagülasyonda olduğu gibi bir kademeji diziyi izler. Bu dizi çocuğun hasta ebeveyn ile karşılaşmasıyla başlar, bunun aile üyeleri ve ilişkileri ile ilgili sonuçlarıyla devam eder ve çocuğun kendi başaçıkma stili ile son bulur ki bu hasta ebeveyne karşı çocuğun tutumunu biçimlendirecektir. Basitçe bu modelde, dizi zengin kişilerarası ilişkileri ve faktör ve olayların geri bildirimlerini yakalayamaz.

Risk faktörleri dizisi:

1. Ebeveyn psikopatolojisi ile direkt karşılaşma.

2. Ebeveyn hastalığının, ebeveyn yokluğu veya yetersizliği biçimindeki sonuçları.

3. Zayıf ebeveynlik ve erişkin rol modeline neden olan ebeveynler arası bozulmuş ilişki kalıpları.

4. Eşin hastalığına karşı tepki ve bozulmuş evlilik ilişkileri nedeniyle iyi durumdaki ebeveynin psikolojik olarak kaybı ve bunun sonucunda çocuklarda oluşan kendilerini hiç kimsenin koruyamayacağı düşüncesi.

5. Bireysel karakteristiklerine ve ebeveyn hastalığının içinde bulunuş oranlarına bağlı olarak kardeş ilişkilerinde değişiklik.

6. Tutarsız ve düzensiz disipline yol açan zayıf ebeveynlik işlevselliği.

7. Çocuğun gereksinimlerine cevap vermeyen bir anstrüktüre (kaotik) veya aşırı strüktüre (rijid) çevre ile yoğun karşılaşma.

8. Çocuğun kendi koruyucu veya adaptif faktörlerinin tetiklerinin çekilmesi ve bunun olası kötü uyumlu sonuçları. Örneğin: Hasta ebeveyninden ayrılma, iyi olan ebeveyne kızgınlık ve zamanından önce evi terk etme gibi.

Gözlenen klinik etkilerin olası nedenleri, dikkatli bir araştırma ile kademeli dizgi modeline göre geriye dönerek izlenebilir. Örneğin nörotik depresiflerle yapılmış bir retrospektif çalışmada, hastaların ebeveynlerinin özelliklerini değerlendirmeleri istenmiştir. Hastalar anne-babalarının yetersiz bakımı ve fazla koruyuculuklarını belirtmişler ve bunu "sevgisiz kontrol" olarak tanımlamışlardır.

Bu karışık olaylar içinde çocuklar için iki tane tanıdık kalıp ortaya çıkar:

1. Aile sistemlerinin emosyonel koruyucusu ve düzenleyicisi olan çocuk:

Bu rol semptomatik çocuk tarafından alınabilir veya alınmayabilir. Fakat koruyucu olarak hareket eden çocuk risk altındadır. Model, ailenin dengesini sağlayabilmek için çatışmalı ebeveyn mesajlarını absorbe etmeye

çalışan, ebeveynleşmiş veya hipermatür çocuktur. Çocuk eve sıkışmıştır ve sadece sınırlı bir affektif ve davranışsal repertuar geliştirebilir. Risk ie dönmüş bir hastalıktır (Yeme bozuklukları, psikosomatik hastalıklar gibi). Nasıl bir çevre böyle bir çocuğu üretir? Byng Hall bazı ailelerin separasyon ve gizlilikten korktukları için, kişilerarası mesafeyi düzenlemede çatışmaya girdiklerini gözlemiştir. Burada çocuk eğer ebeveyn birbirinden uzaklaştıysa onları bir araya getirmeye, eğer çok yakınlarsa ayırma görevini üstlenir. Çocuğun ambivalansı onu bu role predispoze hale getirir ve böylece çiftlerin homeostatı haline gelir ve böyle bir bireyde semptomların ortaya çıkması olasıdır.

2. Aile sisteminden çekilen çocuk:

Bu, çocuk bipolar ailenin emosyonel yuvarlanışını veya depresif ailenin affektif körelmesini tolere edemediği zaman ortaya çıkar. Model asi çocuktur. Bu aile sisteminin dengesi yoktur ve çocuk früstrasyonla veya diğer temel etkilerle başaçıkmada ve sınırlamada kişisel duyu geliştiremez. Aileden kaçma girişimleri ailenin ekstrem özelliklerini tekrarlamakla son bulur. Dışa dönük hastalıklar çıkması riski vardır (Eviden kaçma, suçluluk gibi).

Bu kalıplar klinik gözlemlerle genelleştirilmiştir. Risk altındaki çocukları tanımaya yarayan değerlerdir. Her iki kalıp ta ebeveyn çiftindeki emosyonel dengenin eksikliğini vurgular. Böyle aile çevrelerindeki temel ürün emosyonel dengesizliktir.

Gelişimsel perspektif:

Psikiyatrik sorunlar çocuklarda tüm yaş gruplarında ortaya çıkabilir. Değişik çalışmalar, değişik yaş ve gelişimsel evrelerde, değişik psikopatolojik manifestasyonların görülmesi ile ilgili gözlemlere izin verir niteliktedir. Erken bebeklik ve adolesans vulnerabilitenin fazla olduğu evreler olarak bilinir. Adolesans Major Depresyon ve diğer bozuklukların gelişimi bakımından yüksek risk periodudur. Bebeklik ya da doğumdan sonraki

ilk üç yaş, özellikle hasta ebeveyn anne ise parental affektif bozukluklarına karşı özellikle duyarlı olunan bir dönemdir. Tabii ki evlilik ve sosyo-ekonomik durumu ile ilgili değişkenler, ebeveyn ve çocuk karakteristikleri, ailedeki akut ya da kronik stresin düzeyi, çocuğun patoloji karşısındaki vulnerabilitesini etkiler (9, 62).

Bebeklik (Infancy):

Sameroff ve arkadaşları (1975) depresyonu olan annelerin, bebeklerinin doğumu sırasında, perinatal komplikasyon oranlarında yükseklik ve perinatal stres ölçümlerinde yüksek skorlar saptamışlardır. Gerçi diğer major mental bozukluğu olan annelerde de kontrol gruplarına göre yüksek oranlarda zorluklar belirtilmiştir. Araştırmacılar bebeklerdeki gidişi ve sonucu, diagnostik kategorinin değil nonspesifik maternal prenatal anksiyetenin etkilediğini bulmuşlardır. Erken çocuklukta hasta annelerin çocuklarında kognitif ve emosyonel ertelemeler yaygındır (46). Grunebaum ve arkadaşları mental hastalığı olan annelerin çocuklarında kognitif yetersizlikler de saptamışlardır, bu çalışma psikotik depresyonlu bir grup anneyi de içermektedir. Weissman ve arkadaşları bebeklik ve erken çocuklukta zalimce davranışlar, separasyona dayanıksızlık ve ego sınırları ile ilgili zorlukların sıklığına sonucuna varmışlardır (9).

Okul çağı (6-12 yaş):

Bu yaş çocukları ile yaptıkları çalışmalarda Weissman ve arkadaşları (1972), dikkat çekmek için kardeş ve yaşıtlarla aşırı rekabet, depresyon ve izolasyon duyguları, hiperaktivite, okul sorunları ve Enuresis Nocturna gibi sorunların daha yüksek oranlarda olduğunu saptamışlardır. Rolf & Garmezzy (1972, 1974), öğretmenlerinin değerlendirme sonuçlarına göre, çalışmaya alınan deprese annelerin çocuklarının, şizofrenik anne çocuklarına göre, kontrol popülasyonlarına daha çok benzerlik gösterdiklerini gözlemlemişlerdir. Stony Brook çalışmasında öğretmen değerlendirmelerine göre, şizofrenik ve deprese

annelerin çocuklarını, kontrol grubuna göre aşağıdaki kavramlar bakımından farklı bulmuşlardır. Bu kavramlar şunlardır: Sınıf içinde bozuk davranış, sabırsızlık, saygısızlık-meydan okuma, dikkatsizlik-geri çekilme. Hasta ebeveynlerin çocukları daha az yaratıcı, öğretmenlerle yakınlığı daha az başlatıcı veya buna daha az gereksinim duyan, anlayış-idrak bakımından daha düşük düzeyler gösteren çocuklardır. Bunun karşıtı olarak, Rochester'daki araştırmacılar psikotik affektif bozukluğu olan ebeveynlerin çocuklarında, sınıf arkadaşları ile karşılaştırıldığında kognitif yeterlilik bakımından yüksek oranlar, manik depresif hastaları da içeren nonpsikotik hospitalize hastaların çocuklarında ise sosyal yetenek ve sosyal eğilimler bakımından düşük oranlar göstermişlerdir. Bu çocukların okuldaki davranışlarında beklenen normlara uymadıkları gözlenmiştir (9).

Rolf & Garnezy dört risk grubu çocuk arasında çalışmaya alınan deprese annelerin çocuklarında yaşıt ilişkilerinin kontrol grubuna en çok benzerlik gösterdiğini vurgulamışlardır. Bu annelerin kız çocukları annelerinde mevcut olan içe yönelim semptomlarını daha çok gösterme eğilimindedirler, erkek çocukları ise böyle değildir (9).

Stony Brook grubundan olan Weintraub ve arkadaşları şizofrenik ve deprese ebeveynlerin çocuklarının, agresyon ve mutsuzluk-geri çekilme boyutları bakımından kontrol grubundan farklılık gösterdiklerini söylemişlerdir (70). Bunun tersi olarak Rochester grubu psikotik affektif bozukluğu olan ebeveynlerin çocuklarını normal kontrol grupları ile karşılaştırmış ve hastaların çocuklarında, yaşıtları ile aşağı yukarı eşit skorlar elde etmiştir (9).

Rolf'un okul kayıtlarını inceleme çalışmasında, tüm risk gruplarının, tüm alanlarda belirgin düşük performans gösterdikleri saptanmıştır.

Adolesans:

Araştırmaların sonuçları major depresyon ve diğer bozuklukların başlaması bakımından adolesans döneminin yüksek risk grubu olduğunu göstermektedir. Weissman'ın (1988) yaptığı geniş çalışmanın sonuçlarına göre:

1. Hem kız çocuklar hem de oğlan çocuklar için 10 yaşından önce major depresyon başlaması, sadece birkaç vakada gösterilmiştir.

2. 10 yaşından sonra, sadece kız çocuklarda 16-20 yaşlarında pik yapan, major depresyon başlangıcında artış saptanmıştır.

3. Normal ebeveynlerin çocuklarında dahi, hem kızlarda hem de oğlanlarda, major depresyonun başlangıç yaşı 15 yaşın üzerindedir (ortalama 16,8). Deprese ebeveynlerin oğlan ve kız çocuklarında ise başlangıç yaşı yaklaşık 12'dir (72).

Weissman genetik ve psikososyal değişikliklerle birlikte gelen biyolojik pubertenin, adolesansta artan major depresyon riskinden sorumlu olabileceğini düşünmektedir. Normal gelişimsel süreçte, ebeveyn den ayrılma ve kimlik çatışmalarının çözümü gibi, adolesansta zaten var olan güçlükler; genetik olarak vulnerabl olan gençte ebeveynin hastalığına katılmanın verdiği suçluluk ve korkuyla, ona benzeme, onun gibi olma anksiyetesi de eklenerek, iyice komplike olur. Burada en vulnerabl genç, ebeveyn ile aşırı derecede içiçe girmiş ve aile dışındaki ilişki ve ilgileri geliştirmesi engellenmiş olan gençtir (42).

Weissman & Siegel (1972) adolesanlarla yaptıkları çalışmalarda, affektif bozukluğu olan ebeveynlerin çocuklarında, küstah davranış, isyan ve geriçekilmeyi en sık rastlanan semptomlar olarak bulmuşlardır. Ergenlerin sorunları en fazla ebeveynlerle çatışma ve anlaşmazlıkta merkezlenmektedir (9).

Garmezy & Devine, Rolf & Marcus tarafından yapılmış olan çalışmaları gözden geçirmişler; sonuçlar, birikmiş okul kayıtları ve okul personeli ile

kısa görüşmeler aracılığı ile elde edilmiştir. Ortaokulda, deprese annelerin çocukları belirgin olarak fazla bozulma göstermişler, okuldan ayrılma deprese annelerin çocuklarında %22, normal kontrol grubunda ise sadece %10 oranında bulunmuştur. Normal kontrolde olumlu sonuç oranları %69 iken, bu çocuklarda sadece %43 imiş (9).

F- MİZAÇ BOZUKLUKLARINDA ÇOCUKTAKİ BOZULMAYI ARTTIRAN VEYA AZALTAN FAKTÖRLER:

Ebeveyne ilişkin faktörler ve aile faktörleri:

Birçok araştırmacı ebeveyn hastalığının tipinin çocuktaki işlevsellik üzerine etkisini incelemiştir. Kashani bipolar ve unipolar bozukluğu olan ailelerin çocuklarını karşılaştırmış (1985); bu iki grup arasında belirgin farklılık bulamamıştır (42). Hammen unipolar, bipolar, medikal hastalığı olan ve normal grubun çocuklarını karşılaştırmış. İki affektif bozukluk grubundaki çocuklarda yüksek tanı alma oranları bulmuştur (unipolar grupta %74; bipolar grupta %92) (28, 42).

Ebeveyn hastalığının şiddeti ve kronisitesinin çocuk üzerindeki etkileri son yıllarda çok araştırılmıştır. Keller ve arkadaşları (1986) ebeveyndeki şiddetli ve kronik depresyonun, çocukta artan psikopatoloji ve uyum sorunları ile birlikte olduğunu bulmuşlardır. Diğer çalışmalarda da bu bulguyu destekler nitelikte sonuçlar belirtilmiştir (35, 42).

Anneye ait depresyon, nörotik semptomlar, evlilik uyumsuzlukları gibi değişkenlerin çocuktaki davranışı etkilediği yapılan birçok incelemede bildirilmiştir (Fergusson, Harwood & Shannon 1984, Richman, Stevenson & Graham 1982, Graham & Stevenson 1985, Oltmans, Broderick & O'Leary 1977). Goldberg & Easterbrokes (1984) 20 aylık çocuklara annelerinin tepkilerinin evlilik uyumları ile ilişkili olduğunu göstermişlerdir. Yüksek uyum, daha fazla olumlu ilişkiler ile birlikte bulunmuştur. Friendland, Weiss & Traylor

(1986), kliniğe başvuran çocukların annelerinde yüksek oranda uyumsuzluk ve kontrol grubuna oranla daha fazla depresyon saptamışlardır (66)

Bairon & Earls (1984) çocuktaki davranış sorunlarının aile stresinden indirekt olarak etkilendiğini, ancak ebeveyn-çocuk ilişkisinden direkt olarak etkilendiğini bulmuşlardır.

Emery ve arkadaşları (1984) ebeveynlerin evliliklerinde doyumsuz olduğu durumlarda ve eşler arasında çatışma fazla ise ebeveynlik işlevinin bozulduğunu kanıtlamışlar. Evlilik uyumsuzluğunun, çocuk yetiştirmede tutarsızlık ile birlikte gittiğini vurgulamışlar ve bunun da çocuklar açısından olumsuz sonuçlarla birlikte olduğunu belirtmişlerdir (66).

Belsky (1984) evlilik kalitesinin çocuk üzerinde direkt olmaktan çok indirekt etkisi olduğunu savunmuş. Evlilik ile ilgili streslerin genel iyi ebeveynlik özelliklerini etkilediğini ve bu rolde yeterli fonksiyonlara engel olduğunu desteklemiştir. Bununla uyumlu olarak Christensen, Philips, Glasgow & Johnson (1983) kliniğe başvuran erkek çocukların ailelerini incelemişler. Anne ve baba depresyonunun evlilik uyumu ve çocuk yetiştirme konusunda daha az olumlu yaklaşımlarla birlikte olduğunu bulmuşlardır (65).

Deprese annelerin disiplin stratejilerini uygulamada tutarsız davrandıkları (Sussman, Trickett, Iannotti, Hollenbeck & Zahn-Waxler 1985; Zelkowitz 1982). Ek olarak annedeki depresyon, çocuğun davranışı konusunda suçluluk ve anksiyete ile beslendiği belirtilmiştir (Sussman et al. 1985). Ayrıca verbal ve fizik cezalandırıcılık, daha az tolerans, daha az ebeveyn besleyiciliği, sıcaklık ve sevgi ile anne depresyonu birlikte bulunmuş; bu annelerin aynı zamanda çocuklarını davranış sorunları olan çocuklar biçiminde tanımlamaya yatkın oldukları saptanmıştır (Brody & Forehand 1986; Fergusson, Horwood, Gretton & Shannon 1985; Ferguson, Harwood & Shannon 1984; Forehand et al. 1986) (66).

Hem annedeki hem babadaki orta dereceli depresyonun, hem kendi aralarında hem de kendi içlerinde tutarsızlık ile birlikte olduğu ve bunun da daha az olumlu, fakat daha cezalandırıcı anne-babalık ve sonuçta anne-çocuk çatışmasına yol açtığı tanımlanmaktadır.

Merikangas deprese çiftlerin evliliklerinin, normal kontrollere oranla daha sık biçimde bozulduğunu göstermiştir. Elli altı deprese hastanın iki yıllık izleme çalışmasında, boşanma oranının, normal popülasyondan beklenenden çok daha yüksek olduğunu, her ikisinin de hasta olduğu ailelerde bu oran daha da yüksek olduğunu saptamıştır (50).

Parental özellikler ve disfonksiyon çocuğun gelişiminde, spesifik ebeveyn hastalığından daha fazla belirleyici rol oynayabilir. Kochanska ve arkadaşları (1987) normal, unipolar ve bipolar annelerin depresif kognitif şemalarını, kendi çocuklarının bakış açısına göre değerlendirmişler. Deprese annelerin, iyi annelere oranla çocuklarının sosyoaktif gelişiminden daha az memnun oldukları, çocuklarının karşısında kendilerini daha aciz hissettiklerini ve çocuklarının gelişimi konusunda kontrol edilemeyen faktörlerin varlığını daha çok duyumsadıklarını saptamışlardır (42).

Hammen ve arkadaşları (1987) kronik aile streslerinin ve annenin şimdiki depresif semptomlarının, çocuktaki fonksiyon bozukluğunun gelişmesinde, annenin affektif hastalık öyküsünden daha etkili olduğunu belirlemişlerdir (28).

Wynne affektif bozukluklar da dahil birçok değişik hastalığa sahip ebeveynin çocuklarını incelemişler; aile iletişimindeki sapmalar çocuğun yeterliliği ile ilgili sonuçlarla, ebeveynin tanı durumundan bağımsız olarak ilişkili bulunmuştur (42).

Çocuğa ilişkin faktörler:

Hastalık gelişimini olası olarak etkileyecek çocuğa ait değişkenler zeka, yaradılış, cinsiyet, yaş, doğumsal defektler, fizik hastalıklar, öğrenme zorlukları şeklinde sıralanabilir.

Weissman ve arkadaşları, Pelligrini ve arkadaşları deprese ve normal ailelerin çocuklarında IQ bakımından fark bulmamışlardır. Fakat Weissman deprese ebeveynlerinin çocuklarının, dikkat sorunları nedeniyle daha sık özel sınıflara alındıklarını ve öğretmenleri tarafından daha fazla öğrenme zorlukları tanımlandığını vurgulamıştır (42).

Decina ve arkadaşları manik depresif ebeveynlerin çocuklarında WISC-R uygulanmasında performans IQ'ya oranla yüksek verbal IQ puanları saptamışlardır (42).

Rutter, aile içinde tüm çocukların aynı derecede risk altında olmadıklarını vurgulamış, temperamental olarak (mizaç) kolay huylu çocukların, zor olanlara oranla ebeveyn irritasyonunun hedefi olmaya daha az eğilimli olduklarını ileri sürmüştür (62).

Beardslee ve Podorefsky (1988), fakat (affektif hastalığı olan aile ortamında büyüyen), hastalığa daha az yatkın, dayanıklı çocuklarla yaptıkları çalışmada, yapıcı, problem çözücü özellikleri olan gençlerin daha iyi uyum gösterdiklerini saptamışlardır. Bu çocukların hareketlerinde, etkili olma duygusu ve gururun ağır basmış olması, sıklıkla depresyona eşlik eden acizlik ve umutsuzluğun tersi olarak yorumlanmıştır. Çalışmanın sonucunda iyi uyum fonksiyonunun, kendi kendini anlamanın komponentlerini yazar şöyle sıralamıştır:

1. Başa çıkılması gereken stresle ilgili yerinde kognitif değerlendirme: Bu ebeveyn hastalığının değişik biçimlerinin farkında olma ve zaman içinde ebeveyn hastalığıyla ilgili değişiklikleri farketmeyi içerir.

2. Kendi hareket kapasitesi ile ilgili gerçekçi değerlendirme ve bu

hareketin sonuçları ile ilgili gerçekçi beklentiler: Bu çocuklar ebeveynlerinin hastalık sistemleri ile ilişkide, kendilerinin nelerden sorumlu olduklarını ve nelerden sorumlu olmadıklarını ayırt edebilirler. Genellikle, kendilerini hastalıktan sorumlu görmemeleri ile ilgili duyguları yerindedir.

3. Durumu anladıkları ve onunla uyumlu olduklarını belli eden davranışlar: Bu gençler kendilerini ebeveynlerinin hastalıklarından ayrı ve bundan sorumlu olmayan biçimde tanımlarlar. Ebeveynlerine bağımlı olmadan davranırlar, bağımsız ilişkiler isterler ve iş ve okulda bağımsız olarak işlev görürler (11).

Pelligrini ve arkadaşları bipolar bozukluğu olan ailelerin çocuklarını normal kontrol grubunun çocukları ile kişisel ve sosyal kaynakları bakımından karşılaştırmışlar, olumlu kaynakların varlığının, çocuğun iyi durumu ile birlikte olduğu saptamışlardır.. Ek olarak proband ebeveynlerin hasta olmayan çocuklarında, sosyal sorunları çözme yeteneği, kendi kendini kontrol, özgüven, kendince fark edilen başarı gibi kişisel kaynaklarda olumlu profillerle sıkı bir biçimde birliktelik bulunmuş, aynı zamanda kardeş, akran ve diğer tip desteklerin fazla olduğu bildirilmiştir. Proband ebeveynlerin hasta çocuklarında ise kişisel kaynaklarda belirgin olumsuzluk saptanmıştır. Yakın arkadaş yokluğu, hem proband ailelerin çocuklarında, hem de normal kontrol grubunda affektif bozukluklar ile birlikte bulunmuştur (42).

Kliniğe başvurmuş ve anne-babası boşanmış çocuklara ait literatürler, ebeveyn ve aileye ilişkin streslerden, erkek çocukların kız çocuklarına oranla daha fazla etkilendikleri konusunda tutarlı bilgiler vermektedir (Block ve arkadaşları 1986, Emery ve arkadaşları 1984, Emery & O'Leary 1982, Hetherington ve arkadaşları 1981, Porter & O'Leary 1980, Rutter 1970, 1971, 1979). Ancak, bilgiler aynı zamanda kızların da etkilendiklerini, ancak bariz olumsuz etkilerin daha az gözlendiğini desteklemektedir. Emery ve arkadaşları (1984) kızların daha çok internalize edilmiş semptomlarla yanıt

verdiklerini ve bunun da ruh sağlığı uzmanlarının daha az dikkatini çektiğini vurgulamışlardır. Block ve arkadaşları (1986) boşanmış aile çocukları ile yaptıkları çalışmada bu sonucu desteklemişlerdir (66).

Kliniğe başvurmamış olan olgular incelendiğinde, cinsiyet farkı daha az belirgindir. Örneğin Emery ve O'Leary (1984) ilkokul çocuklarının evlilik sorunlarına bağlı davranış sorunlarını incelediklerinde, cinsiyet farklılığı bulmamışlardır. Esasında aile stresine karşı çocuğun yanıtında cinsiyet farkının varlığı ile ilgili daha çok çalışmaya gereksinim vardır (66).

G- BİPOLAR BOZUKLUĞU OLAN AİLELERDE EBEVEYN HASTALIĞININ ÇOCUKTAKİ ETKİLERİ:

Erken çalışmalar, bir partnerinde manik-depresif hastalık olan eşlerin, kötü uyumlu davranış kalıpları ve kuşaklar boyu ailesel özellikler konusunda bilgiler vermektedir. Her ailenin kendisine özgü karakteristikleri olmakla birlikte, aşağıdaki genel özellikler, kuşaklar boyunca saptanmıştır:

1. Kayıp, elem, öfke, sevgi gibi affektif duygulardan kaçınmak için aile üyeleri tarafından yaygın yadsıma çabası.
2. Özel ve yakın ilişkilerde, zayıflık ve bağımlılık.
3. Uygunluk ve kendisiyle ilgili beklentilerde gerçekdışı standartlar.
4. Ebeveynlerin kendi düşük özgüvenlerini çocuklarına yansıtmaları.
5. Aile üyelerinden izole ve dışlanmış kalma eğilimi.
6. Hastalığın kalıtımsal özellikleriyle ilgili korkular.
7. İlaç sağaltımına rağmen, hastalığın tekrarlayacağı korkusu.
8. Hiç olmayan veya pasif konumdaki babalar.

Bu karakteristikler belki başka ailelerde de görülse bile, manik depresif üyeleri olan ailelerde, epizodik, rekürren ve şiddetli mizaç bozuklukları ile kombine olarak aile içindeki kaos ve dezorganizasyona katkıda bulunurlar (17).

Davenport ve arkadaşlarına göre genç ebeveynler duygularını yadsıma eğilimindedirlerse, kendileriyle ilgili beklentiler ve perfeksiyonizmleri konusunda gerçekdışı standartları sürdürüyorlarsa, hastalık yoluyla kendi bağımlı ilişkilerini ve ailece izolasyonlarını koruyorlarsa ve kendi düşük özgüven duygularını çocuklarına yansıtıyorlarsa, bu kalıplar ebeveynliğin erken evrelerinde ortaya çıkacaktır. Bu durum da erken çocuk yetiştirme tutumlarını etkileyecektir. Manik depresif hastalardan bazıları (%20 kadarı) ilaç kullanma konusunda itaatsizdirler, bazıları da profilaktik ilaç tedavisine rağmen hafif ve orta şiddette mizaç bozukluğu rekürrensleri gösterirler ve bazılarında remisyon durumlarında dahi bozulmuş kişilik özellikleri sürer. Araştırmacılar bazı iyi durumdaki eşlerin dahi evlilikleri boyunca kronik olarak deprese duruma geldiklerini göstermiştir. Bu durumda çocuklar her iki ebeveynin de içinde buldukları mizaç durumu nedeniyle, tutarlı ve değerli bir korunmadan yoksun kalırlar (17).

Davenport ve arkadaşları (1984) bipolar bozukluğu olan anne-babaların küçük çocukları ile yaptıkları çalışmada, bu çocukların, normal kontrollere göre anne kaybı karşısında daha az efektif farkındalık gösterdiklerini ve onların geri dönüşlerine de hafif düzeyde itmeyle karşılık verdiklerini saptamışlardır. Bipolar ebeveynin bulunduğu ailelerde çocuk daha küçük yaşta affektif tepkilerini bastırmayı öğrenir. Bu tepkiler arasında üzüntü, hayal kırıklığı, anksiyete ve öfke sayılabilir. Mizaç bozukluğunun varlığı nedeniyle manik-depresif ebeveyn tutarsız bir ebeveyn davranışı içindedir. Bu nedenle bebek hiçbir zaman ne olacağını bilemez ve istekleri karşısında her zaman tehlikeli bir konumda olduğunu hisseder. İndeks ailelerdeki ebeveynlerin çocuklarının başkalarının yanındaki performansları konusunda yüksek beklentileri olduğu gözlenmiştir. Çocukları ile ilgili yüksek hırsları vardır. Ancak onlara başarılı olmak konusunda yeterince yardım edemezler (17).

Donnelly & Murphy'nin (1973) unipolar ve bipolar hastaların MMPI skorları ile yaptıkları karşılaştırmalı çalışmada, bipolar hastaların sosyal beklentilere uygun geleneksel yanıtlar vermeye eğilimli oldukları gözlenmiştir. Kendi düşük özgüvenleri nedeniyle bu hastalar, çocuklarının gerçek yetenek düzeylerinin üzerinde de olsa, onların başarıları ile ilgili aşırı beklentiler içindedirler (17).

Zahn-Waxler ve arkadaşları (1984) bipolar bozukluğu olan ebeveynlerin iki yaşındaki çocuklarını incelemişler. Bu çocukların, arkadaşları ile paylaşma ve öfkelerini kontrol etme konularında zorlukları olduğunu ve agresyonları ile ilgili uyumsuz davranış kalıpları gösterdiklerini; sosyal ve emosyonel problemlerinin, manik depresif ebeveynlerininkine benzerlik gösterdiğini bulmuşlardır. Çalışmaya alınan annelerin son bir hafta içindeki baskın duygulanımlarının, kontrol grubuna göre daha mutsuz, daha korkulu, daha az zevk alabilen ve daha öfkeli olma özelliklerini taşıdığı; çocukların da kontrol grubuna göre bağımlılık, hiperaktivite, temper tantrum, zayıf impuls kontrolü ve uygunsuz affekt gibi semptomları daha fazla gösterdiği saptanmıştır (77).

Anthony (1975) manik depresif ebeveynlerin bazı problemlerini tanımlamıştır. Bunlar almak ancak vermeyi reddetmek, başkalarının farkında olamamak ve bunun sonucunda düşük empati yeteneği, tutarlı bir büyütme kapasitesinin olmayışı ve ebeveynlerin kendi infantil bağımlılık gereksinimleri nedeniyle çocukları ile güvenli ilişki kuramama gibi problemlerdir (77).

Laroche ve arkadaşları (1987) ebeveynlerinden birinde manik depresif hastalık olan otuzyediyi çocuğu 3-7 yıl süre ile izlemişlerdir. Çalışmada çocukların hem özgeçmişleri, hem de anne-babalarının özelliklerini de içeren psikososyal değişkenler, ebeveynin hastalığının, şiddet ve kronisitesi, şimdiki işlev düzeyleri ile karşılaştırılmıştır. Burada otuzyediyi çocuğun

dokuz'unda affektif hastalıklar spektrumu içinde DSM-III tanısı konulmuştur. Bu çalışmada nonspesifik çevresel ya da psikososyal faktörlerin aile içi etkisi ile çocukların fonksiyonları arasında güçlü bağlar olduğunu gösteren deliller gösterilmiştir. Ebeveynin bipolar hastalık tanısı ile eşdeğer spesifik risk faktörlerinin etkisinin ise daha az olduğu görülmektedir. Çocuklarda DSM-III tanısının olmayışı ile iyi evlilik uyum skoru belirgin olarak birlikte bulunmuştur. DSM-III tanılı olgularda belirgin biçimde daha az kabullenme ve ebeveyn-çocuk arasında uyumsuzluk göze çarpmaktadır (41).

Anthony (1986) manik depresif ebeveynlerin çocuklarında yaptığı on yıllık izleme çalışmasında, çocuğun psikopatolojisinin varlığını saptamada hastalığı olmayan eşlerin psikiyatrik tanıları ve psikolojik fonksiyonlarının önemli yeri olduğunu vurgulamıştır. Bu çalışmada tedavi gereksinimi gösteren olguların çoğunun, manik depresif ebeveynin hasta olmayan eşinde şiddetli psikopatik eğiliminin var ^{ailelerden} olduğu ve geime özelliğinden söz edilmiştir.

Rutter da hasta ebeveyn dışında sağlıklı eşte de ciddi kişilik bozukluğunun bulunduğu durumlarda çocuk üzerinde çok daha kötü etki olduğunu söylemiştir. Tabii ki tanıma göre uzun süreli olan ebeveyn kişilik bozukluğu kronik aile stresi gibi değişkenlerden etkilenerak ilerler ve negatif etkiyle aile fonksiyonunu bozar (41).

Beardslee, aile iletişimleri ve bunun ötesinde aile fonksiyonunda bozukluğun, bu ailelerin çocuklarının gelecekte psikiyatrik hastalığa yatkınlığı üzerine kuvvetle etkili olduğunu vurgulamıştır (9).

Araştırmalar hasta olan ebeveyn anne olduğu zaman, babanın destek fonksiyonunda başarısız olması ve ailenin emosyonel yapısını dengede tutamaması nedeniyle evliliğin etkilenmesi ve çocukta psikopatoloji ortaya çıkması şeklinde bir ilişkinin varlığını doğrulamaktadır. Bu ilişki ebeveynin hastalığının kronik olduğu durumlarda daha belirgin olabilir. Muhtemeldir ki hastalığın süresinin uzun olması aile yaşamına daha çok stres yükler ve

evlilikte doyumsuzluğa, babada uyumsuzluğa ve çocukta da giderek artan olasılıkla psikopatolojiye yol açar (35, 50, 65, 66).

Bu çocuklarda distimik bozukluğun da sık görüldüğü, başka çalışmalarda da gösterilmiştir. Bu bozukluğun daha sonra gelişebilecek bipolar bozukluğun öncüsü mü olduğu, yoksa yaşam koşullarına reaksiyon olarak mı geliştiği ancak uzun dönem izleme anlaşılabilir.



GEREÇ VE YÖNİM

Örnekleme:

I. Hasta Grubu: Çalışmaya E.Ü.T.F. Psikiyatri Ana Bilim Dalı Affektif Hastalıklar Polikliniğinde Bipolar Bozukluk tanısı ile izlenmekte olan 21 hastaya ait 37 çocuk alınmıştır. Hastalar, çocuklar görüldüğü tarihte remisyonda olup, son iki yıl içinde en az bir manik ya da depresif episod geçirmişlerdir. Hasta ebeveynlerin hepsi DSM-III-R tanı kriterlerine göre Bipolar Affektif Bozukluk tanısı almış hastalardır. Bu gruptaki ailelerin 7-18 yaş arasındaki tüm çocukları çalışmaya alınmıştır.

II. Kontrol Grubu: Hasta grubundaki anne-babaların, eğitimi, sosyoekonomik durumu, meslek durumları ile eşlenmiş, DSM-III-R'ye göre ne anne ne de babada herhangi bir psikiyatrik hastalık ve herhangi bir kronik fizik hastalığı bulunmayan 20 aile rastgele yöntemle seçilerek, bu ailelerin 7-18 yaş arasındaki tüm çocukları çalışmaya alınmıştır. Kontrol grubunda da toplam 37 çocuk mevcuttur.

Araçlar:

Çalışmamızda kullanılan araçlar şöyle sıralanabilir:

- I. Anne ve babaların SCID-P ve SCID-NP ile değerlendirilmesi
- II. Çocuklar ile psikiyatrik görüşme ve DSM-II-R'ye göre tanılandırma
- III. PARI-Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği
- IV. CDI-Çocuklar için Depresyon Ölçeği
- V. CDRS-R- Çocukluk Depresyonu Değerlendirme Ölçeği
- VI. CBCL-Çocukların Davranışlarını Değerlendirme Ölçeği
- VII. Psikometrik Testler - WISC-R ve Bender-Gestalt Testleri

I. Hasta aile grubunda anne ya da baba olmak üzere bir ebeveyn DSM-III-R'ye göre Bipolar Affektif Bozukluk tanısı almıştır.

Kontrol grubundaki ailelerde, anne ve babaya SCID-NP formu uygulanmış ve herhangi bir psikiyatrik tanı alma durumu dışlanmıştır.

II. Hasta ve kontrol grubundaki tüm çocuklar için poliklinik kartları çıkartılmış, cümle tamamlama, resim çizme testleri uygulanmış ve klasik psikiyatrik görüşme uygulanarak çocukların DSM-III-R kriterlerine göre halen ve geçmiş iki yıl içinde herhangi bir psikiyatrik tanı alma ya da almama durumları araştırılmıştır.

III. Hasta ve kontrol grubundaki ailelere mensup tüm anne ve babalardan, ailenin çocuk yetiştirme tutumlarını araştırabilmek amacı ile, PARI (Parental Attitude Research Instrument) aile hayatı ve çocuk yetiştirme tutum ölçeğini ayrı ayrı doldurmaları istenmiştir. Becker (1964), Mark (1953), Shaben (1949), Schaefer & Bell (1958) ailenin çocuk yetiştirme tutumunu ile saptayabilmek için geçerli bir ölçek geliştirmeye çalıştılsa da, Schaefer & Bell daha geniş kapsamlı bir ölçeğe gereksinme duyarak, "Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği" denilen ve kısa adı PARI olan ölçeği ortaya çıkarmışlardır. PARI 1978'de Hacettepe Üniversitesi Psikoloji Bölümünde Güney La Compte, Ayhan La Compte ve Serap A. Özer tarafından Türkçe'ye adapte edilmiştir. Orijinali 115 item olan bu ölçek, Türkçe'ye çevrildiğinde, anlam kaybına neden olabilecek itemler, ölçekten çıkarılarak toplam item sayısı 60 olarak saptanmıştır. Yapılan faktör analizi sonucunda 4 faktör ortaya çıkmıştır. Ayrıca, bu dört faktör ile belirgin bir korelasyon göstermeyip kendi aralarında korelasyon gösteren bazı alt ölçeklerle birleştirilerek bunlardan da bir puan elde edilmiştir. Sonuçta böylece beş boyut elde edilmiştir. Bunlar testte deneklere karmaşık olarak verilmektedir. Ölçekteki itemler soru şeklinde olmayıp, olumlu ve olumsuz ifadeleri içermektedir. Denekler dört basamaklı bir değerlendirme sistemi içinde seçimlerini yaparlar. Her ifade için denekler görüşlerini "Çok uygun buluyorum" (4 puan), "oldukça uygun buluyorum" (3 puan), "biraz uygun buluyorum"(2 puan), "hiç uygun bulmuyorum"(1 puan) seçeneklerinden bir tanesini işaretleyerek belirlerler.

Faktör analizi sonucunda PARI testi için elde edilen beş alt faktör boyutu şunlardır:

1. Birinci faktör boyutu - Aşırı annelik boyutu:

Total varyansın %37'sini oluşturur. Bu boyuttaki alt ölçekler; aşırı kontrol, müdahalecilik, çocuktan bağımlı, faal ve çalışkan olmasını istemek şeklindedir. Annenin son derecede özverili olması ve çocuğun bunu anlaması gerektiğine inanmak gibi soruları kapsamaktadır. 16 itemden oluşur. Bu itemler annenin çocuğa zorla müdahalesini, çocuğun anne-babasına bağımlılığını ölçer. Boyutun itemleri şunlardır: 1, 3, 4, 7, 11, 12, 14, 26, 27, 28, 32, 34, 36, 46, 51, 57.

2. İkinci faktör boyutu - Demokratik tutum ve eşitlik tanıma boyutu:

Total varyansın %10'unu oluşturur. Çocuğa eşit haklar tanımak, fikirlerini açıkça belirtmesini desteklemek, onunla arkadaşlık etmek ve birçok şeyi paylaşmak gibi konuları kapsar. Anne-babanın cesaret verici konuşmalar ve çocukla paylaşma onayını ölçen 9 item vardır. Bu itemler: 2, 13, 18, 22, 29, 37, 44, 45, 59.

3. Üçüncü faktör boyutu: Ev kadınlığını reddetme boyutu:

Total varyansın %7'sini oluşturur. Kadının kendi annesi ya da başkalarına bağımlılığını desteklemek, sinirlilik, çocukla uzun süre bir arada kalmaktan hoşlanmamak, yeni doğan bebeğin bakımından ürkemek gibi konuları kapsar. Onüç itemden oluşur. Bunlar bir evde sessiz duran kadının mutsuzluk durumunu, ev ve çocuklara bakma göreviyle ilgili doyumsuzluğunu ölçer. Boyutun itemleri şunlardır: 6, 9, 16, 17, 21, 23, 31, 38, 41, 42, 49, 52, 55.

4. Dördüncü faktör: Karı-koca geçimsizliği boyutu:

Total varyansın %5'ini oluşturur. Eşler arasında geçimsizliğin çocuk yetiştirmedeki rolü, kocanın düşüncesizliği, anneye yardımcı olmayışı gibi konuları kapsar. Altı itemden oluşur. Bunlar genel olarak evliliklerde ne derece ayrılıkların olabileceği konusunda test uygulanan kişinin fikrini

indirekt yoldan saptamaya yöneliktir. Boyutun itemleri şunlardır:8,19,33,40,48,54.

5. Beşinci faktör boyutu: Baskı ve disiplin boyutu:

Yukarıdaki dört faktör ile belirgin bir korelasyon göstermeyip, kendi aralarında korelasyon göstererek bir örüntü oluşturan bazı alt ölçekler birleştirilerek bunlardan da bir puan elde edilmiştir. Bu faktöre baskı ve disiplin boyutu denmiştir. Cezalandırma, katı disiplin ve baskıya çocuğun verdiği yanıtlara karşı genel anne-baba tutumlarını ölçmeye yarar. Onaltı itemden oluşan bu boyutun itemleri şunlardır: 5, 10, 15, 20, 24, 25, 30, 35, 39, 43, 47, 50, 53, 56, 58, 60.

Bu ölçekte, üç item dışında bütün diğer itemler direkt olarak derece almaktadır. Şöyle ki, bir itemden dört puan alan bir kimsenin puanı (+4), buna karşılık bir puan alan bir denek için puanı (+1) olarak değerlendirilir. Sadece 2, 29 ve 44. itemlerde (5-x) formülü uygulanır. Yani 4 puan alana (+1), 1 puan alana ise (+4) puan verilir. Böylece, deneklerin dört dereceli ölçekte işaretledikleri çeşitli cevaplar faktör anahtarlarına göre ve ağırlıkları ile çarpılarak puanlanır. Sonuçta her denek için beş boyutu karşılayan ve ağırlıklı olan puanlar elde edilir. Yani sonuçta bir denekten tek bir puan değil, beş ayrı boyutu değerlendiren beş ayrı puan elde edilmiş olacaktır (8).

PARI aile hayatı ve çocuk yetiştirme tutum ölçeğinin Türkçe formunun geçerlilik çalışması 1982 yılında Psikolog A.Şenay Küçük tarafından Boğaziçi Üniversitesi'nde yapılmıştır (37).

IV. Hasta ebeveynlerin tüm çocukları ve kontrol grubu ailelerinin, tüm çocuklarının, çocuklar için Depresyon Ölçeğini (Children's Depression Inventory-CDI) doldurmaları istenmiştir. Bu ölçek çocukluk depresyonunda en çok kullanılan ve psikometrik özellikleri en fazla araştırılmış olan ölçektir. 1980'de Kovacs tarafından 1.çocukluk depresyonu vardır. 2. Gözlenebilir ve

ölçülebilir. 3. Özellikleri erişkinlerdekine benzer görüşlerinden yola çıkarak hazırlanmıştır. Beck depresyon ölçeği esas alınmakla birlikte, çocukluk depresyonuna özgü okul durumu, arkadaş ilişkisi gibi alanlarla ilgili sorular da eklenmiştir. Dili 6-17 yaş çocuklarının anlayabileceği şekilde sadeleştirilmiştir. Yirmiyedi maddelik bir ölçektir. Ölçek çocuk tarafından okunarak doldurulmuştur. Her maddede üç değişik seçenek bulunmaktadır. Çocuktan son iki hafta için kendisine en uygun olan cümleyi seçmesi istenir. Her madde belirtinin şiddetine göre 0, 1 ya da 2 puan alır. Maksimum puan 54'tür. Kesim puanı, 19 olarak önerilir. Bu puan normal çocuklarla yapılan çalışmalarda 90. persentilden geçen puandır. Bu ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1990 yılında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesinde Dr. Belma Öy tarafından yapılmıştır.

V. Hasta ebeveynlerin tüm çocukları ve kontrol grubu ailelerin tüm çocuklarına çocukluk depresyonu derecelendirme ölçeği (Children's Depression Rating Scale- CDRS) uygulanmıştır. Bu ölçek Hamilton depresyon ölçeğinden uyarlanarak geliştirilen, 6 puan üstünden değerlendirilen, 16 maddelik, yarı yapılandırılmış bir ölçektir (Poznanski ve arkadaşları 1979). Poznanski ve arkadaşları 1985'te CDRS'nin yeni şeklini (CDRS-R) geliştirmişlerdir. Bu yeni ölçek 17 maddeliktir. İlk 14 madde görüşmeye göre, son 3 madde ise görüşme sonucu çocuğun sözel olmayan davranışını klinisyenlerin yorumlamasına göre puanlanır. Uyku, iştah ve konuşma hızıyla ilgili maddeler 1'den 5'e, diğer maddeler 1'den 7'ye kadar değerlendirilir. 40 puan ve üstünün depresyonu gösterdiği kabul edilir (Poznanski ve arkadaşları 1985). Bu ölçeğin de geçerlik ve güvenilirlik çalışması 1990 yılında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesinde Dr. Belma Öy tarafından yapılmıştır (54).

VI. Çalışmaya alınan hasta ebeveynin bulunduğu aileler ve kontrol grubu ailelerdeki anne ve babaların, tüm çocukları için, çocuklarının davranış sorunlarına yönelik Achenbach ve Elderbrock tarafından 1979 yılında

geliştirilmiş olanm Çocukların Davranışlarını Değerlendirme Ölçeğini (Children Behavior Check List- CBCL) doldurmaları istenmiştir. Bu ölçeğin şimdi kullanılan şekli 1978-1979 yıllarında yayınlanmış, 118 davranış belirti maddesini içermiştir. Ayrıca ÇDDÖ'de ana babalar tarafından çocuklarında olumlu davranış özellikleri olarak tanımlanan sosyal yeterlikle (Social Competence) ilgili 20 madde vardır. 4-5, 6-11, 12-16 yaş gruplarında, kız ve erkek çocuklar için farklı güvenilir belirti faktörleri saptanmıştır. Bu belirtiler 6-11 yaş kız çocuklarda, bedensel yakınmalar, şizoid, obsesif, depresyon, sosyal içe çekilme, cinsel sorunlar, suçlu, saldırgan, hiperaktif, acımasız olmak üzere dokuz faktör saptanmıştır. 6-11 yaş erkek çocuklarında da şizoid, depresyon, iletişim güçlüğü, obsesif kompulsif, bedensel yakınmalar, şizoid, sosyal içe çekilme, hiperaktif, saldırgan ve suçlu olmak üzere dokuz faktör bulunmuştur. 12-16 yaş kız çocukları için ise bedensel yakınmalar, şizoid, depresif içe çekilme, endişeli-obsesif, çocuksu, hiperaktif, acımasız, saldırgan ve suçlu olmak üzere dokuz faktör saptanmıştır. 12-16 yaş erkek çocuklarında da bedensel yakınmalar, şizoid, iletişim güçlüğü, çocuksu, obsesif kompulsif, husumet besleme, içe çekilme, suçlu, saldırgan, hiperaktif olmak üzere dokuz faktör elde edilmiştir.

İleri faktör analizi sonuçlarıyla ayrıntılı davranış belirti ölçekleri ve iki genel tanı grubu bulunmuştur. bu iki grup, içe Yönelim ve dışa Yönelim olarak adlandırılmıştır.

Achenbach ölçeğin anne baba ve çocuğun diğer yakınları tarafından derecelendirilebileceğini belirtir. Ölçeği işaretleyenler, yönergeye göre, davranış belirtilerini 0-1-2 olarak dereceler. Çocuğun son 6 aylık dönemine göre değerlendirme yapılır. Ölçekte belirtilen madde, çocukta son 6 aydır yoksa (0), çocuk için bazen ya da biraz doğru ise (1), çok doğru ya da çoğunlukla doğru ise (2) olarak işaretlenir. sosyal yeterlilikle ilgili bölüm, etkinlik, sosyallik ve okul alt ölçeklerini içermektedir.

Bu ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışması, 1985 yılında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesinde Dr. Melda Akçakın tarafından yapılmıştır (1, 2, 4).

VII. Çalışmaya alınan hasta ailelere ve kontrol grubu ailelere ait çocuklar ayrıca psikometrik testler uygulanmak üzere tekrar hastanemize çağırılmışlardır. 30 proband çocuğa ve 29 kontrol grubu çocuğa, kliniğimiz psikoloji laboratuvarında, WISC-R ve Bender-Gestalt testleri uygulanmıştır.

VIII. Çalışmamızda elde edilen bulgular Statgraphics ve MINITAB paket programları kullanılarak ki-kare, T testi ve varyans analizi gibi çeşitli istatistiksel yöntemlerle değerlendirilmiştir.



A M A Ç

Bugün affektif hastalığı olan ebeveynlerin çocukları ile yapılan çalışmalar göstermiştir ki, anne-baba hasta olduğu zaman çocukta bozukluk geliştirmeye yatkındır. Bu da affektif hastalıkların sadece bireysel hastalıklar değil, yaşam boyu sonuçları olabilecek aile hastalıkları olduğunu göstermektedir. Ancak şimdilik bu tür hastaların aile ve çocuklarına yeterli ilgi söz konusu değildir. Oysa bu ailelerle geliştirilecek bağlantı, aile ve çocuğu hem koruma hem de eğitme açısından önemlidir. Aileler çocuklarının anne babalarının hastalıkları ile ilgili korkuları, soruları ve bazı tepkileri olduğundan söz etmektedirler. Bu kaygı ve soruların yanıtlanması çocukta hem yakın zamanda hem de ileriki yıllarda olumlu sonuçlara neden olacaktır. Çocuk ebeveyninin hasta olduğu gerçeği ile daha kolay başedebilecektir. Klinikte çalışanlar hem hasta hem de iyi durumdaki ebeveynin ve aile üyelerinin gereksinimlerini anlama ve yol gösterme konusunda yardımcı olabilecek en iyi elemanlardır. Tabii ki yetişkin çağında ortaya çıkabilecek sorunları daha çocuk yaşlarından tanıyıp gerekli önlemleri almak ve çocuğa şimdiki problemleri konusunda çözümler getirmek de önemlidir.

Bu çalışmada kliniğimiz Affektif Hastalıklar Biriminde izlenmekte olan hastaların 7-18 yaş arasındaki çocuklarında psikopatoloji araştırılmıştır. Saptanan sorunlar aynı zamanda yaş, zeka, dikkat gibi çocuğa ilişkin değişkenler ve evlilik uyumsuzluğu, çocuk yetiştirme tutumları, anne-babaya ait sosyodemografik özellikler gibi ailesel ve çevresel değişkenler ile de karşılaştırılmıştır.

Çalışmanın varsayımları şöyledir:

1. Bipolar Bozukluk tanısı almış olan anne-babaların çocuklarında psikiyatrik tanı alma bakımından artmış bir risk söz konusudur. Bu artış özellikle Major Depresyon, Distimi gibi affektif hastalıklar spektrumundadır.

2. Bu çocuklar davranış sorunları açısından da risk altındadırlar.

3. Risk anne-baba hastalığının yanı sıra, hastalığın şiddet ve kronisitesi, olumsuz anne-baba tutumları, evlilik sorunları, düşük sosyoekonomik özellikler gibi çevre koşulları ile de artmaktadır.

4. Çocuğun yaşı, cinsiyeti, kardeş sayısı, anne ya da babanın hasta oluşu, annenin ve babanın eğitimleri ve mesleki durumları çocuktaki bozulma ile ilişkilidir.

Bu varsayımların doğru olduğuna ilişkin kanıtlar elde edilebilirse, risk altındaki bu popülasyonları, mental hastalıklardan koruma amacına yönelik ayrıntılı programlar oluşturulabileceği ve bozulmuş çevre koşulları içinde zaten genetik olarak etkilenmeye yatkın olan bireyleri tanıma ve hastaları tüm aileleri ile birlikte ele almanın, daha verimli, daha olumlu sonuçlar elde edebilme olanağını sağlayacağı kanısındayım.

B U L G U L A R

| Tanı \ Yaş | 7 - 11 yaş | 12 - 18 yaş | Toplam |
|---------------|---------------|---------------|----------------|
| Tanı yok | 10 (%40.0) | 7 (%58.3) | 17 (%45.9) |
| Affektif Bzk. | 9 (%36.0) | 3 (%25.0) | 12 (%32.4) |
| Diğer tanı | 6 (%24.0) | 2 (%16.7) | 8 (%21.6) |
| TOPLAM | 25 (%67.6) | 12 (%32.4) | 37 (%100.0) |

$$\alpha = 0.05 \quad p = 0.28 \quad p > 0.05$$

Tablo 1: Hasta ebeveynlerin çocuklarında yaşa göre tanı dağılımı

Çalışmaya alınan 37 çocuktan 25'i (%67.6) 7-11 yaş, 12'si ise (%32.4) 12-18 yaş arasındadır. Bu çocuklardan 17'si (%45.9) DSM-III-R'ye göre herhangi bir tanı almamıştır. 20 çocuk ise (%54) DSM-III-R'ye göre bir tanı almıştır. Tanı alan çocukların %32.4'ünde bu tanı affektif hastalıklar ranjı içindedir (M.Depresyon, ılımlı depresyon, distimik bozukluk). 7-11 yaş grubunda 9 çocuk (%36.0), 12-18 yaş grubunda ise 3 çocuk (%25.0) bu şekilde tanı almışlardır. Affektif hastalıklar grubu dışındaki hastalıklar Enuresis Nocturna, Hiperaktiviteli Dikkat Eksikliği Sendromu, okul sorunları, gece korkuları, tırnak yeme, tik, parmak emme gibi bozukluklar ve farklılaşmamış dikkat eksikliği bozukluğudur. Toplam 8 çocukta (%21.6) bu tanılardan biri saptanmıştır. 7-11 yaş grubu çocukların 6'sında (%24.0), 12-18 yaş grubunda ise 2 çocukta (%16.7) böyle tanı konmuştur. Tanıların yaşa göre dağılımları ki kare testi ile değerlendirildiğinde bu bakımdan istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

| Tanı \ Yaş | 7 - 11 yaş | 12 - 18 yaş | Toplam |
|-------------------|---------------|---------------|----------------|
| Tanı yok | 19 (%82.6) | 8 (%57.1) | 27 (%73.0) |
| Affektif Bozukluk | 2 (% 8.7) | 2 (%14.3) | 4 (%10.8) |
| Diğer tanı | 2 (% 8.7) | 4 (%28.6) | 6 (%16.2) |
| TOPLAM | 23 (%62.2) | 14 (%37.8) | 37 (%100.0) |

$$\alpha = 0.05 \quad p = 0.20 \quad p > 0.05$$

Tablo 2: Kontrol grubu çocuklarında yaşa göre tanı dağılımı

Kontrol grubu ailelerin çocuklarının 23 tanesi (%62.2) 7-11 yaş, 14 tanesi (%37.8) 12-18 yaş arasındadır ve toplam 37 çocuk vardır. Bunlardan 10 tanesi (%27'si) DSMII-R'ye göre herhangi bir tanı almıştır. 27 tanesi ise (%73.0) hiçbir tanı almamıştır. Tanı alan çocukların (%10.8'inde bu tanı affektif bozukluklar içindedir. (M depresyon, ılımlı depresyon, distimik bozukluk). 7-11 yaş grubunda 2 çocuk (%8.7) bu grup içinde tanılandırılmıştır. Diğer grup hastalıklar (Enurezis Nocturna hiperaktiviteli D.E.S., okul sorunları, gece korkuları, tırnak yeme, tik, parmak emme gibi bozukluklar ve farklılaşmamış D.E.B.) toplam 6 çocukta (%16.2) mevcuttur. 7-11 yaşta 2 çocukta (%8.7), 12-18 yaş grubunda ise 4 çocukta (%28.6) bu tür tanı konmuştur. Kontrol grubu çocuklarda da yaşa göre tanıların dağılımı ki kare testi ile değerlendirilmiş, ancak istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

| Çocukta tanı | Hasta kont. grup | Hasta ebeveynlerin çocukları | Kontrol grubu çocuklar | Toplam |
|-------------------|------------------|------------------------------|------------------------|--------|
| Tanı yok | 17 (%45.9) | 27 (%73.0) | 44 (%59.5) | |
| Affektif Bozukluk | 12 (%32.4) | 4 (%10.8) | 16 (%21.6) | |
| Diğer tanı | 8 (%21.6) | 6 (%16.2) | 4 (%18.9) | |
| TOPLAM | 37 (%50.0) | 37 (%50.0) | 74 (%100.0) | |

$$\alpha = 0.05 \quad p = 0.037 \quad p < 0.05$$

Tablo 3: Hasta ebeveynlerin ve kontrol grubunun çocuklarının tanı alma durumları

İndeks grubu çocuklarla kontrol grubu çocuklar karşılaştırıldığında DSMIII-R tanısı alma bakımından indeks grubu çocuklarda belirgin yüksek oranlar saptanmıştır. Bu özellikle affektif hastalıklar grubunda daha belirgindir. Veriler ki-kare testine tabi tutulmuş ve saptanan fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Çalışmaya alınan indeks ve kontrol grubu çocuklarda ayrıntılı tanı dağılımı Tablo 4'te verilmiştir:

| TANILAR | Hasta grubu | Kontrol grubu |
|----------------------------------|-------------|---------------|
| Major depresyon | 2 | 1 |
| Distimi | 10 | 3 |
| Enurezis Nocturna | 3 | 2 |
| Okul Sorunları | 1 | 2 |
| Hiperaktiviteli D.E.S. | 1 | -- |
| Farklılaşmamış D.E.S. | 1 | -- |
| Gece korkuları, tırnak yeme. vs. | 2 | 2 |

Tablo 4: Hasta ve kontrol grubu çocuklarda DSM-III-R'ye göre tanı dağılımı

| Tanı | Cins | | |
|-------------------|---------------|---------------|----------------|
| | Erkek | Kız | Toplam |
| Tanı yok | 5 (%33.3) | 12 (%54.5) | 17 (%45.9) |
| Affektif Bozukluk | 5 (%33.3) | 7 (%31.8) | 12 (%32.4) |
| Diğer tanı | 5 (%33.3) | 3 (%13.6) | 8 (%21.6) |
| TOPLAM | 15 (%40.5) | 22 (%59.5) | 37 (%100.0) |

$$\alpha = 0.05 \quad p = 0.13 \quad p > 0.05$$

Tablo 5: Hasta olan ebeveynlerin çocuklarında cinse göre tanı dağılımı

İndeks grubundaki çocuklardan 15'i erkek (%40.5), 22'si kızdır (%59.5). 15 erkek çocuktan 10'u DSM-III-R kriterlerine göre herhangi bir tanı almıştır (%66.7). Bunlardan 5'i (%33.3) affektif bozukluk, 5'i ise (%33.3) diğer grup tanılardan almışlardır. Toplam 22 kız çocuktan 10'u tanı almıştır. Kız çocuklardan 7'sinde (%31.8) affektif bozukluk, 3 tanesinde de (%13.6) diğer grup bozukluklar saptanmıştır. Ancak cinse göre tanıların dağılımı ki-kare testi ile değerlendirildiğinde bu konuda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

| Çocukta Cinsiyet geçmişi tanı | Erkek | Kız | Toplam |
|-------------------------------|---------------|---------------|----------------|
| Tanı yok | 5 (%33.3) | 11 (%50.0) | 16 (%43.2) |
| Affektif Bozukluk | 3 (%20.0) | 9 (%40.9) | 12 (%32.4) |
| Diğer tanı | 7 (%46.7) | 2 (% 9.1) | 9 (%24.3) |
| TOPLAM | 15 (%40.5) | 22 (%59.5) | 37 (%100.0) |

$$\alpha = 0.05 \quad p = 0.03 \quad p < 0.05$$

Tablo 6: Hasta ebeveynlerin çocuklarında geçmişte tanı alma durumunun cinsiyete göre dağılımı

Son 2 yıl içinde çocukların herhangi bir DSMIII tanısı alması ile cinsiyet karşılaştırıldı. Kızlarda affektif bozukluk tanısı alabileceği düşünülen 9 çocuk vardı (%40.9). Oysa erkek çocuklardan 3'ünde bu tanının konabileceği düşünüldü (%20.0), diğer grup tanılar ise erkek çocuklarda daha fazla idi. 7 erkek çocuk (%46.7) böyle tanı alırken, 2 kız çocukta (%9.1) bu grup tanı düşünüldü. Tüm bu bulgular ki-kare testi ile değerlendirildiğinde, çocuktaki geçmiş 2 yıl içinde tanı alma durumu ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptandı.

| Tanı | Cins | Erkek | Kız | Toplam |
|-------------------|------|---------------|---------------|----------------|
| Tanı yok | | 13 (%68.4) | 14 (%77.8) | 27 (%73.0) |
| Affektif Bozukluk | | 2 (%10.5) | 2 (%11.1) | 4 (%10.8) |
| Diğer tanı | | 4 (%21.1) | 2 (%11.1) | 6 (%16.2) |
| TOPLAM | | 19 (%51.4) | 18 (%48.6) | 37 (%100.0) |

$$\alpha = 0.05 \quad p = 0.71 \quad p > 0.05$$

Tablo 7: Kontrol grubu çocuklarda cinse göre tanı dağılımı

Kontrol grubundaki çocuklardan 19'u erkek (%51.4), 18'i ise (%48.6) kızdır. Erkek çocuklardan 6'sı DSM-III-R kriterlerine göre bir tanı almıştır (%31.5). Bunlardan 2'si (%10.5) affektif bozukluk, 4'ü ise diğer grup tanılardan (%21.1) almışlardır. Kız çocuklardan 4'ü (%22.2) DSM-III-R tanısı almıştır. Bunlardan 2'si affektif bozukluk (%11.1), 2'si ise diğer grup tanılardan (%11.1) almıştır. Kontrol grubu çocuklarda tanıların cinse göre dağılımı ki-kare testi ile değerlendirildiğinde bu grupta da istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

| Kontr. grubu çocuklarda geçmiş tanı dağı. | Cinsiyet | Erkek | Kız | Toplam |
|---|----------|---------------|---------------|----------------|
| Tanı yok | | 13 (%68.4) | 16 (%88.9) | 29 (%78.4) |
| Affektif Bozukluk | | 0 (%0) | 0 (%0) | 0 (%0) |
| Diğer tanı | | 6 (%31.6) | 2 (%11.1) | 8 (%21.6) |
| TOPLAM | | 19 (%51.4) | 18 (%48.6) | 37 (%100.0) |

$$\alpha = 0.05 \quad p = 0.13 \quad p > 0.05$$

Tablo 8: Kontrol grubu çocuklarda geçmişte tanı durumunun cinsiyete göre dağılımı

Kontrol grubu çocukların retrospektif değerlendirmesinde hiçbir çocukta affektif bozukluk grubundaki hastalıklar düşünülmedi. Erkek çocukların 6'sında (%31.6), kız çocukların ise 2'sinde (%11.1) geçmiş son 2 yıl içinde diğer grup tanıların konabileceği düşünülmüştür. Bu sonuçlar ki-kare testi ile değerlendirildiğinde, istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır.

| Baba mesleği çocukta tanı | Çalışmıyor | İşçi | Memur | Serbest | Emekli | Toplam |
|------------------------------|---------------|--------------|---------------|--------------|--------------|----------------|
| Tanı yok | 0 (% 0) | 2 (%22.2) | 13 (%65.0) | 2 (%50.0) | 0 (% 0) | 17 (%45.9) |
| Affektif Bozukluk | 0 (% 0) | 5 (%55.6) | 5 (%25.0) | 0 (% 0) | 2 (%66.7) | 12 (%32.4) |
| Diğer tanı | 1 (%100.0) | 2 (%22.2) | 2 (%10.0) | 2 (%50.0) | 1 (%33.3) | 8 (%21.6) |
| TOPLAM | 1 (% 2.7) | 9 (%24.3) | 20 (%54.1) | 4 (%10.8) | 3 (%8.1) | 37 (%100.0) |

$$\alpha = 0.05 \quad p = 0.06 \quad p > 0.05$$

Tablo 9: Hasta ebeveynlerin çocuklarında babanın mesleğinin çocuktaki tanı alma durumu ile karşılaştırılması.

Hasta ebeveynlerin çocuklarının tanısı ile babaların mesleği arasındaki ilişki ki-kare testi ile değerlendirildiğinde anlamlı fark bulunmamakla birlikte, affektif gruptaki hastalıkların, işçi-memur ve emekli olan babalara dağıldığı dikkati çekmiştir. Burada emeklilik bir çocuğun babasında hastalık nedeniyledir.

Kontrol grubu çocuklarda babanın mesleği ile çocuktaki tanı arasındaki ilişki değerlendirildiğinde bu grupta da istatistiksel anlamlılık bulunmamıştır.

Gerek hasta ebeveynlerin çocuklarında, gerekse kontrol ailelerin çocuklarında, çocuktaki tanı annenin eğitimi ve çalışma durumu ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır.

| Babanın eğitimi çocukta tanı | Okur-yazar | İlkokul | Orta- okul | Lise | Yüksek okul | Toplam |
|---------------------------------|---------------|--------------|---------------|--------------|----------------|----------------|
| Tanı yok | 0 (% 0) | 4 (%66.7) | 0 (% 0) | 7 (%87.5) | 6 (%37.5) | 17 (%45.9) |
| Affektif Bozukluk | 5 (%100.0) | 0 (% 0) | 1 (%50.0) | 1 (%12.5) | 5 (%31.3) | 12 (%32.4) |
| Diğer tanı | 0 (% 0) | 2 (%33.3) | 1 (%50.0) | 0 (% 0) | 5 (%31.3) | 8 (%21.6) |
| TOPLAM | 5 (%13.5) | 6 (%16.2) | 2 (% 5.4) | 8 (%21.6) | 16 (%43.2) | 37 (%100.0) |

$$\alpha = 0.05 \quad p = 0.005 \quad p < 0.05$$

Tablo 10:Hasta ebeveynlerin çocuklarında babanın eğitimi ile çocuktaki tanı alma durumunun ilişkisi

Hasta ebeveynlerin çocuklarındaki tanı durumu ile babaların eğitimi arasında, ki-kare testi ile değerlendirildiğinde anlamlı ilişki saptanmıştır. İlkokuldan terk, okur-yazar, babası olan 5 çocuğun 5'inde de affektif bozukluk tanılarından biri düşünülmüştür. Bu aynı zamanda düşük sosyoekonomik statü ile de birliktedir. Ancak affektif grupta tanı almanın sık olduğu bir başka grup ta yüksek okul mezunu babaların çocuklarıdır.

Kontrol grubu ailelerin çocuklarının da tanı alma durumu ile babalarının eğitimi karşılaştırılmış ancak istatistiksel olarak anlamlı sonuç bulunamamıştır. Hasta ailelerde babanın eğitimi ile çocuğun geçmiş son 2 yılda tanı alma durumu karşılaştırıldığında, burada da istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı (p=0.03).

| Anne/Baba hasta- Tanı ilişkisi | Anne hasta | Baba hasta | Toplam |
|-----------------------------------|---------------|---------------|----------------|
| Tanı yok | 10 (%52.6) | 7 (%38.9) | 17 (%45.9) |
| Affektif Bozukluk | 5 (%26.3) | 7 (%38.9) | 12 (%32.4) |
| Diğer tanı | 4 (%21.1) | 4 (%22.2) | 8 (%21.6) |
| TOPLAM | 19 (%51.4) | 18 (%48.6) | 37 (%100.0) |

$$\alpha = 0.05 \quad p = 0.65 \quad p > 0.05$$

Tablo 11: Annenin ya da babanın hasta oluşu ile tanı dağılımı arasındaki ilişki

Çocukların 19'unda annede, 18'inde de babada bipolar affektif bozukluk tanısı mevcut idi. Annesi hasta olan çocukların 10 tanesi (%52.6) herhangi bir tanı almadı. Tanı alan 9 çocuktan (%47.4), 5'inde affektif bozukluk (%26.3), 4'ünde ise (%21.1) diğer grup tanılar saptandı. Babası hasta olan çocuklardan 7'si (%38.8) tanı almadı. Tanı alan 11 çocuktan (%61.2) 7'sinde (%38.9) affektif bozukluk, 4'ünde ise (%22.2) diğer grup tanılar saptandı. Babası hasta olan çocuklarda DSM-III-R tanısı alma oranı daha yüksek gibi görünse de, ki-kare testi ile değerlendirildiğinde hasta ebeveynin cinsi ile çocuktaki tanı alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı.

| Çocukta geçmişte tanı alma | Hasta ebeveyninin cinsiyeti | Anne hasta | Baba hasta | Toplam |
|----------------------------|-----------------------------|---------------|---------------|----------------|
| Tanı yok | | 9 (%47.4) | 7 (%38.9) | 16 (%43.2) |
| Affektif Bozukluk | | 4 (%21.1) | 8 (%44.4) | 12 (%32.4) |
| Diğer tanı | | 6 (%31.6) | 3 (%16.7) | 9 (%24.3) |
| TOPLAM | | 19 (%51.4) | 18 (%48.6) | 37 (%100.0) |

$$\alpha = 0.05 \quad p = 0.27 \quad p > 0.05$$

Tablo 12: Hasta ebeveynin cinsiyeti ile çocuğun geçmişte DSM-III-R tanısı alması arasındaki ilişki

Çalışma sırasında çocuğa son 2 yılda herhangi bir psikiyatrik tanı konulup konulamayacağı retrospektif olarak değerlendirilmiştir. 37 çocuktan 16'sında (%43.2) herhangi bir geçirilmiş bozukluk tanımlanmamıştır. 12'sinde geçmişte affektif gruptan bir hastalık (%32.4), 9'unda ise diğer grup tanıları (%24.3) konabileceği düşünülmüştür. Annelerinde bipolar affektif bozukluk olan, 19 çocuktan 4'ünde (%21.1) affektif bozukluk, 6'sında ise (%31.6) diğer grup tanıları konabilmiştir. Babası hasta olan 18 çocuktan 8'inde (%44.4) affektif bozukluk, 3'ünde ise diğer grup bozuklukları (%16.7) konabileceği düşünüldü. Bu bulgular ki-kare testi ile değerlendirildiğinde anne ya da babanın hasta oluşu ile, son 2 yıl içinde çocukta herhangi bir psikiyatrik tanının varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

| Çocuk- ta tanı | Doğum sırası | 1. çocuk | 2. çocuk | 3. çocuk | Toplam |
|----------------------|-----------------|---------------|---------------|--------------|----------------|
| Tanı yok | | 11 (%55.0) | 6 (%42.8) | 0 (% 0) | 17 (%0.46) |
| Affektif Bozukluk | | 6 (%30.0) | 4 (%28.6) | 2 (%66.7) | 12 (%32.4) |
| Diğer tanı | | 3 (%15.0) | 4 (%28.6) | 1 (%33.3) | 8 (%21.6) |
| TOPLAM | | 24 (%54.1) | 14 (%37.8) | 3 (%8.1) | 37 (%100.0) |

$$\alpha = 0.05 \quad p = 0.42 \quad p > 0.05$$

Tablo 13: Hasta grubunda çocuktaki tanı durumunun doğum sırasına göre dağılımı

Hasta ebeveynlerin çocuklarından 24 tanesi ilk çocuk idi (%54.1). Bu çocuklardan 11 tanesi (%55.0) herhangi bir tanı almadı. 6 tanesinde (%30.0) affektif bozukluk, 3 tanesinde de (%15.0) diğer grup tanıları mevcuttu. Ailenin 2. çocuğu olan 14 çocuktan 6 sında tanı yoktu (%42.9). 4'ünde affektif bozukluk (%28.6), 4'ünde de diğer grup tanı (%28.6) saptandı. Ailenin 3. çocuğu olan 3 çocuk vardı. Bunlardan 2'si affektif bozukluk (%66.7), 1'i ise (%33.3) diğer grup tanıları aldı. Geçmişte tanı alma durumu da benzer oranlarda idi. Hem şimdiki tanı hem de geçmiş 2 yıl içinde alınacak tanı, çocuğun doğum sırası ile karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı.

Kontrol grubu çalışmalarda da, kardeş sayısı ve doğum sırasının çocuktaki tanı dağılımı aile ilişkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

| Çocukta tanı | Evlilik sorunu | Belirgin evlilik sorunu var | Belirgin evlilik sorunu yok | TOPLAM |
|-------------------|----------------|-----------------------------|-----------------------------|--------|
| Tanı yok | 8 (%38.1) | 9 (%56.3) | 17 (% 45.9) | |
| Affektif Bozukluk | 9 (%42.9) | 3 (%18.8) | 12 (% 32.4) | |
| Diğer tanı | 4 (%19.0) | 4 (%25.0) | 8 (% 21.6) | |
| TOPLAM | 21 (%56.8) | 16 (%43.2) | 37 (% 100.0) | |

$$\alpha = 0.05 \quad p = 0.29 \quad p > 0.05$$

Tablo 14: Hasta ebeveynde şiddetli marital sorunların varlığı ile çocuktaki tanı dağılımı arasındaki ilişki

Hasta grubundaki ailelere, evlilik sorunları klinik görüşme sırasında sorulduğunda, 21 çocuğun ailesinde belirgin çatışma tanımlandı, bu tüm çocukların %56.8'ini oluşturuyordu. Bu çocuklardan 21 çocuktan 8'inde tanı yokken (%38.1), 13 çocuk DSM-III-R tanısı aldı. Bunların 9'unda (%42.9) affektif bozukluk, 4'ünde ise (%19.0) diğer grup bozukluklar saptandı. Şiddetli evlilik sorunları olmadığını dile getiren ailelere mensup 16 çocuğun (%43.2) sadece 3'ünde affektif bozukluk mevcut idi (%18.8). Bu çocuklardan 4'ü de (%25.0) diğer grup tanılardan alıyordu. Ancak bu sonuçlar ki-kare ile değerlendirildiğinde, istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı.

| Çocuk ta tanı | Evlilik sorunu | Belirgin evlilik sorunu var | Belirgin evlilik sorunu yok | TOPLAM |
|-------------------|----------------|-----------------------------|-----------------------------|--------|
| Tanı yok | 0 (% 0) | 27 (%75.0) | 27 (% 73.0) | |
| Affektif Bozukluk | 1 (%100.0) | 3 (%8.3) | 4 (%1 10.8) | |
| Diğer tanı | 0 (% 0) | 6 (%16.7) | 6 (% 16.2) | |
| TOPLAM | 1 (% 2.7) | 36 (%97.3) | 37 (% 100.0) | |

$$\alpha = 0.05 \quad p = 0.01 \quad p < 0.05$$

Tablo 15: Kontrol grubu ailelerde şiddetli marital sorunların varlığı ile çocuktaki tanı dağılımı arasındaki ilişki

Kontrol grubu ailelere, evlilik sorunları klinik görüşme sırasında sorulduğunda, şiddetli sorun tanımlayan sadece 1 aile vardı. Bu aileye ait tek çocukta da affektif bozukluk grubunda tanı düşünüldü (% 100.0). Belirgin evlilik sorunu tanımlamayan ailelere ait 36 çocuktan 3'ünde affektif bozukluk (%8.3), 6'sında da diğer grup bozukluklar düşünüldü (%16.7). Bu bulgular ki-kare testi ile değerlendirildiğinde, istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı.

| Çocuk tanı | Sosyoekonomik durum | Düşük | Orta | Yüksek | Toplam |
|-------------------|---------------------|---------------|---------------|--------------|----------------|
| Tanı yok | | 6 (%35.3) | 9 (%56.3) | 2 (%50.0) | 17 (%45.9) |
| Affektif Bozukluk | | 7 (%41.2) | 5 (%31.3) | 0 (% 0.0) | 12 (%32.4) |
| Diğer tanı | | 4 (%23.5) | 2 (%12.5) | 2 (%50.0) | 8 (%21.6) |
| TOPLAM | | 17 (%45.9) | 16 (%43.2) | 4 (%10.8) | 37 (%100.0) |

$$\alpha = 0.05 \quad p = 0.32 \quad p > 0.05$$

Tablo 16: Hasta ailelerin sosyoekonomik düzeyleri ve bunun çocuktaki tanı durumu ile ilişkisi

Hasta ebeveynlerin çocuklarındaki tanı alma durumu ile, sosyoekonomik statüye göre dağılım Tablo 16'daki gibiydi. ancak bu sonuçlar ki-kare testi ile değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı.

Aylık geliri 1 milyon TL'na kadar olan aileler düşük, 1-3 milyon TL aileler orta, 3 milyon ve üzerindeki aileler üst sosyoekonomik düzeyde kabul edildi.

Kontrol grubunda da ailelerin sosyoekonomik durumları ile çocuktaki tanı arasında istatistiksel olarak anlamlılık yoktu.

| Çocuk Ebeveyn tanısı ta tanı | Manik epizod sık | Depresif epizod sık | Her iki tür epizod eşit | Toplam |
|------------------------------|------------------|---------------------|-------------------------|----------------|
| Tanı yok | 3 (%37.5) | 2 (%33.3) | 12 (%52.2) | 17 (%45.9) |
| Affektif Bozukluk | 1 (%12.5) | 4 (%66.7) | 7 (%30.4) | 12 (%32.4) |
| Diğer tanı | 4 (%50.0) | 0 (%0.0) | 4 (%17.4) | 8 (%21.6) |
| TOPLAM | 8 (%21.6) | 6 (%16.2) | 23 (%62.2) | 37 (%100.0) |

$\alpha = 0.05$ $p = 0.08$ $p > 0.05$

Tablo 17: Anne babadaki depresif ya da manik epizod sıklığının, çocuktaki tanılarla ilişkisi

Çalışmada anne ve babaların poliklinik kayıtları incelenerek, ne tür epizodların daha sık olduğu saptanmıştır. Depresif epizodların sık olduğu ebeveynlere ait 6 çocuğun 4'ü affektif bozukluk tanısı almıştır (%66.7). Manik epizodun sık olduğu ebeveynlerin 8 çocuğunun 4'ünde (%50.0) diğer grup tanıları sık görülmektedir. Her iki epizodun eşit sıklıkta saptandığı ebeveynlerin çocuklarının 7'sinde (%30.4) affektif bozukluk, 4'ünde ise (%17.4) diğer tip bozukluklar saptanmıştır. Tüm bu sonuçlar ki-kare testi ile değerlendirildiğinde, ebeveyndeki manik ya da depresif epizodun sıklığı ile çocuktaki tanı alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır.

| Çocukta geçmiş tanı | Ebe - veynde epizod türü | Manik epizod | Depresif epizod | Her iki tür epizod eşit | Toplam |
|---------------------|--------------------------|--------------|-----------------|-------------------------|--------|
| Tanı yok | 6 (%75.0) | 0 (% 0) | 10 (%43.5) | 16 (%43.2) | |
| Affektif Bozukluk | 0 (% 0) | 4 (%66.7) | 8 (%34.8) | 12 (%32.4) | |
| Diğer tanı | 2 (%25.0) | 2 (%33.3) | 5 (%21.7) | 9 (%24.3) | |
| TOPLAM | 8 (%21.6) | 6 (%16.2) | 23 (%62.2) | 37 (%100.0) | |

$$\alpha = 0.05 \quad p = 0.04 \quad p < 0.05$$

Tablo 18: Hasta ebeveynde sık görülen epizod ile çocukta geçmişte tanı alma durumu arasındaki ilişki

Bipolar bozukluğu olan ebeveynde, epizodların türü ile çocukta geçmiş 2 yıl içinde, psikiyatrik tanı alma durumu incelendiğinde, depresif epizodun sık olduğu anne-babaların 6 çocuğundan 4'ünde affektif bozukluk ranjı içinde tanı konabileceği düşünüldü (%66.7). Bu çocukların 2'sinde de diğer grup tanılar vardı. Bu bulgu depresif epizodun sık olduğu ebeveynlerin çocuklarında hastalık riskinin arttığını düşündürdü. Sonuçlar ki-kare testi ile değerlendirildiğinde, anne-babada sık görülen epizod şekli ile çocukta geçmişte (son 2 yıl içinde) tanı alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı.

| Çocukta psikotik bulgu tanı | Psikotik bulgu var | Psikotik bulgu yok | TOPLAM |
|-----------------------------|--------------------|--------------------|-----------------|
| Tanı yok | 9 (%40.9) | 8 (%53.3) | 17 (% 0.46) |
| Affektif Bozukluk | 7 (%31.8) | 5 (%33.3) | 12 (%32.4) |
| Diğer tanı | 6 (%27.3) | 2 (%13.3) | 8 (%21.6) |
| TOPLAM | 22 (%59.5) | 15 (%40.5) | 37 (% 100.0) |

$\alpha = 0.05$ $p = 0.5$ $p > 0.05$

Tablo 19: Hasta ebeveynde psikotik bulgunun varlığı ile çocuktaki tanı arasındaki ilişki

Hasta ebeveynde psikotik bulgunun varlığı ile çocuktaki tanı alma durumu karşılaştırılarak, ki-kare testi ile değerlendirildiğinde, istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır.

| Ebeveyn hastalık süresi Çocukta tanısı | 2 - 5 yıl | 5 yıldan fazla | TOPLAM |
|---|---------------|----------------|-----------------|
| Tanı yok | 7 (% 70) | 10 (% 37) | 17 (% 45.9) |
| Affektif Bozukluk | 1 (% 10) | 11 (%40.7) | 12 (% 32.4) |
| Diğer tanısı | 2 (% 20.0) | 6 (%22.2) | 8 (% 21.6) |
| TOPLAM | 10 (%27.0) | 27 (%73.0) | 37 (% 100.0) |

$$\alpha = 0.05 \quad p = 0.14 \quad p > 0.05$$

Tablo 20: Ebeveynin hastalık süresi ile çocuktaki tanı arasındaki ilişki

Çalışmaya alınan hasta ebeveynlerin hastalık süresi, 10 çocuğun ebeveyninde 2-5 yıl (%27.0) iken, 27 çocuğun ebeveyninde 5 yıldan uzun süredir hastalık olduğu saptandı (%73.0). Affektif bozukluk tanısı alan 12 çocuktan 11'inde ebeveyn hastalığı 5 yıldan uzun süredir sürmekte idi. Diğer tanıları alan 8 çocuktan da 6'sı bu grup ebeveynin çocuğu idi. Bu bulgu özellikle affektif hastalıkları olmak üzere, çocukta tanı alma riskinin ebeveyn hastalığının kronisitesi ile arttığını düşündürdü. 5 yıldan uzun süredir hastalık nedeniyle tedavi görmekte olan ebeveynlerin 27 çocuğundan 11'inde affektif hastalık (%40.7), 6'sında ise diğer grup tanılar kondu (%22.2). 2-5 yıldır hastalığı olan ebeveynlerin 10 çocuğundan, sadece 1'inde (%10) affektif hastalık tanısı, 2'sinde de (%20.0) diğer grup tanılar mevcut idi. Ancak ebeveyni 2-5 yıldır hasta olan çocuk sayısı düşük idi ve ki-kare testi ile değerlendirildiğinde istatistiksel anlamlılık saptanmadı.

| Çocukta tanı | Ebeveynin hospitalizasyonu | Hospitalizasyon yok | 1 - 2 kez hospitalizasyon | Sık hospitalizasyon | Toplam |
|-------------------|----------------------------|---------------------|---------------------------|---------------------|--------|
| Tanı yok | 7 (%58.3) | 8 (%42.1) | 2 (%33.3) | 17 (%45.9) | |
| Affektif Bozukluk | 2 (%16.7) | 7 (%36.8) | 3 (%50.0) | 12 (%32.4) | |
| Diğer tanı | 3 (%25.0) | 4 (%21.1) | 1 (%16.7) | 8 (%21.6) | |
| TOPLAM | 12 (%32.4) | 19 (%51.4) | 6 (%16.2) | 37 (%100.0) | |

$$\alpha = 0.05 \quad p = 0.66 \quad p > 0.05$$

Tablo 21: Ebeveynlerin hospitalizasyon durumunun çocuktaki hastalık ile ilişkisi

Çalışmaya alınan 37 çocuktan 12'sinin (%32.4) ebeveyni hiç hospitalize edilmemişti. 19'unda 1-2 kez hospitalizasyon (%51.4), 6'sında ise (%16.2) 2 kereden fazla (3 ve daha fazla) miktarda hospitalizasyon söz konusu idi. Anne-babası hiç hastaneye yatmamış olan 12 çocuktan 7'sinde herhangi bir DSM-III-R tanısı saptanmadı (%58.3). Sadece 2'sinde (%16.7) affektif bozukluk ve 3'ünde (%25.0) diğer grup tanıları düşünüldü. Anne-babası 1-2 kez hastaneye yatmış olan 19 çocuktan 8'inde (%42.1) herhangi bir tanı yoktu. Bu çocuklardan 7'sinde (%36.8) affektif bozukluk, 4'ünde ise (%21.1) diğer bozukluklardan mevcut idi. 3 kez veya daha fazla hospitalize edilmiş olan anne-babaların 6 çocuğundan 2'sinde tanı yoktu (%33.3). 3'ünde (%50.0) affektif bozukluk, 1'inde (%16.7) diğer grup tanıları düşünüldü.

Bu bulgular ki-kare testi ile değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı.

PARI - Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme tutum Ölçeği Değerlendirme Sonuçları:

| Faktör I puan | Hasta grubu babalarda faktör I puanlar | Kontrol grubu babalarda faktör I puanları |
|----------------|--|---|
| Ortalama puan | 45.55 | 47.55 |
| Standart sapma | 8.744 | 7.7695 |

$$\alpha = 0.05 \quad p > 0.05 \quad p = 0.44$$

Tablo 22: Aşırı annelik boyutu bakımından indeks gruptaki babalarla kontrol grubu babaların karşılaştırılması

| Faktör I puan | Hasta grubu annelerde faktör I puanlar | Kontrol grubu annelerde faktör I puanları |
|----------------|--|---|
| Ortalama puan | 50.1905 | 47.6098 |
| Standart sapma | 9.97 | 9.28 |

$$\alpha = 0.05 \quad p > 0.05 \quad p = 0.07$$

Tablo 23: Aşırı annelik boyutu yönünden indeks gruptaki annelerle kontrol grubu annelerin karşılaştırılması

| Faktör I puan | Hasta grubu toplam faktör I puanı | Kontrol grubu toplam faktör I puanı |
|----------------|-----------------------------------|-------------------------------------|
| Ortalama puan | 47.9268 | 46.225 |
| Standart sapma | 9.57 | 8.144 |

$$\alpha = 0.05 \quad p > 0.05 \quad p = 0.39$$

Tablo 24: Aşırı annelik boyutu toplam puanlarının hasta ve kontrol grubunda karşılaştırması

Aşırı annelik boyutu yönünden hasta grubu ile kontrol grubu karşılaştırıldığında istatistik yönden anlamlı olmamakla birlikte hasta gruptaki annelerde daha yüksek puanlar elde edilmiştir. Babaların puanları ve toplam puanlar karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktur (T testi sonuçları).

| Faktör II puan | Hasta grubu toplam faktör II puanı | Kontrol grubu toplam faktör II puanı |
|----------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| Ortalama puan | 32.6 | 26.5 |
| Standart sapma | 2.85 | 2.92 |

$$\alpha = 0.05 \quad p = 0.0000008 \quad p < 0.05$$

Tablo 25: Demokratik tutum ve eşitlik tanıma boyutu bakımından indeks grubu babalarla, kontrol grubu babaların karşılaştırılması.

| Faktör II puan | Hasta grubu anneler | Kontrol grubu anneler |
|-------------------------|---------------------|-----------------------|
| Ortalama faktör II puan | 32 | 28.25 |
| Standart sapma | 3.60 | 3.25 |

$$\alpha = 0.05 \quad p = 0.012 \quad p < 0.05$$

Tablo 26: Demokratik tutum ve eşitlik tanıma boyutu bakımından indeks grubu annelerle kontrol grubu annelerin karşılaştırılması

| Faktör II puan | Hasta grubu Toplam | Kontrol grubu Toplam |
|-------------------------|--------------------|----------------------|
| Ortalama faktör II puan | 32.2927 | 27.375 |
| Standart sapma | 3.23 | 3.21 |

$$\alpha = 0.05 \quad p = 0.0000008 \quad p < 0.05$$

Tablo 27: Demokratik tutum ve eşitlik tanıma boyutu toplam puanları bakımından indeks grup-kontrol grubu karşılaştırması

T testi sonuçlarına göre, demokratik tutum ve eşitlik boyutu yönünden, hasta grubu ve kontrol grubu arasında, hem anne, hem baba, hem de toplam puanlarda istatistik olarak anlamlı farklılık saptandı. Bu sonuçlar indeks grubu ailelerin çocuğa eşit haklar tanımak, fikirlerini açıkça belirtmesini desteklemek, onunla arkadaşlık etmek ve birçok şeyi paylaşmak yönünden kontrol grubundan, olumlu yönde farklı olduğunu gösterir.

| Faktör III puan | Hasta grubu babalarda faktör III puan | Kontrol grubu babalarda faktör III puan |
|-----------------|---------------------------------------|---|
| Ortalama puan | 28.75 | 28.75 |
| Standart sapma | 8.88 | 5.46 |

$$\alpha = 0.05 \quad p = 1 \quad p > 0.05$$

Tablo 28: Ev kadınlığını reddetme boyutu yönünden indeks grubu babalarla kontrol grubu babaların karşılaştırılması

| Faktör III puan | Hasta grubu anne | Kontrol grubu anne |
|--------------------------|------------------|--------------------|
| Ortalama faktör III puan | 30.2857 | 28.3 |
| Standart sapma | 9.20 | 5.83 |

$$\alpha = 0.05 \quad p = 0.41 \quad p > 0.05$$

Tablo 29: Hasta ve kontrol grubu annelerde faktör III puanları (Ev kadınlığını reddetme boyutu)

| Faktör III puan | Hasta grubu toplam puan | Kontrol grubu toplam puan |
|--------------------------|-------------------------|---------------------------|
| Ortalama faktör III puan | 29.535 | 28.52 |
| Standart sapma | 8.9 | 5.58 |

$$\alpha = 0.05 \quad p = 0.6 \quad p > 0.05$$

Tablo 30: Ev kadınlığını reddetme boyutunun toplam puanlarının hasta-kontrol grubu karşılaştırması

Ev kadınlığını reddetme boyutu yönünden incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

| Faktör IV puan | Hasta grubu baba | Kontrol grubu baba |
|-------------------------|------------------|--------------------|
| Ortalama faktör IV puan | 13 | 13.65 |
| Standart sapma | 4.37 | 3.29 |

$$\alpha = 0.05 \quad p = 0.59 \quad p > 0.05$$

Tablo 31: Karı-koca geçimsizliği boyutunun babalarda hasta-kontrol grubu karşılaştırması.

| Faktör IV puan | Hasta grubu anne | Kontrol grubu anne |
|-------------------------|------------------|--------------------|
| Ortalama faktör IV puan | 16.1905 | 13.55 |
| Standart sapma | 4.54 | 3.60 |

$$\alpha = 0.05 \quad p = 0.04 \quad p > 0.05$$

Tablo 32: Karı-koca geçimsizliği boyutunun annelerde hasta-kontrol grubu karşılaştırması.

| Faktör IV puan | Hasta grubu toplam | Kontrol grubu toplam |
|-------------------------|--------------------|----------------------|
| Ortalama faktör IV puan | 14.63 | 13.6 |
| Standart sapma | 4.69 | 3.41 |

$$\alpha = 0.05 \quad p = 0.26 \quad p > 0.05$$

Tablo 33: Karı-koca geçimsizliği boyutunun toplam puanlarının hasta-kontrol grubu karşılaştırması.

Karı-koca geçimsizliği yönünden yapılan değerlendirmelerde hasta grubu annelerde kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı biçimde yüksek puanlar elde edildi. Bu da hasta ailelerde karı-koca geçimsizliğinin daha fazla olduğunu düşündürdü.

| Faktör V puan | Hasta grubu baba | Kontrol grubu baba |
|------------------------|------------------|--------------------|
| Ortalama faktör V puan | 34.2 | 34.6 |
| Standart sapma | 12.34 | 6.99 |

$$\alpha = 0.05 \quad p = 0.90 \quad p > 0.05$$

Tablo 34: Baskı ve disiplin boyutu yönünden hasta-kontrol grubu babaların karşılaştırılması

| Faktör V puan | Hasta grubu anne | Kontrol grubu anne |
|------------------------|------------------|--------------------|
| Ortalama faktör V puan | 39 | 34.65 |
| Standart sapma | 12.25 | 8.13 |

$$\alpha = 0.05 \quad p = 0.19 \quad p > 0.05$$

Tablo 35: Baskı ve disiplin boyutu yönünden hasta-kontrol grubu annelerin karşılaştırılması

| Faktör V puan | Hasta grubu toplam | Kontrol grubu toplam |
|------------------------|--------------------|----------------------|
| Ortalama faktör V puan | 36.65 | 34.625 |
| Standart sapma | 12.38 | 7.48 |

$$\alpha = 0.05 \quad p = 0.37 \quad p > 0.05$$

Tablo 36: Hasta-kontrol grubu toplam faktör V puanlarının (baskı ve disiplin boyutu) karşılaştırılması

Baskı ve disiplin boyutu yönünden kontrol ve indeks grubu anne ve babaların puanları ayrı ayrı, ve toplam puanlar karşılaştırıldığında istatistiksel yönden anlamlı fark saptanmamıştır.

| CDI puanları | İndeks grup | Kontrol grubu |
|----------------|-------------|---------------|
| Ortalama puan | 9.48 | 9.16 |
| Standart sapma | 4.76 | 6.03 |

$$\alpha = 0.05 \quad p = 0.79 \quad p > 0.05$$

Tablo 37: CDI puanları açısından hasta grubu ile kontrol grubunun karşılaştırılması

Çocuklar için depresyon ölçeği (CDI) puan ortalamaları açısından Bipolar Bozukluğu olan anne-babaların çocukları, kontrol grubu ailelerin çocukları ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı. Kesim puanı olan 19 puanın üzerinde puan alan çocuk sayısı hasta grubunda 2 iken, kontrol grubunda 1 idi.

| CDRS - R puanları | Hasta grubu çocuklar | Kontrol grubu çocuklar |
|-------------------|----------------------|------------------------|
| Ortalama puan | 28.83 | 24.16 |
| Standart sapma | 8.07 | 6.77 |

$$\alpha = 0.05 \quad p = 0.0086 \quad p < 0.05$$

Tablo 38: Hasta grubu çocuklar ile kontrol grubu çocukların CDRS-R puanları açısından karşılaştırılması

Çocukluk depresyonu derecelendirme ölçeği (CDRS-R) sonucunda elde edilen puanlar bakımından hasta grubu çocuklar ile kontrol grubu çocuklar birbirleri ile karşılaştırıldığında, hasta grubu çocukların daha yüksek puanlar aldıkları gözlenmiştir. Bu sonuçlar T testine tabi tutulduğunda, fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Kesim puanı olan 40 puanın üstünde puan alan çocuk sayısı hasta grubunda 3 iken bu sayı kontrol grubunda 1'dir.

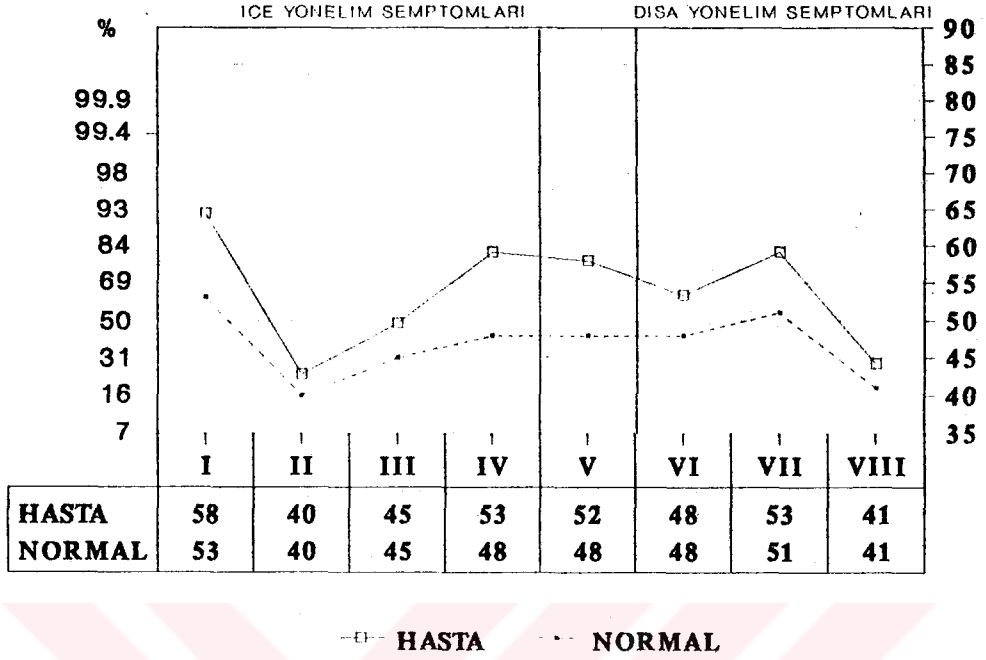
Achenbach Çocuk Davranış Sorunları Listesinin değerlendirilmesi sonucu, hasta ebeveyn ve normal kontrol ebeveynlerin çocukları davranış sorunları yönünden karşılaştırıldı. 12-18 yaş grubu kızlarda hasta ebeveynin çocuklarında obsesif-anksiyöz, depresif içe çekilme, immatür hiperaktivite ve agresivite ile ilgili semptomların daha fazla olduğu saptandı (Şekil 1).

Achenbach Çocuk Davranış Sorunları listesine verilen yanıtlar, 6-11 yaş grubu kızlarda değerlendirildiğinde, depresyon, şizoid-obsesif, suçluluk ve acımasızlık ile ilgili semptomların hasta ebeveynlerin çocuklarında daha sık olduğu gözlemlendi (Şekil 2).

Achenbach Çocuk Davranış Sorunları Listesine verilen yanıtlar değerlendirildiğinde 6-11 yaş erkek çocuklarda depresyon, ilişki kurma zorluğu, hiperaktivite ve agresivite ile ilgili semptomlar kontrol grubuna oranla hasta ebeveynlerin çocuklarında daha sıktır (Şekil 3).

Achenbach Çocuk Davranış Sorunları Listesinin yanıtları değerlendirildiğinde, 12 - 18 yaş grubu erkek çocuklarda, indeks grupta suçluluk semptomlarında kontrol grubuna oranla daha yüksek oranlar elde edilmiştir. Bunun yanı sıra bedensel yakınmalar ve immatür davranışlar kontrol grubunda daha sıktır (Şekil 4).

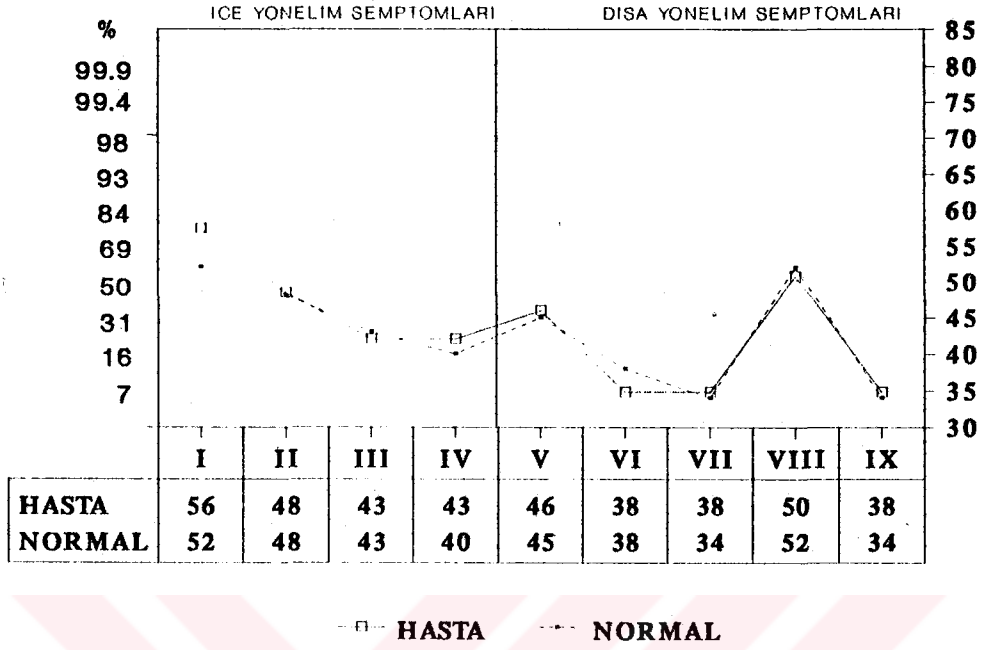
**12-18 YAS ARASI KIZLARIN
DAVRANIS SORUNLARI**



- I - Obsesif Anksiyöz
- II - Bedensel Yakınmalar
- III- Şizoid
- IV - Depresif İçe Çekilme
- V - İmmatür hiperaktivite
- VI - Suçluluk
- VII- Agresivite - Saldırganlık
- VIII-Acımasızlık - Cruelty

Şekil 1: 12-18 yaş kızların davranış sorunlarının hasta ve kontrol grubunda karşılaştırması

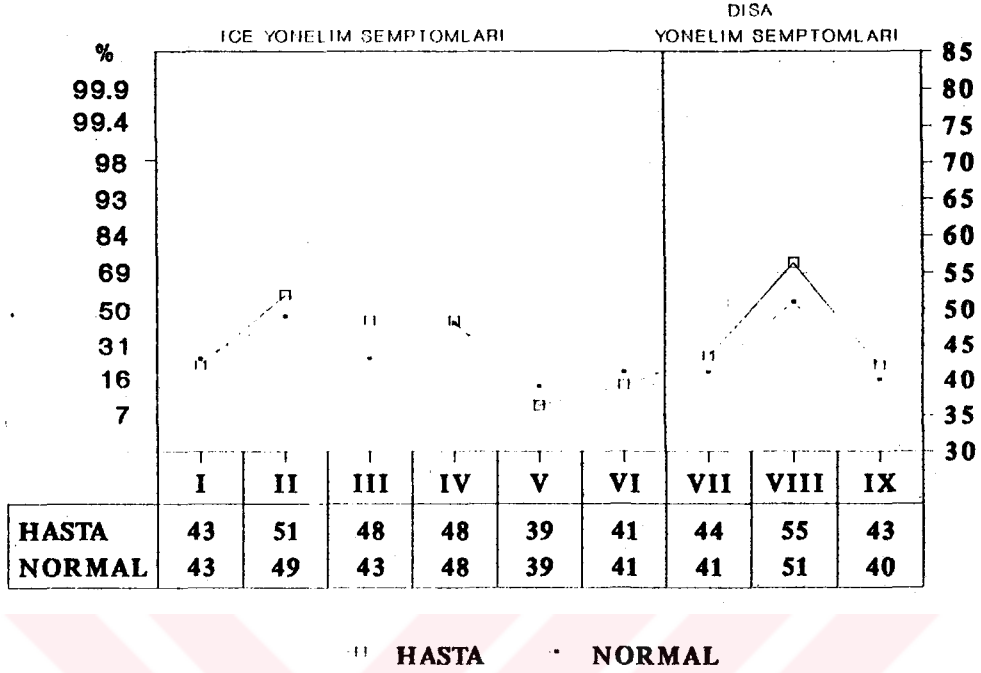
**6-11 YAS ARASI KIZLARIN
DAVRANIS SORUNLARI**



- I - Deprese
- II - Sosyal içe çekilme
- III - Bedensel yakınmalar
- IV - Şizoid-obsesif
- V - Hiperaktif
- VI - Cinsel sorunlar
- VII - Suçluluk
- VIII- Saldırganlık
- IX - Acımasızlık - Cruelty

Şekil 2: 6-11 yaş kızların davranış sorunlarının hasta ve kontrol grubunda karşılaştırması

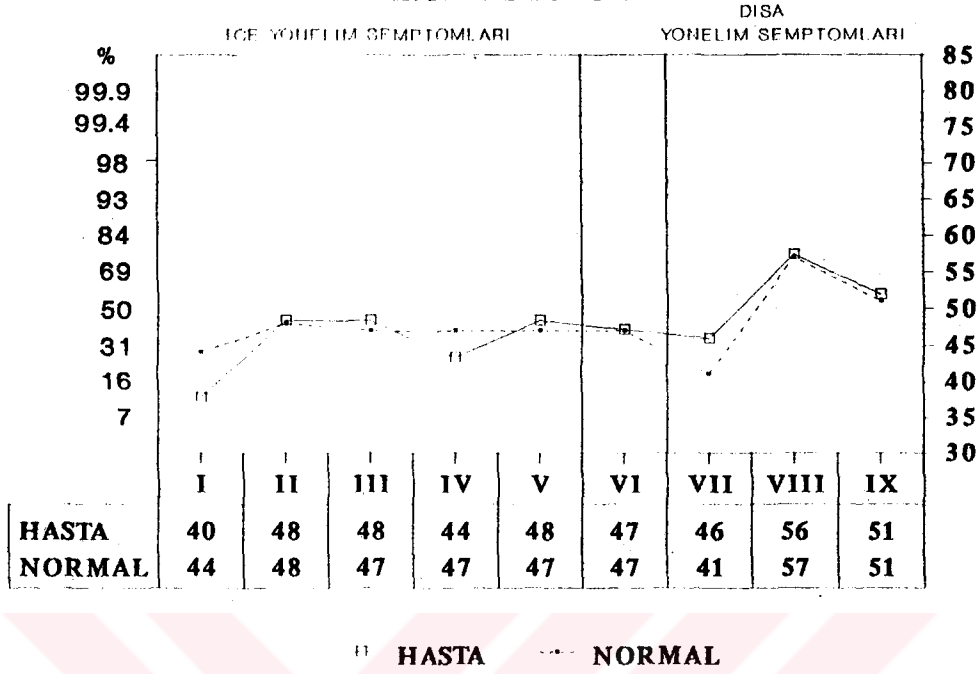
**6-11 YAŞ ARASI ERKEKLERİN
DAVRANIS SORUNLARI**



- I - Şizoid
- II - Deprese
- III - İlişki kurulamaz
- IV - Obsesif kompulsif
- V - Bedensel yakınmalar
- VI - Sosyal içe çekilme
- VII - Hiperaktif
- VIII- Saldırganlık
- IX - Suçluluk

Şekil 3: 6-11 yaş erkek çocukların davranış sorunlarının hasta ve kontrol grubunda karşılaştırması

**12-18 YAS ARASI ERKEKLERIN
DAVRANIS SORUNLARI**



- I - Bedensel yakınmalar
- II - Şizoid
- III - İlişki kurulamaz
- IV - İmmatür
- V - Obsesif-kompulsif
- VI - Hostil içe çekilme
- VII - Suçluluk
- VIII- Agresivite
- IX - Hiperaktivite

Şekil 4: 12-18 yaş grubu erkek çocukların davranış sorunlarının hasta ve kontrol grubunda karşılaştırması.

Hasta ailelerin çocukları ve kontrol grubu ailelerin çocuklarına WISC-R uygulanarak zeka düzeyleri ölçülmüştür. Elde edilen sonuçlar karşılaştırıldığında, gruplar arasında, sözel IQ ve toplam IQ değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

| Sözel IQ değerleri | Hasta grubu | Kontrol grubu |
|--------------------|-------------|---------------|
| Ortalama puanlar | 110.929 | 112.806 |
| Standart sapma | 16.12 | 16.16 |

$$\alpha = 0.05 \quad p = 0.65 \quad p > 0.05$$

Tablo 39: Hasta grubu çocuklarla kontrol grubu çocukların sözel IQ değerleri açısından karşılaştırması

| Performans IQ değerleri | Hasta grubu | Kontrol grubu |
|-------------------------|-------------|---------------|
| Ortalama puanlar | 109.741 | 111.452 |
| Standart sapma | 13.09 | 15.19 |

$$\alpha = 0.05 \quad p = 0.65 \quad p > 0.05$$

Tablo 40: Hasta grubu çocuklarla kontrol grubu çocukların performans IQ değerleri açısından karşılaştırması

| Toplam IQ değerleri | Hasta grubu | Kontrol grubu |
|---------------------|-------------|---------------|
| Ortalama puanlar | 110.889 | 113.129 |
| Standart sapma | 14.74 | 14.51 |

$$\alpha = 0.05 \quad p = 0.56 \quad p > 0.05$$

Tablo 41: Hasta grubu çocuklarla kontrol grubu çocukların toplam IQ değerleri açısından karşılaştırması

| | Sözel IQ | Performans IQ |
|------------------|----------|---------------|
| Ortalama puanlar | 110.929 | 109.741 |
| Standart sapma | 16.12 | 13.09 |

$$\alpha = 0.05 \quad p = 0.29 \quad p > 0.29$$

Tablo 42: İndeks grubu ailelerin çocuklarında sözel IQ-performans IQ değerlerinin karşılaştırması

Hasta ebeveynlerin çocuklarına WISC-R uygulanmış, sözel IQ ortalama 110.929, performans IQ ortalama 109.741, toplam IQ ortalama 110.889 olarak bulunmuştur. Sözel IQ ortalamaları ile performans IQ değerleri karşılaştırıldığında arada istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

| Or gani site | Denekler | Hasta grubu | Kontrol grubu | TOPLAM |
|-----------------------|---------------|----------------|------------------|--------|
| Organisite yok | 13 (%43.3) | 19 (%65.5) | 32 (%54.2) | |
| Organisite kuşkusu | 9 (%30.0) | 5 (%17.2) | 14 (%23.7) | |
| Organisite var | 8 (% 26.7) | 5 (%17.2) | 13 (%22.0) | |
| TOPLAM | 30 (%50.8) | 29 (%49.2) | 59 (%100.0) | |

$$\alpha = 0.05 \quad p = 0.22 \quad p > 0.05$$

Tablo 43: Bender-Gestalt sonuçlarına göre organisite yönünden hasta ve kontrol grubu çocukların karşılaştırması

Bender-Gestalt uygulanabilen çocuklarda organisite kuşkusu veya organisite düşündürülen puanlar değerlendirildiğinde, indeks ailelerin çocuklarında, kontrol grubu çocuklara göre daha yüksek puanlar elde edildi. Ancak istatistiksel olarak değerlendirildiğinde bu konuda anlamlı bir fark saptanmadı.

| Dikkat | Denekler | Hasta grubu | Kontrol grubu | TOPLAM |
|-------------|----------|---------------|---------------|----------------|
| Dikkat iyi | | 13 (%43.3) | 21 (%72.4) | 34 (%57.6) |
| Dikkat kötü | | 17 (%56.7) | 8 (%27.6) | 25 (%42.4) |
| TOPLAM | | 30 (%50.8) | 29 (%49.2) | 59 (%100.0) |

$$\alpha = 0.05 \quad p = 0.04 \quad p < 0.05$$

Tablo 44: Bender-Gestalt sonuçlarına göre dikkat yönünden hasta ve kontrol grubu çocukların karşılaştırması

Bender-Gestalt uygulanabilen çocuklar dikkat yönünden karşılaştırıldığında, hasta grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık saptanmıştır. Bipolar bozukluk tanılı hastaların 30 çocuğundan 17'sinde (%56.7) dikkat bozulmuş iken, kontrol grubundaki 29 çocuktan 8'inde (%27.6) bozulma saptandı. Dikkatteki bozulma, hasta grubu çocuklardaki tanı alma durumu ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı.

TARTIŞMA

Çalışmamızın sonucunda; Bipolar Bozukluk nedeniyle izlenmekte olan anne-babaların çocuklarında özellikle Affektif Hastalıklar spektrumunda olmak üzere, herhangi bir DSM-III-R tanısı alma oranı, kontrol grubuna oranla yüksek bulunmuştur. Ayrıca, bu çocukların daha fazla davranış sorunları gösterdikleri, dikkat alanında daha çok sorun tanımladıkları, anne-babalarında daha fazla evlilik uyumsuzluğu olduğu saptanmıştır.

Bu çocuklarda herhangi bir psikiyatrik hastalığı ya da kronik fizik hastalığı olmayan sağlıklı anne-babaların çocuklarına oranla, DSM-III-R kriterlerine göre bir psikiyatrik tanı alma riskinin daha fazla oluşu bugüne kadar yayınlanmış olan birçok çalışmanın sonuçları ile uyumludur.

Orvaschel ve arkadaşları (1981) affektif bozukluğu olan ebeveynlerin çocuklarında, 28 çocuğun %43'ünde psikiyatrik tanı bulmuşlardır. Mc Knew ve arkadaşları (1979) ebeveynlerinin hospitalizasyonları boyunca 30 çocuğu değerlendirmişler ve %40'ında psikiyatrik tanı düşünmüşlerdir. O'Connell ve arkadaşları (1979) değişik yaş grubunda 22 çocuğu araştırmışlar ve psikiyatrik bozukluk oranını %45 olarak bulmuşlardır (9). 1988 yılı Amerikan Psikiyatri Birliği yıllık toplantısında Keller major depresif bozukluğu olan ebeveynlerin çocuklarında, 17 yaşından önce %30-50 oranında major depresif bozukluk geliştiğini vurgulamıştır (42). Laroche ve arkadaşları (1987) 21 manik-depresif hastanın çok değişik yaşlardaki 37 çocuğunu incelemişler. Çocukların %24'ünde affektif hastalıklar spektrumu içinde bir tanı alma durumu söz konusu olmuş (41). Cooper ve arkadaşları (1977) psikiyatrik hastaların çocuklarında psikopatolojiyi araştırmışlar. Bu çocuklarda psikiyatrik tanı alma oranı %45 iken, kontrol grubu çocuklarda %26 bulunmuş.

Bu araştırmada çalışmaya alınan 37 çocuktan 20'si (%54) herhangi bir DSM-III-R tanısı almıştır. Kontrol grubu çocuklarda ise bu oran %27'dir.

Affektif bozukluğu olan ebeveynlerin çocukları ile yapılmış olan önceki çalışmalara uygun olarak, bizim olgularımızda da bu tanı daha çok affektif hastalıklar spektrumu içindedir (%32.4). Kontrol grubunda ise bu oran %10.8 biçimindedir. Bu durumda Bipolar bozukluğu olan ebeveynlerin çocuklarında affektif hastalıklar görülme riskinin arttığı sonucuna varılmıştır.

Hammen ve arkadaşları (1990) unipolar deprese, Bipolar Bozukluk ve kronik fizik hastalığı olan annelerin çocuklarını araştırmışlardır. Tüm değerlendirmelerde unipolar gruba ait çocuklarda en fazla bozulma bulmuşlardır. Bipolar Bozukluğu olan ve kronik fizik hastalığı olanların çocuklarında da bozulmanın kontrol grubuna göre daha fazla olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmada unipolar annelerin çocuklarında bozukluk daha kronik ve devamlı özellik göstermektedir. Bipolar Bozuklukta ise çocuktaki tanı daha çok geçici özellik göstermiştir. Çalışmanın sonuçlarına göre Major Affektif Bozukluğu olan annelerin çocuklarında tanı konulabilir hastalık riskinin arttığı söylenmiştir. Bu çalışmada, esas risk grubu olarak unipolar annelerin çocukları gösterilmiş ve Bipolar gruptaki sonuçlar kontrol grubuna yakın bulunmuştur (30).

Bizim çalışmamızda sadece Bipolar ve kontrol grubu ele alınmıştır, unipolar grup yoktur. Dolayısıyla Bipolar'ların kontrollerden daha bozuk olması sonucunu bizim çalışmamız desteklemektedir. Belki unipolarlar Bipolar'dan daha fazla bozukluk gösterdikleri için Bipolar'lar kontrol grubuna daha yakın çıkmıştır. Gelecekte, unipolar hastaların da değerlendirildiği, karşılaştırmalı çalışmalar daha aydınlatıcı olabilir.

Beardslee ve arkadaşları (1988) 6-19 yaş arasında ebeveyninde Affektif Bozukluk olan 153 çocukta psikiyatrik hastalıkları araştırmışlardır. Ebeveyni hiç bir psikiyatrik hastalık geçirmemiş olan çocuklarda tanı alma oranı %35, Nonaffektif psikiyatrik hastalığı olan ebeveynlerin çocuklarında tanı alma oranı %53, ebeveynlerinde affektif hastalık öyküsü olan çocuklarda tanı alma

oranı %63 bulunmuştur. Affektif Bozukluğu olmayan ailelerde affektif bozukluk oranı %2 olarak belirtilmiştir. Nonaffektif bozukluğu olan ailelerdeki çocuklarda hiç affektif hastalık tanısı konmamıştır.. Affektif hastalığı olan ebeveynlerin çocuklarında bu oran %30 şeklinde saptanmıştır (10).

Yine Beardslee ve arkadaşlarının yaptığı bir başka çalışmada (1985) Affektif Bozukluğu olan ebeveynin çocuklarında %27 oranında Major Depresyon tanısı konmuştur. Cytryn ve arkadaşları (1982) ebeveynleri affektif hastalık nedeniyle hospitalize edilmiş olan 19 çocuktan 9'unda Major Depresyon tanısı koymuşlardır. Weissman ve arkadaşları (1984) ayakta tedavi gören Major Affektif Bozukluğu olan ebeveynlerin çocuklarında, sadece ebeveyn kayıtlarına bakarak %13 oranında Major Depresyon tanısı koymuşlardır (10).

Welner ve Rice (1988), affektif bozukluğu olan anne-babaların çocuklarında depresyon ortaya çıkış oranını %7-%43 olarak vermişlerdir. Dorzab ve arkadaşları (1971), Mendlewicz ve arkadaşları (1973) bipolar bozukluğu olan ebeveynlerin çocuklarında affektif hastalık geliştirme riskinin arttığını bulmuşlardır. Welner ve Rice'in (1988) kendi çalışmalarında da affektif hastalığı olan ebeveynlerin çocukları, kontrol grubuna oranla belirgin olarak fazla DSM-III tanısı almışlardır (73).

Bizim çalışmamızda da Affektif Hastalıklar spektrumunda indeks grubu çocuklarda belirgin fazla oranlar saptanmıştır. Aynı zamanda bu durum çocukların testlerine de yansımış, çocuğun kendi kendisini değerlendirdiği self report depresyon ölçeğinde anlamlı fark olmamasına rağmen hekimin değerlendirdiği CDRS-R uygulamasında depresyon puanları kontrol grubu çocuklara oranla istatistiksel olarak anlamlı biçimde daha yüksek bulunmuştur.

Welner ve Rice (1988) deprese ebeveynlerin çocukları ile yaptıkları çalışmada 103 çocuktan 12'sinde dikkat eksikliği bozukluğu saptamışlardır. Bizim çalışmamızda da indeks grupta 2 çocukta (%0.5) bu tanı düşünülmüştür. Kontrol grubunda ise bu özellikte tanılı çocuk yoktur. Ancak bu konuda

yargıya varmak için vaka sayımız kısıtlıdır.

Mc Knew ve arkadaşları çalışmalarında Major Affektif Bozukluk tanılı ailelerin çocuklarında psikopatolojiyi araştırmışlar. Tanılar arasında depresyon bulunmuş, ancak 15 proband erişkinin 13'ü Bipolar Bozukluk olduğu halde, çocuklarda hiç bir manik ya da hipomanik özellik gösterilememiştir. Bizim çalışmamızda da ne çocuklar kendilerinde, ne de aileleri çocuklarında bu tür bozukluklar tanımlamamaktadırlar.

Çalışmamızda, indeks gruptaki çocukların şimdiki tanıları ile, cinsiyetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. Ancak geçmiş 2 yıl içinde kız çocukların oğlanlara göre daha fazla psikiyatrik hastalık tanımladıkları belirlenmiştir. Bu bulgu literatürde yayınlanmış olan bazı çalışmaların sonuçları ile uyumludur. Örneğin Rutter (1970) Camberwell çalışmasında psikiyatrik hastaların kız çocuklarında, psikiyatrik bozuklukların 2 kat daha fazla olduğunu, ancak oğlan çocuklarda durumun böyle olmadığını bulmuştur (14). Ancak bazı araştırmacılar da bunun tersi sonuçlar bildirmişlerdir. Bunlar, ailedeki stres ve ebeveynlik işlevindeki bozulmanın oğlan çocuklarda görülen etkisinin kız çocuklara oranla daha fazla olduğunu iddia etmiştir. (Block ve arkadaşları 1986, Emery ve arkadaşları 1984, Emery & O'Leary 1982, Hetherington ve arkadaşları 1981, Porter & O'Leary 1980) (66).

Ancak Emery ve arkadaşları kızların daha çok içe yönelim semptomları gösterdiklerini ve, bu nedenle de daha az dikkat çektiklerini belirtmişler. dışa yönelim semptomları daha fazla görülen erkek çocukların kliniğe anne-babaları tarafından getirilmeleri oranının daha fazla olduğu şeklinde yorumlamışlar; kliniğe başvurmamış aileler incelendiğinde yukarıdaki cinsiyet farkının önemini kaybettiğini saptamışlardır (Emery & O'Leary 1984)(66).

Bu araştırmacılar ilkökul çocuklarında evlilik problemlerine bağlı davranış sorunlarını incelediklerinde, cinsiyet farklılığı bulamamışlardır. Rolf & Garmezy (1974) 4 risk grubu çocuk arasında internalize edilmiş deprese

annelerin çocuklarında annede mevcut içe yönelim semptomlarının, bu annelerin kız çocuklarında daha fazla olduğunu, ancak oğlan çocuklarında böyle olmadığını bulmuşlardır (9). Gerçekte aile stresine karşı çocuğun yanıtında cinsiyet farkının varlığı ile ilgili daha çok çalışmaya gereksinim vardır.

Bizim çalışmamızda 12-18 yaş arası indeks grubu kız çocuklarda obsesif-anksiyöz tutum, depresif içe çekilme, immatür hiperaktivite gibi içe yönelim semptomlarının kontrol gruba oranla daha sık olduğu saptanmıştır. Bu da Emery & O'Leary'nin görüşleri ile uyumlu bir sonuçtur. Ancak onlarınkinden farklı olarak bu kızlarda agresif semptomlar da daha fazla görülmüştür. Gene 6-11 yaş kızlarda da depresyon, sosyal içe çekilme, şizoid-obsesif semptomlar gibi içe yönelim semptomlarında artış görülmüştür. Bu çocuklarda da saldırganlık semptomları kontrol grubundan daha fazladır. 6-11 yaş grubu oğlanlarda da gerek içe yönelim gerekse dışa yönelim semptomlarında kontrol grubuna göre artmış değerler saptanmıştır. Ancak 12-18 yaş oğlanlarda bu daha az belirgindir.

Sonuçta hem içe yönelim, hem de dışa yönelim semptomlarının proband çocuklarda artmış olduğu söylenebilir. Bu Zahn-Waxler ve arkadaşlarının (1988) çalışmaları ile uyumludur (78). Ancak bu farklılık Hammen ve arkadaşlarının çalışması ile de uyumlu olarak çok yüksek oranlarda değildir (30).

Akçakın M (1984) psikotik, nevrotik ve normal annelerin çocuklarının davranış sorunları yönünden incelediğinde psikotik annelerin çocuklarının, nevrotik anne çocuklarına göre daha düşük skorlar aldıklarını ve normal gruba yakın olduklarını saptamıştır. Beisser ve arkadaşları (1967) ise bunun tam tersine psikotik annelerde, nevrotik annelerin çocuklarına göre daha yüksek psikiyatrik belirti oranı ve uyumsuzluk saptamışlardır (2).

Zahn-Waxler ve arkadaşları (1984) Bipolar Bozukluğu olan ailelerin 3 yaşından küçük çocuklarını araştırmışlardır. Bu çocuklarda arkadaşları ile

paylaşma ve hostilete ile başa çıkma alanlarında yetersizlik ve ayrıca agresyonla ilgili uyumsuz davranış kalıpları gözlenmiştir. Kontrol grubuna göre bu çocuklarda daha fazla psikiyatrik semptom saptanmıştır. İndeks grubu çocukları daha fazla uyumsuz ve yer değiştirmiş agresyon sergilemişlerdir. Kontrol grubu çocuklara göre arkadaşlarına zarar verici davranış daha fazladır (77).

Laroche ve arkadaşları 1987 yılında Bipolar Affektif Bozukluğu olan ebeveynlerin çocuklarına, bizim çalışmamızdakine benzer şekilde Achenbach'ın geliştirmiş olduğu Çocuk Davranış Sorunları listesini uygulamışlardır. Kontrol grubu ile indeks grubu arasında belirgin fark bulamamışlardır (41).

Risk altındaki çocuklarla yapılan çalışmaların sonuçları, değişik yaş gruplarında etkilenmenin farklı olabileceğini iddia etmektedir.

Şimdiki çalışmada çocuklardaki tanı alma durumu ile yaş arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Tanılar değişik yaşlara aşağı yukarı eşit olarak dağılmışlardır. Bizim çalışmamızın sonuçları ile uyumlu biçimde Beardslee ve arkadaşları (1988) ebeveyninde affektif bozukluk olan çocuklarla yaptıkları çalışmada, hastalık riskini yaş ve cinsiyet ile ilişkili bulamamışlardır (10).

Önceki çalışmalarda ebeveyn hastalığından çocukların en çok etkilendiği yaşlar erken bebeklik ve adolesans olarak belirlenmiştir. 10 yaşın altındaki çocuklarda depresyon çok ender olarak görülmüştür. Hem erkek hem de kızlarda 16-20 yaşlarda Major Depresyon başlayışında bir pik saptanmıştır. Ebeveyn affektif hastalığına duyarlılığın olduğu bir diğer yaş grubu da 0-3 yaş olarak belirtilmiş ve özellikle annenin hasta olduğu durumlarda bu riskin arttığından söz edilmiştir (Laroche 1989) (42). Beardslee ve arkadaşları (1988), 6-19 yaş arasında ebeveyninde affektif bozukluk olan çocuklarla yaptıkları çalışmada, artmış hastalık riski saptamışlardır. Hastalığın başlangıcının çoğu çocukta adolesanstan önce olduğunu belirtmişlerdir (10).

Bizim çalışmamızda hasta olan ebeveynin anne ya da baba oluşu ile çocuktaki tanı alma durumu arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Bu bulgu daha önceki birçok çalışmanın sonuçlarından farklılık göstermektedir. Batı kültüründeki araştırmacılar annedeki hastalığın çocukta artmış hastalık riski ile daha çok birlikte olduğunu belirtmişlerdir.

Welner & Rice (1988) deprese ebeveynlerin çocukları ile yaptıkları çalışmada affektif bozukluk tanısı alan çocuklardan 17'sinin 16'sında hasta olan ebeveynin anne olduğunu bulmuşlardır. Garrison & Earls (1986) anneye ait affektif fonksiyon bozukluğunun erken çocuklukta psikopatolojinin gelişiminde daha etkili olduğunu saptamışlardır (73).

Kendi kültürümüzde anne ve babanın hasta oluşu ile çocuktaki hastalık riski arasındaki ilişkiyi aydınlatmak için başka araştırmalara gereksinim bulunmaktadır.

Bu çalışmada annenin eğitimi ve mesleği ile çocuktaki psikopatoloji arasında herhangi bir bağlantı gözlenmemiştir. Ancak babanın mesleği ve eğitim durumunun (özellikle de eğitim durumu) çocuğun bozulmasını etkilediğini destekleyen bulgular saptanmıştır. İndeks grubu çocuklarda babanın işçi ve memur olduğu ailelerde affektif bozukluk grubu tanıları daha yoğun bulunmuştur. Bu ilişkinin denek sayısı arttırılırsa daha çok belirginleşeceği düşünülmektedir. Babanın eğitimi ile hastalık dağılımı arasındaki ilişki daha belirgindir. Babası ilkokulu bitirmemiş (okur-yazar) ve yüksek okul mezunu olan çocukların daha çok depresif tanılar aldığı gözlenmiştir. Tüm bu bulgular yanı sıra, ailelerin sosyoekonomik durumları çocuktaki hastalık ile ilişkisiz bulunmuştur. bu durumda ailenin sosyoekonomik durumundan çok bunun dışındaki bir neden ile de olsa (örneğin babanın işindeki zorluklar) aile içindeki stresin çocukta daha olumsuz bir etkilenmeye neden olacağı düşünülmüştür.

Landau ve arkadaşları (1972) bizim sonuçlarımız ile uyumlu biçimde ebeveyndeki psikiyatrik hastalığın, ailenin sosyoekonomik ölçütlerinden ve düzeyinden daha etkili olduğunu bulmuşlardır (39). Beardslee ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da (1988), affektif hastalığı olan ebeveynlerin çocuklarında ebeveynin sosyal statüsü ile bağlantı saptanmamıştır (10). Keller ve arkadaşları (1986) sosyal ve demografik özelliklerle çocuktaki bozulma arasında anlamlı bir ilişki bulamamışlardır (35). Weissman ve arkadaşları da (1984) çocuktaki depresyon veya diğer DSM-III tanılarının sosyal sınıfla ilişkisi olmadığını bulmuşlardır. Tüm bu veriler, bizim çalışmamızdaki sosyoekonomik düzey ile çocuktaki olumsuz etkiler arasında bağlantı olmaması durumu ile uyumludur.

Ancak bazı çalışmalarda da bunun tersine bulgular bildirilmiştir. Örneğin Welner & Rice (1988) affektif bozukluğu olan ailelerde sosyoekonomik statü açısından belirgin fark bulmuşlar ve çocuktaki bozuklukların da bununla ilişkili olacağını savunmuşlardır (73).

Hirsch ve arkadaşları ise (1985) ebeveynin spesifik hastalığından çok ebeveyndeki stres ve yetersizliğin etkili olduğu sonucuna varmışlardır (32). Biz de babanın eğitim ve mesleki durumunun ailedeki stres düzeyi üzerine etkili olabileceğini ve bu yolla çocuktaki bozulmayı etkileyebileceğini düşünebiliriz.

Aile için bir başka stres etkeni olarak karı koca geçimsizliğini düşündüğümüzde, hasta grubu ailelerin, kontrol grubuna oranla daha çok sürtüşme tanımladıkları dikkati çekmiştir. Özellikle PARI'de karı koca geçimsizliği boyutuna hasta grubu anneler daha olumsuz yanıtlar vermişlerdir. Bu boyuttaki sorular içinde babanın ev içindeki sorumluluğu paylaşması, çocuğun bakımında anneye yardımcı oluşu ile ilgili olanlar da vardır. Özellikle annelerin bu sorulardan aldıkları yüksek puanlar hasta grubu ailelerde babaların ebeveynlik görevini yerine getirmede daha yetersiz

kaldıklarını düşündürmüştür.

Bu bulgular literatürde yayınlanmış birçok çalışmanın sonuçları ile uyumluluk göstermektedir. Rutter ve arkadaşları (1975b), çocuktaki bozulmanın evlilik uyumsuzluğu, ebeveyn psikiyatrik hastalığı ve sosyal dezavantajlarla birlikte olduğunu bulmuşlardır. Laroche'un (1986) çalışmasında manik depresif hastaların çocuklarında babaya ait evlilik uyumu skorlarının, psikopatolojisi olan çocuklarda olmayanlara oranla belirgin olarak düşük olduğu belirtilmiştir. Myrna Weissman (1979), deprese kadınlarla normal komşularını karşılaştırmış ve babalık fonksiyonlarını hasta ailelerde belirgin farklı bulmuştur. Cooper ve arkadaşları (1977), psikiyatrik bozukluğu olan ailelerde evlilik uyumsuzluğunun daha fazla olduğunu belirtmişler. Richman ve arkadaşları (1977) davranış sorunları olan çocukların annelerini incelemişler. Bu sorunları bozulmuş evlilik ilişkileri, sosyal stresler ve ev kadınlığı fonksiyonu ile birlikte bulmuşlardır. Keller ve arkadaşları (1986) affektif hastalığı olan ailelerde eğer anne-baba arasındaki ilişki bozursa çocuktaki uyum bozukluğunun artacağını gözlemişler. Billings & Moss (1985) unipolar ve bipolar depresyon, şizofreni, alkolizm gibi birçok değişik psikiyatrik hastalıkları olan ebeveynlerin çocukları ile yaptıkları çalışmada, aile stresörleri ve kaynaklarının çocuğun uyum ve sağlığı üzerinde anne-baba hastalığının etkisini belirleyen elemanlar olduğunu göstermişlerdir (8, 13, 16, 31, 33, 34, 40, 58, 66).

Welner ve Rice (1988) affektif bozukluğu olan ailelerde evlilik durumu açısından belirgin fark bulmuşlar, proband ailelerde belirgin olarak daha fazla oranda boşanma saptanmıştır (73).

Goldberg & Easterbrooks (1984), 20 aylık çocukların ebeveynlerinde, evlilikteki doyum ve eşler arası uyumun daha fazla toleranslı ve destekleyici anne-babalık tutumları, daha az katı ebeveyn inançları, daha duyarlı baba çocuk etkileşimleri ve çocuğun sıkıcı olduğuna ilişkin daha az olumsuz duygu

ile birlikte olduğunu saptamışlardır (66).

Bizim çalışmaya aldığımız ailelerde evlilik sorunlarında artış görülmekle birlikte, anne-babalık tutumları ile ilgili, aşırı annelik, baskı, disiplin ve (ev kadınlığını reddetme) gibi alanlarda kontrol grubu ile bir farklılık gözlenmemiştir.

Şaşırtıcı bir sonuç olarak demokratik tutum ve eşitlik tanıma ile ilgili sorularda gerek hasta grubundaki anneler ve gerekse babalarda, kontrol grubuna göre ileri derecede anlamlı ve çok daha olumlu yönde farklı puanlar elde edilmiştir. Bu sorular, çocuğa eşit haklar tanımak, fikirlerini açıkça belirtmesini desteklemek, onunla arkadaşlık etmek ve birçok şeyi paylaşmak gibi konuları kapsar. Annenin ve babanın cesaret verici konuşmalar ve çocukla paylaşımlarını onaylaması ile ilgilidir. Tabii ki bu alanlarda, çocukta hastalığın daha fazla görüldüğü saptanmış olan bir grupta, belirgin biçimde yüksek olumlu puanlar elde edilmesi beklenen bir durum değildir. Bunu birkaç biçimde yorumlamak mümkündür. Bir tanesi hasta ailelerde aşırı savunmacı tutum sonucu bu tür bir skor elde edilmiş olabileceğidir. Bir diğeri ise bu ailelerde hastalığın çocukta oluşturacağı olumsuz sonuçları telafi etmek amacı ile demokratik olmaya aşırı özen gösterme söz konusu olabilir.

Keller ve arkadaşları (1986) ebeveyn affektif hastalığının şiddet ve kronisitesinin çocuktaki psikopatoloji üzerindeki etkilerini araştırmışlardır. Özellikle hastalık şiddetli ve kronik olduğunda çocuktaki etkinin daha fazla olduğunu saptamışlardır (35). Keotner & Miller (1990) major depresyon tanılı hastaların çocuklarını araştırmışlar; spesifik ebeveyn hastalığı, affektif hastalığın şiddet ve kronisitesi ve hasta anne-babaya sahip olmanın getirdiği nonspesifik stresin çocukta hastalık riskini arttırdığını bulmuşlardır (34).

Şimdiki çalışmada da hasta ebeveynin hastalık süresi, hospitalizasyonu ve epizod sırasında psikotik bulguların varlığı, eski kayıtlarına bakılarak değerlendirilmiştir. Ancak bunların hiçbirisi ile çocuktaki şimdiki ve geçmiş

2 yıl içindeki tanı durumu arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır.

Hasta ebeveynler aynı zamanda manik ya da depresif epizodların sıklığı ya da her ikisinin eşit oluşu biçiminde sınıflandırılmışlardır. Böyle bir ayırım yapıldığında çocuktaki şimdiki mevcut tanı ile epizod türü arasında ilişki bulunamamıştır. Ancak geçmiş 2 yıl içinde özellikle affektif hastalıklar spektrumu içinde tanı alan çocukların ebeveynlerinde, anlamlı biçimde depresif epizodların sık olduğu saptanmıştır.

Hammen ve arkadaşları (1990) unipolar deprese, bipolar bozukluk ve kronik fizik hastalığı olan ebeveynlerin çocuklarında tüm değerlendirmelerde unipolar gruba ait çocuklarda en fazla bozulma saptamışlardır. Bu çalışmada unipolar annelerin çocuklarında bozukluk daha kronik ve devamlı özellik göstermektedir. Bipolarların çocuklarında ise bozukluklar daha çok geçici özellik göstermişlerdir. Sonuçta esas risk grubu olarak unipolar annelerin çocukları gösterilmiştir. Bu izleme çalışmasında adolesanstan önce bozulma ortaya çıkan çocuklarda hastalığın kronik veya intermittan bir özellik kazandığı gözlenmiştir (30).

Cooper ve arkadaşlarının (1977) yaptıkları çalışmada bozulma görülen çocuklar 6 ay sonra tekrar kontrol edildiklerinde psikiyatrik bozukluk saptanan 19 çocuktan 9'unda düzelme olmuştur. Bu da çocuktaki bozukluğun, ailedeki emosyonel duruma tepkisel olarak geliştiğini düşündürmüştür (14).

Bunun yanı sıra Orvaschel ve arkadaşları (1989), yüksek risk grubu oluşturan psikiyatrik hastalığı olan kişilerin ikinci derece akrabalarının çocuklarında psikopatoloji oranını, sağlıklı kişilerin ikinci derece akrabalarının çocuklarındakine göre daha yüksek bulmuşlardır. Bu da genetik yüklülük tehnedir (53).

Bu çalışmada da, muayene sırasında ebeveynin remisyonunda olması koşulu aranmıştır. Bu durumda elde edilen sonuçların stresle akut karşılaşma değil, süregen bir durum olduğu düşünülmüştür. İndeks gruptaki çocuklarla yapılan

klirik görüşmeler sırasında, ebeveynin hospitalizasyonu ve hastalığın başlangıç dönemlerinde, ocuk çok belirgin etkilenme tanılmaktadır. Olguların hemen hepsi bu dönemde anne veya babalarının öleceğinden korktuklarını belirtmişlerdir. Bu ocukların, ebeveynlerinin hastalıkları ile ilgili yoğun endişeleri olduğu ve bu konuda soru sorabilecekleri ve kendilerini aydınlatacak birisi ile konuşmaya büyük gereksinim duydukları dikkati çekmiştir. En sık rastlanan endişelerden biri bu hastalığın kalıtsal olarak geçip geçmeyeceği, kendilerinin de ileride hasta olup olmayacakları gibi bir korkudur. Bir başka sorunun da anne-babanın hastalığından utanma olduğu gözlenmiştir. Bu nedenle, anne-babada akut epizod varlığında çocukların ruhsal durumlarının araştırılması gereksinimi vardır. Çocuktaki bozulmayı etkileyen faktörler arasında çocuğa ilişkin özellikler de önem taşır.

Affektif hastalığı olan ebeveynlerin ve kontrol grubunun çocukları ile yaptıkları çalışmada Weissman ve arkadaşları ve Pelligrini ve arkadaşları zeka açısından belirgin fark bulmamışlardır (41). Bu sonuç bizim bulgularımızla uyumludur. ancak Weissman deprese ebeveynlerin çocuklarının dikkat sorunları nedeniyle daha çok özel sınıflara alınmak zorunda kaldıklarını ve eğitimciler tarafından bu çocuklarla ilgili daha çok öğrenme zorlukları tanımladığını saptamışlardır. Bizim alımamızda da uygulanan Bender-Gestalt testi sonuçlarına göre dikkat alanında proband çocuklarda kontrol grubu çocuklara göre, istatistiksel olarak anlamlı biçimde bozulma saptanmıştır. İstatistik değerlendirmeleri çok anlamlı olmamakla birlikte, organizite düşündüren bulgular da proband çocuklarda daha sıktır. Bu bulgular çocukların organik etyolojiye yönelik ileri tetkiklere tabi tutulması gerekliliğini göstermektedir.

Decina ve arkadaşları, manik-depresif hastaların ocuklarında WISC-R ile değerlendirdiklerinde, performans IQ'ya oranla daha yüksek verbal IQ puanları

elde etmişlerdir (41). Ancak bu çalışmanın bulguları başkaları tarafından doğrulanmamıştır. Bizim çalışmamızda da proband çocuklarda, verbal IQ ile performans IQ değerleri arasında herhangi bir fark saptanmamıştır.

Affektif hastalığı olan ebeveynlerin çocukları ile kontrol grubu çocukların birçok alanda birbirlerinden farklı olduklarını gösteren bu tür sonuçlar, gündeme etyolojinin ne olduğu sorusunu getirecektir. Bu fark genetiğe mi, yoksa evlilik uyumsuzlukları, ebeveynlik işlevlerinde bozulma gibi psikososyal değişkenlere mi, yoksa bunların her ikisine birden mi bağlıdır? Psikososyal faktörlerle birlikte, geniş aile öyküsü bilgilerinin de alındığı çalışmalar bu konuda aydınlatıcı olabilir.

Laroche ve arkadaşları (1987) 21 manik-depresif aileye ait 37 çocuğu 3-7 yıl aralarla izlemişlerdir. Çocuktaki bozulma ile genetik yüklülük arasında lineer analizlerde ilişki bulunamamıştır.

Genetik etkilenmeyi en iyi hasta ebeveynlerin küçük yaşta evlat edinilmiş çocukları ile yapılacak çalışmalar değerlendirecektir.

SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Bipolar bozukluğu olan anne babaların çocuklarında, herhangi bir psikiyatrik hastalığı olmayan anne babaların çocuklarına oranla, psikiyatrik tanı alma sıklığı daha fazladır. Bu tanımlar özellikle major depresyon ve distimi gibi affektif hastalıklar spektrumunda yoğunlaşmaktadır.

Şimdiki tanı alma durumları ile çocukların yaşları, cinsiyeti, annenin eğitimi, annenin mesleği, kardeş sayısı, kardeş cinsiyeti, doğum sırası gibi değişkenler arasında anlamlı ilişki saptanamamıştır. Ancak babanın mesleği ve eğitim durumu tanı alma durumunu etkilemiştir.

Son iki yıl içinde, kız çocukların erkek çocuklara göre daha fazla psikiyatrik tanı aldıkları saptanmıştır.

Hasta olan ebeveynlerin anne ya da baba oluşu ile çocuğun ne şimdiki psikiyatrik tanısının, ne de son iki yıl içinde almış olduğu tanının ilişkisi saptanamamıştır.

Ebeveynin hospitalizasyonu, ebeveynin hastalık süresi, hastalık süresince psikotik bulgunun varlığı, çocuktaki şimdiki tanı ve geçmişteki tanı (son 2 yıl içinde) ile bağlantılı bulunmamıştır.

Ebeveynlerde depresif epizodun daha sık görülmesi çocuğun geçmişte daha fazla tanı, özellikle de affektif hastalık tanısı almasına neden olmuştur.

Ailelerin sosyoekonomik durumları ile çocuktaki tanı alma durumu arasında ilişki bulunmamıştır.

Hasta grubu ailelerde özellikle anneler daha fazla evlilik sorunu tanımlamışlar, bu durum kontrol grubuna göre anlamlı olarak farklı bulunmuştur. Çocuktaki tanı alma riskinin evlilik uyumsuzluğu ile arttığı düşünülmüştür.

Bipolar Bozukluğu olan ailelerde çocukta depresif semptomlara daha fazla rastlanmıştır.

12-18 yaş kızlarda, anne-babada Bipolar Bozukluk varsa, obsesif, anksiyöz, depresif içe çekilme, immatür hiperaktivite ve agresivite semptomları; 6-11 yaş kızlarda da, depresyon, şizoid-obsesif, suçluluk ve acımasızlık semptomları daha fazla tanımlanmıştır. 12-18 yaş grubu oğlanlarda anne ya da babada Bipolar Bozukluk varsa sadece suçluluk duygusu ile ilgili semptomlar; 6-11 yaş oğlanlarda ise depresyon, ilişki güçlüğü, hiperaktif ve agresif semptomlar ebeveyn tarafından daha çok belirtilmiştir.

Proband çocuklarına uygulanan organisite testlerinde, kontrol grubuna göre daha fazla bozulma olduğu gözlenmiştir, bu özellikle dikkat alanında daha belirgindir.

Hem bizim hem de diğer çalışmaların sonuçları göstermektedir ki affektif bozukluğu olan ailelerin çocukları, depresyon veya diğer bozuklukları geliştirmek açısından belirgin risk altındadırlar. Bu da psikiyatristler tarafından görülen böyle hastaların hızlı ve yeterli bir sağaltıma alınması gerekliliği sonucunu doğurmaktadır. Bir başka sonuç ta Major Affektif Bozukluk nedeniyle sağaltılan bir ebeveynin çocuğuna günlük işlevleri açısından bir yardım gerekmektedir ki, bu özellikle akut stres sırasında daha da gereklidir. Özellikle akut bir epizod nedeniyle anne veya babanın hospitalizasyonu tüm aile üyeleri için ciddi bir sorun oluşturur. İdeal olan böyle kişilerin tüm çocuklarının bireysel olarak değerlendirmeye alınmalarıdır. Tabii ki çocuğa ait başaçıkma mekanizmaları, duyarlılık ve hastalığa yatkınlık gibi özellikler, daha sonraki tedavi planını oluşturmada dikkate alınacaktır. Bipolar Bozukluk veya diğer Affektif Bozukluklarda aynı zamanda şiddetli evlilik uyumsuzluğu, ayrılık, boşanma nedeniyle ve postpartum dönemlerde de, aile içinde yüksek düzeyde stres yaşanmaktadır. İlaç tedavisinin yanı sıra aile ve eşlerin terapisi, grup ve bireysel psikoterapiler özellikle önerilmektedir. Dayanıklı çocuklarla yapılan çalışmalar bize psikoterapide izlenecek yol ile ilgili ipuçları vermektedir.

Anne-babalarının hasta olmalarına karşın, hastalığa dirençli olan bu çocukların kendi kendini anlama ile ilgili yüksek skorlar ve iyi özgüvenleri olduğu gözlenmiştir. Kişilerarası ilişkilerden, iş ve diğer eğilimlerden hoşlanır ve bunlara değer verirler.

Tüm bu bilgilerin sonucunda, gelecekte daha geniş tanı grupları ve daha fazla deneğin değerlendirildiği karşılaştırmalı çalışmaların yapılmasının gerekliliği ortaya çıkmaktadır.



Ö Z E T

Son yarım yüzyıldan beri, genel popülasyonda yapılan birçok araştırmada ebeveyn hastalığı ile çocuktaki ruhsal bozukluk arasındaki bağlantının varlığı gösterilmiştir. Kliniğimiz Affektif Hastalıklar Biriminde izlenmekte olan Bipolar Bozukluk tanılı 21 hastaya ait 37 çocuk incelenerek, bu bağlantı kanıtlanmaya çalışılmıştır. Aynı zamanda sosyodemografik özellikleri açısından eşlenmiş ve DSM-III-R kriterlerine göre herhangi psikiyatrik bozukluk tanısı almayan anne babalardan oluşan 20 aileye ait 37 çocuk da kontrol grubu olarak çalışmaya alınmıştır. Olgular öncelikle klasik psikiyatrik görüşme yöntemi ile değerlendirilerek DSMIII-R'ye göre tanı konmuştur. Ayrıca çocuklara CDI-Çocuklar için Depresyon Ölçeği, CDRS-R-Çocukluk Depresyonunu Değerlendirme Ölçeği uygulanmıştır. Anne-babalardan çocuklar ile ilgili olarak Çocuk Davranış Sorunları listesini doldurmaları istenmiştir. Ayrıca PARI-Çocuk Yetiştirme ve aile tutum Ölçeği tüm ebeveynler tarafından doldurulmuştur. Çocuklara ayrıca WISC-R ve Bender-Gestalt testleri uygulanmıştır.

Sonuçta proband çocukların, kontrol grubuna oranla özellikle Affektif Hastalıklar Spektrumu içinde daha fazla DSM-III-R tanısı aldıkları, yine proband ailelerde evlilik uyumsuzluğunun daha fazla olduğu, indeks grubu çocuklarda davranış sorunlarının da daha fazla ve dikkat alanında daha çok bozulma görüldüğü saptanmıştır. Çocuklardaki yaş ve cinsiyet, anne veya babanın hasta oluşu tanıyı etkilememiştir. Babanın mesleği ve eğitimi dışındaki ailenin sosyodemografik özellikleri etkili değildir. Ebeveyn hastalığının şiddet ve kronisitesi ile ilgili de anlamlı bir birliktelik bulunamamıştır. Sonuçlar ilgili literatürle genelde uyumluluk göstermektedir.

4-16 YAŞLARI İÇİN ÇOCUK DAVRANIŞ LİSTESİ(*) - ACHENBACH

ÇOCUĞUN ADI SOYADI:

CİNSİYETİ:

ÇOCUĞUN DOĞUM TARİHİ:

OKULU-SINIFI:

| I. Yaşıtlarıyla kıyaslandığında çocuğunuz: | <u>tek</u> | <u>yaşıtlarından daha kötü</u> | <u>yaşıtları kadar</u> | <u>yaşıtlarından daha iyi</u> |
|--|------------|--------------------------------|------------------------|-------------------------------|
| a. Kardeşleriyle ne kadar iyi geçinir? | () | () | () | () |
| b. Diğer çocuklarla ne kadar iyi geçinir? | () | () | () | () |
| c. Ana-babasına ne kadar iyi davranır? | () | () | () | () |
| d. Kendi başına ne kadar iyi oynar ve çalışır? | () | () | () | () |

II. Çocuğunuzun takriben kaç tane yakın arkadaşı var?

- () Bilmiyorum () Hiç () 1 () 2 veya 3
() 4 ve daha fazla

III. Okuldaki durumu

() Okula gitmez

| | <u>zayıf</u> | <u>orta</u> | <u>iyi</u> | <u>pekiyi</u> |
|-------------------------|--------------|-------------|------------|---------------|
| okuma | () | () | () | () |
| yazma | () | () | () | () |
| matematik | () | () | () | () |
| hayat bilgisi (anlatma) | () | () | () | () |
| Diğer | () | () | () | () |

Çocuğunuz özel ders alıyor mu?

- () hayır () evet-hangi dersler için

Çocuğunuz hiç sınıfta kaldı mı?

- () hayır () evet-hangi sınıfta, neden?

Çocuğunuzun okulda derslerle ilgili veya başka sorunu oldu mu?

- () hayır () evet (lütfen açıklayınız)

IV. Aşağıda çocukları anlatan maddeler sıralanmıştır. Bu maddeleri çocuğunuzun bugünkü ve son 6 ayki durumunu düşünerek değerlendiriniz. Eğer madde çocuğunuz için çok geçerli (doğru) veya genellikle doğru ise 2'yi, bir dereceye kadar doğru veya bazen doğru ise 1'i, doğru değilse 0'ı yuvarlak içine alınız. Lütfen her maddeyi elinizden geldiğince iyi değerlendirmeye çalışınız.

0 = Doğru değil
(bildiğiniz
kadarıyla)

1 = Bir dereceye kadar
veya bazen doğru

2 = Çok doğru veya
genellikle doğru

- | | | | |
|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 1. Yaşına göre çok küçük davranışlarda bulunur. |
| 0 | 1 | 2 | 2. Alerjisi vardır (açıklayınız). |
| 0 | 1 | 2 | 3. Çok münakaşa eder. |
| 0 | 1 | 2 | 4. Astımı vardır. |
| 0 | 1 | 2 | 5. Karşı cins gibi davranır. |
| 0 | 1 | 2 | 6. İhtiyacını tuvaletin dışında giderme alışkanlığı vardır. |
| 0 | 1 | 2 | 7. Övünür. |
| 0 | 1 | 2 | 8. Dikkatini bir noktada toplayamaz, bir faaliyette uzun süre dikkatini veremez. |
| 0 | 1 | 2 | 9. Aklını bazı düşüncelerden alamaz, sabit fikirleri vardır (açıklayınız). |
| 0 | 1 | 2 | 10. Hareketsiz oturamaz, rahat duramaz, aşırı hareketlidir. |
| 0 | 1 | 2 | 11. Büyüklere yapışır ve aşırı bağımlıdır. |
| 0 | 1 | 2 | 12. Yalnızlıktan şikayet eder. |
| 0 | 1 | 2 | 13. Bulanık düşünceli veya dalgındır. |
| 0 | 1 | 2 | 14. Çok ağlar. |
| 0 | 1 | 2 | 15. Hayvanlara karşı zalimdir. |
| 0 | 1 | 2 | 16. Zalimdir, zorbadır veya başkalarına karşı kötüdür. |
| 0 | 1 | 2 | 17. Hayal kurar veya düşüncelere dalar. |
| 0 | 1 | 2 | 18. Kendine kasten zarar verir veya intihara teşebbüs eder. |
| 0 | 1 | 2 | 19. Çok ilgi ister. |
| 0 | 1 | 2 | 20. Kendi eşyalarına zarar verir. |
| 0 | 1 | 2 | 21. Kendi ailesine veya başka çocuklara ait eşyaları tahrip eder. |
| 0 | 1 | 2 | 22. Evde itaatsizdir. |
| 0 | 1 | 2 | 23. Okulda itaatsizdir. |
| 0 | 1 | 2 | 24. İyi yemez. |
| 0 | 1 | 2 | 25. Diğer çocuklarla geçinmez. |
| 0 | 1 | 2 | 26. Yaramazlık yaptıktan sonra suçluluk duyuyormuş gibi gelir. |
| 0 | 1 | 2 | 27. Kolay kıskanır. |
| 0 | 1 | 2 | 28. Yemek olmayan şeyleri yer veya içer (açıklayınız). |
| 0 | 1 | 2 | 29. Bazı hayvanlardan, durumlardan veya okul dışında bazı yerlerden korkar (açıklayınız). |
| 0 | 1 | 2 | 30. Okula gitmekten korkar. |
| 0 | 1 | 2 | 31. Kötü birşey düşünmekten ya da yapmaktan korkar. |
| 0 | 1 | 2 | 32. Kusursuz olması gerektiğini düşünür. |
| 0 | 1 | 2 | 33. Kimsenin onu sevmediğini hisseder veya bundan şikayet eder. |
| 0 | 1 | 2 | 34. Başkalarının ona karşı kasıtları olduğu hissine kapılır. |
| 0 | 1 | 2 | 35. Kendini değersiz hisseder veya aşağılık duygusu vardır. |
| 0 | 1 | 2 | 36. Çok incinir, kazaya yatkındır. |
| 0 | 1 | 2 | 37. Birçok kavgaya girer. |
| 0 | 1 | 2 | 38. Alay edilmeye müsaittir. |

- 0 1 2 39.Başı derde giren çocuklarla birlikte olur.
0 1 2 40.Olmayan şeyleri duyar (açıklayınız).
0 1 2 41.Fevridir veya düşünmeden hareket eder.
0 1 2 42.Yalnız olmaktan hoşlanır.
0 1 2 43.Yalan söyler veya çalar.
0 1 2 44.Tırnaklarını yer.
0 1 2 45.Sinirli, hassas veya gergindir.
0 1 2 46.Sinirli hareketleri veya tikleri vardır (açıklayınız).
0 1 2 47.Kabus görür.
0 1 2 48.Diğer çocuklar tarafından sevilmez.
0 1 2 49.Kabızdır, bağırsakları çalışmaz.
0 1 2 50.Çok korkar veya endişelidir.
0 1 2 51.Başı döner.
0 1 2 52.Çok suçlu hisseder.
0 1 2 53.Aşırı yer.
0 1 2 54.Aşırı yorgundur.
0 1 2 55.Aşırı şişmandır.
0 1 2 56.Tıbbi neden olmaksızın fiziksel problemler:
a. sızılar veya ağrılar
b. başağrıları
c. bulantı, kendini hasta hissetme
d. gözlerinden sorunlu (açıklayınız).
e. kızarıklıklar veya deri sorunları
f. karın ağrıları veya kramplar
g. kusma
h. diğer (açıklayınız).
0 1 2 57.İnsanlara fiziksel olarak saldırır.
0 1 2 58.Burun, deri veya vücudun diğer kısımlarını kurcalar
(açıklayınız)
0 1 2 59.Umumi yerlerde kendi cinsel organlarıyla oynar.
0 1 2 60.Kendi cinsel organlarıyla çok oynar.
0 1 2 61.Derslerinde zayıftır.
0 1 2 62.Sakar ve hantaldir.
0 1 2 63.Kendinden büyük çocuklarla oynamayı tercih eder.
0 1 2 64.Kendinden küçük çocuklarla oynamayı tercih eder.
0 1 2 65.Konuşmayı reddeder.
0 1 2 66.Bazı davranışları üst üste tekrarlar, tekrarlamak zorundaymış
gibi hisseder (açıklayınız).
0 1 2 67.Evden kaçır.
0 1 2 68.Çok bağıırır.
0 1 2 69.Sır saklar, ketumdur.
0 1 2 70.Olmayan şeyleri görür (açıklayınız).
0 1 2 71.Kolayca utanır.
0 1 2 72.Ateşle oynar.
0 1 2 73.Cinsel sorunları vardır (açıklayınız).
0 1 2 74.Gösteriş veya soytarıılık yapar.
0 1 2 75.Çekingen veya sıkılıgandır.
0 1 2 76.Çoğu çocuktan daha az uyur.
0 1 2 77.Gündüz ve/veya gece çoğu çocuktan daha çok uyur (açıklayınız).
0 1 2 78.Dışkıını etrafa buluşturır veya onunla oynar.
0 1 2 79.Konuşma sorunu vardır (açıklayınız).
0 1 2 80.Boş boş bakakalır.
0 1 2 81.Evde çalar.
0 1 2 82.Ev dışında çalar.
0 1 2 83.İhtiyacı olmayan şeyleri biriktirir (açıklayınız).
0 1 2 84.Garip davranışları vardır (açıklayınız).

- 0 1 2 85.Garip fikirleri vardır (açıklayınız).
0 1 2 86.İnatçı, somurtkan veya terstir.
0 1 2 87.Mizacında veya duygularında ani değişiklikler olur.
0 1 2 88.Çok surat asar.
0 1 2 89.Şüphesidir.
0 1 2 90.Küfreder veya müstehcen dil kullanır.
0 1 2 91.Kendini öldürmekten söz eder.
0 1 2 92.Uykusunda konuşur veya yürür (açıklayınız).
0 1 2 93.Çok konuşur.
0 1 2 94.Çok şaka yapar.
0 1 2 95.Huysuzluk nöbetleri vardır veya çabuk kızar.
0 1 2 96.Seks hakkında fazla düşünür.
0 1 2 97.İnsanları tehdit eder.
0 1 2 98.Parmak emer.
0 1 2 99.Düzenlilik veya temizlik ile fazla ilgilidir.
0 1 2 100.Uyumakta zorluk çeker (açıklayınız).
0 1 2 101.Okuldan kaçır.
0 1 2 102.Hareketsizdir, yavaş hareket eder veya enerji noksanlığı vardır.
0 1 2 103.Mutsuz, üzgün veya canı sıkındır.
0 1 2 104.Alışıl gelmişin dışında gürültücüdür.
0 1 2 105.Alkol veya uyuşturucu kullanır (açıklayınız).
0 1 2 106.Tahripkardır (yıkır, bozar).
0 1 2 107.Gündüz altını ıslatır.
0 1 2 108.Yatağını ıslatır.
0 1 2 109.Sızlanır.
0 1 2 110.Karşı cinsten olmak ister.
0 1 2 111.İçine kapanıktır veya başkalarıyla ilişkiye girmez.
0 1 2 112.Kuruntuludur.
0 1 2 113.Çocuğunuzun yukarıda belirtilmemiş başka herhangi bir problemi varsa lütfen belirtiniz.
- 0 1 2
0 1 2
0 1 2
0 1 2
0 1 2
0 1 2
0 1 2
0 1 2
0 1 2
0 1 2
0 1 2
0 1 2
0 1 2
0 1 2
0 1 2
0 1 2
0 1 2
0 1 2
0 1 2
0 1 2
0 1 2

Bu anketi dolduran:

Çocuklarda ve Ergenlerde DSM-III-R'ye göre Major Depresyon kriterleri:

A. İki haftalık bir dönem sırasında, daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte aşağıdaki semptomlardan en az beşinin bulunmuş olması;

Semptomlardan en az birinin ya (1) depresif duygulanım, ya da (2) ilgi kaybı ya da artık zevk alamama, olması gerekir.

1. Depresif duygu-durum (çocuk ve ergenlerde irritabilite olabilir)- Hemen hergün ve yaklaşık gün boyu sürmelidir.

2. Hemen hergün ve günün önemli bir kısmında her ya da hemen her aktiviteye karşı ilgi azalması, zevk alamama.

3. Belirgin kilo kaybı ya da artışı; veya hemen hergün iştah azalması ya da artması.

4. Hemen hergün uykusuzluk veya aşırı uyuma.

5. Hemen hergün psikomotor ajitasyon veya retardasyon

6. Hemen hergün yorgunluk veya enerji kaybı.

7. Hemen hergün değersizlik veya aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duygusu.

8. Hemen hergün düşünme ve dikkati toplamada güçlük

9. Tekrarlayan ölüm, intihar düşünceleri veya girişimleri.

B- Bozukluk organik bir faktöre, sevilen birinin ölümüne bağlı olmamalı.

C- Duygusal belirti olmadan iki hafta süreyle yalnızca delir ve halüsinasyonlar olmamalı.

D- Şizofreni, şizofreniform bozukluk, sanrısız bozukluk veya belirlenmemiş psikotik bozukluğun üzerine binmemeli.

Çocuklarda ve ergenlerde DSM-III-R'ye göre Distimi (Depresif Nevroz) kriterleri:

A- kişinin ya da kendisinin bildirmesi, ya da başkalarınca gözleniyor olması ile belirli, en az bir yıl ve hemen hergün yaklaşık günboyu süren depresif bir duygudurumun veya irritabl duygudurumun olması.

B- Depresifken aşağıdakilerden en az ikisi bulunur:

1. İştahsızlık ya da aşırı yemek yeme.
2. Uykusuzluk ya da aşırı uykululuk.
3. Düşük enerji düzeyi ya da yorgunluk-bitkinlik.
4. Benlik saygısında azalma.
5. Düşüncelerini yoğunlaştıramama ya da karar vermede güçlük çekme.
6. Umutsuzluk duyguları.

C- Bu bozukluğun bir yıllık bir dönemi sırasında, bir seferde 2 aydan daha uzun süren, A maddesinin semptomlarının olmadığı bir dönemin hiç olmaması gerekir.

D- Bu bozukluğun ilk bir yılı boyunca açıkça bir Major Depresif Epizod ortaya çıktığına ilişkin herhangi bir kanıt bulunmamalıdır.

Başka Türü Adlandırılmayan Depresif Bozukluk:

Herhangi bir özgül duygudurum bozukluğunun ya da depresif duygudurum gösteren uyum bozukluğunun tanı ölçütlerini karşılamayan depresif özellikler gösteren bozukluklar.

Uykuda Korku (Uyku Terörü) Bozukluğu:

A- Başlıca bozukluk, genellikle major uyku döneminin ilk üçte biri sırasında ortaya çıkan ve yersiz korkuya kapılıp çığlık atma ile başlayan, uykudan tekrar tekrar birden uyanma episodlarının (1-10 dakika süren) olmasıdır.

B- Her epizod sırasında yoğun anksiyete ve taşikardi, hızlı soluk alıp verme ve terleme gibi otonomik uyarılma bulguları olur, ancak rüyalardan hiçbiri ayrıntıları ile anımsanmaz.

C- Epizod sırasında, başkalarının kendisini rahatlatmak için gösterdiği çabalara oldukça tepkisiz kalır ve hemen her zaman, en az birkaç dakika süreli konfüzyon, dezoryantasyon ve perseveratif motor hareketler (yastığı çekiştirme gibi) olur.

D- Bu bozukluğu başlatan ya da sürmesine neden olan organik bir etken saptanamaz, örneğin beyin tümörü.

Stereotipi/Alışkı Bozukluğu:

A- El sıkma ya da el sallama, olduğu yerde sallanma, kafa vurma, eşyaları ağza alma, tırnak yeme, burun karıştırma ya da deride bağlayan kabukla oynayıp durma gibi amaçlı, yineleyici, işlevsel olmayan davranışların olması.

B- Bu bozukluk ya çocukta fiziksel bir yaralanmaya neden olur ya da çocuğun olağan etkinliklerini önemli ölçüde olumsuz bir biçimde etkiler.

C- Bir yaygın gelişimsel bozukluğun ya da bir Tik Bozukluğunun tanı ölçütlerini karşılamaz.

Dikkat Eksikliği-Hiperaktivite Bozukluğu:

A- Aşağıdakilerden en az sekizinin bulunduğu, en az 6 ay süren bir bozukluğun olması.

1. Çoğunlukla elleri ya da ayakları kıpır kıpırdır ya da oturduğu yerde kıpırdanıp durur.

2. Kendisinden oturması istendiğinde oturduğu yerde kalmakta güçlük çeker.

3. Dikkati konudışı uyaranlarla kolaylıkla dağılır.

4. Oyunlarda ya da grup içi ilişkilerde sırasını beklemekte zorluk çeker.

5. Çoğu kez kendisine sorulan soru tamamlanmadan önce cevabını yapılandırır.

6. Başkalarının verdiği yönergeleri izlemekte güçlük çeker.

7. Aldığı görevlerde ya da yer aldığı etkinliklerde dikkatini ilgilendiği konu üzerinde tutmakta zorluk çeker.

8. Çoğu kez bitirmediği bir etkinlikten diğerine geçer.

9. Sakin bir biçimde oynamakta zorluk çeker.

10. Çoğunlukla aşırı konuşur.

11. Çoğu kez başkalarının sözünü keser ya da yaptıklarının arasına girer.

12. Çoğu kez kendisine söylenilmekte olanları dinlemiyor izlenimini verir.

13. Okulda ya da evde aldığı görevleri ya da yapacağı etkinlikleri için gerekli olan şeyleri çoğu kez kaybeder.

14. Çoğu kez olası sonuçlarını düşünmeksizin fiziksel olarak tehlikeli etkinliklere girer.

B- Yedi yaşından önce başlamış olma.

C- bir yaygın gelişimsel bozukluğun tanı ölçütlerini karşılamaz.

Farklılaşmamış Dikkat Eksikliği Bozukluğu:

Bu mental bozukluğu ya da Dikkat Eksikliği-Hiperaktivite Bozukluğu gibi başka bir bozukluğun semptomu olmayan ya da düzensiz ve karmakarışık bir çevreye bağlı bir semptom olarak ortaya çıkmayan; gelişimsel olarak uygun olmayan, önemli ölçüde bir dikkatsizliğin sürüp gidiyor olmasının başlıca özellik olduğu bozukluklar için geriye kalan bir kategoridir. DSM-III'te hiperaktivite olmaksızın Dikkat Eksikliği Bozukluğu olarak sınıflandırılmış olan bir takım bozukluklar bu kategoriye sokulabilir.

Okul Sorunu:

Bu bir V kodudur. İlgi odağı, ya da tedavi edilmesi gereken durum, mental bir bozukluğa açıkça bağlı olmayan bir okul sorunu olduğunda bu kategori kullanılabilir. Sorunun nedeni olabilecek Özgül bir Gelişim Bozukluğu ya da herhangi başka bir mental bozukluğu olmayan ve entellektüel düzeyi yeterli olan bir kişinin sürekli zayıf notlar alıyor olması ya da başarısının kendisinden beklenenin çok altında olması buna verilebilecek bir örnektir.

Fonksiyonel Enürezis:

A- İster istemsiz, isterse amaçlı olarak olsun, günün içinde ya da geceleyin, tekrar tekrar yatağa ya da giysilere idrar yapma.

B- Beş-altı yaşları arasındaki çocuklar için ayda en az iki kez böyle bir olayın olması ve daha büyük çocuklar için ayda en az bir kez böyle bir olayın olması.

C- Takvim yaşının en az beş ve mental yaşın en az dört olması.

D- Diabet, üriner sistem enfeksiyonu ya da bir konvülsiyon bozukluğu gibi bir fiziksel bozukluğa bağlı olmama koşulu.

Ek : PARI Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme tutumu Ölçeği:

| | 4 | 3 | 2 | 1 |
|--|---------------------|-------------------------|-----------------------|----------------------|
| | çok uygun buluyorum | oldukça uygun buluyorum | biraz uygun buluyorum | hiç uygun bulmuyorum |
| 1. Çocuk yorucu veya zor işlerden korunmalıdır. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. Anne ve babalar, çocuklarını dertlerini anlatmaya teşvik ederler. Fakat bazen çocukların dertlerinin hiç açılmaması gerektiğini anlayamazlar. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3. Çocuk boşa geçen dakikaların bir daha hiç geri gelmeyeceğini ne kadar çabuk öğrenirse, kendisi için o kadar iyi olur. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4. Bir anne çocuğunun düş kırıklığına uğramaması için elinden geleni yapmalıdır. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5. Çocuk ne kadar erken yürümeyi öğrenirse o kadar iyi terbiye edilebilir. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 6. Çocuk yetiştirme sinir bozucu, yıpratıcı bir iştir. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 7. Çocuğun hayatta öğrenmesi gereken o kadar çok şey vardır ki, zamanını boşa geçirmesi affedilmez. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 8. Babalar, biraz daha şefkatli olsalar, anneler çocuklarını daha iyi yönetebilirler. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 9. Çocuk yetiştirmenin kötü taraflarından biri de, anne ya da babanın istediğini yapabilmesi için yeter derecede özgür olmamasıdır. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 10. Sıkı kurallarla yetiştirilen çocuklardan en iyi yetişkinler çıkar. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 11. Bir anne çocuğunun mutluluğu için kendi mutluluğunu feda etmesini bilmelidir. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 12. Daima koşuşturan, hareketli bir çocuk büyük bir olasılıkla mutlu bir kişi olacaktır. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 13. Büyükler çocukların şakalarına güler, onlara eğlendirici öyküler anlatırsa, evdeki düzen daha düzgün, daha akıcı olur. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 14. Çocuğun en gizli düşüncelerini kesinlikle bilmek, bir annenin görevidir. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 15. Anne babalar çocuklarına, sorgusuz sualsiz kendilerine sadık kalmalarını öğretmelidirler. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 16. Bütün genç anneler, bebek bakımında beceriksiz olacaklarından korkarlar. | 4 | 3 | 2 | 1 |

17. Eğer bütün gününü çocuklarla geçirmek zorunda kalırsa, hangi anne olursa olsun sonunda çocuklar sinirine dokunur. 4 3 2 1
18. Anne ve babalar her zaman çocuklarının kendilerine uymasını beklememeli, biraz da kendileri çocuklarına uymalıdır. 4 3 2 1
19. Eğer aneler dileklerinin kabul edileceğini bilselerdi, babalarının daha anlayışlı olmalarını dilerlerdi. 4 3 2 1
20. Bir çocuğa ne olursa olsun döğüşmekten kaçınması gerektiği öğretilmelidir. 4 3 2 1
21. Çocuklar bencil olduklarında hep bir şeyler istediklerinde, annenin tepesinin atması çok normaldir. 4 3 2 1
22. Eğer çocuklar ailedeki kuralları uygun bulmuyorlarsa, bunu anne babalarına söylemeleri hoş karşılanmalıdır. 4 3 2 1
23. Anneler çoğu zaman çocuklarına bir dakika daha dayanamayacakları duygusuna kapılırlar. 4 3 2 1
24. Çocuğu sıkı terbiye ederseniz sonra size teşekkür eder. 4 3 2 1
25. Küçük bir çocuk cinsiyet konusunda sakınmalıdır. 4 3 2 1
26. Bir annenin çocuğun hayatı hakkında herşeyi bilmesi hakkıdır. Çünkü çocuğu onun bir parçasıdır. 4 3 2 1
27. Uyanık bir anne-baba çocuğun tüm düşüncelerini öğrenmeye çalışmalıdır. 4 3 2 1
28. Çocuklar, anne babalarının kendileri için neler feda ettiklerini düşünmelidirler. 4 3 2 1
29. Eğer çocukların dertlerini söylemelerine izin verilirse büsbütün şikayetçi olurlar. 4 3 2 1
30. Sert terbiye, sağlam ve iyi karakter geliştirir. 4 3 2 1
31. Genç bir kadın henüz gençken yapmak istediği pekçok şey olduğu için, anne olunca kendisini tutuklanmış duygusuna kaptırır. 4 3 2 1
32. Anneler çocukları için hemen hemen tüm eğlencelerini feda ederler. 4 3 2 1
33. Babalar daha az bencil olsalar kendilerine düşen görevi yaparlardı. 4 3 2 1
34. İyi bir anne çocuğunu ufak tefek güçlüklerinden korumalıdır. 4 3 2 1
35. Bir çocuğa anne ve babasını herkesten üstün görmesi öğretilmelidir. 4 3 2 1
36. Çocuklar hiçbir zaman ailesinden sır saklamamalıdır. 4 3 2 1

37. Çocuklardan sık sık ödün vermelerini, anne babaya uymalarını istemek doğru değildir. 4 3 2 1
38. Çoğu anneler bebeklerine bakarken onu inciteceklerinden korkarlar. 4 3 2 1
39. Bir çocuğa başı derde girdiğinde dövüşmek yerine büyüklere başvurması öğretilmelidir. 4 3 2 1
40. Anne baba arasındaki bazı konular hafif bir tartışma ile çözümlenemezler. 4 3 2 1
41. Ev bakımı ve idaresinde en kötü şeylerden biri de, kişinin kendi evinde tutuklanmış gibi hissetmesidir. 4 3 2 1
42. Hiçbir kadından yeni doğmuş bir bebeğe tek başına bakması beklenmemelidir. 4 3 2 1
43. Oğlan ve kız çocuklarının birbirlerini soyunurken görmemeleri gerekir. 4 3 2 1
44. Çocukların sorunlarına eğilirseniz sizi oyalamak için birçok masal uydururlar. 4 3 2 1
45. Eğer anne babalar çocukları ile şakalaşıp beraber eğlenirse, çocuklar onların öğütlerini dinlemeye daha çok yönelirler. 4 3 2 1
46. Anneleri kendileri yüzünden zorluk çektiği için çocuklar onlara karşı daha anlayışlı olmalıdırlar. 4 3 2 1
47. Bir çocuk eninde sonunda anne babasınınkinden daha üstün bir akıla sahip olamayacağını öğrenir. 4 3 2 1
48. Eğer bir anne çocuklarını iyi yetiştirmiyorsa belki de bu, babanın evde kendine düşen görevi iyi yapmamasından ileri geliyordur. 4 3 2 1
49. Genç bir anne için ilk bebeğin bakımı sırasında yalnız kalmaktan daha kötü birşey olamaz. 4 3 2 1
50. Bir çocuğun diğer bir çocuğa vurması hiçbir şekilde hoşgörülle karşılanamaz. 4 3 2 1
51. Anne babalar çocuklarına hayatta ilerleyebilmeleri için hep birşeyler yapmaları ve boşa zaman geçirmemeleri gerektiğini öğretmelidirler. 4 3 2 1
52. Akıllı bir kadın yeni bir bebeğin doğumundan önce ve sonra yalnız kalmamak için elinden geleni yapar. 4 3 2 1
53. Evde olup bitenleri sadece anne bildiği için ev hayatının onun planlaması lazımdır. 4 3 2 1
54. Kendi haklarına sahip olabilmesi için, bazen bir kadının kocasını terslemesi gerekir. 4 3 2 1
55. Bütün zamanını çocuklarıyla geçirmek, bir kadına kanadı kopmuş kuş duygusunu verir. 4 3 2 1

56. Eğer anne kollarını sıvar, bütün yükü sırtına alırsa tüm aile rahat eder. 4 3 2 1
57. Anne babalar çocuklarını kendi kendilerine oluşturdukları güveni sarsabilecek bütün g işlerden sakınmaladırlar. 4 3 2 1
58. Çocuklar aslında sıkı disiplin içinde mutlu olurlar. 4 3 2 1
59. Çocukların toplantılarıyla, kız erkek arkadaşlıklarıyla ve eğlenceleriyle ilgilenen anne babalar onların iyi yetişmelerini sağlarlar. 4 3 2 1
60. Anne ve babaya sadakat herşeyden önce gelir. 4 3 2 1

Ek

**ÇOCUKLAR İÇİN DEPRESYON ÖLÇEĞİ
(CHILDREN'S DEPRESSION INVENTORY-CDI)**

| | |
|--------------|-------|
| Adı Soyadı | Tarih |
| Cinsiyeti | Okul |
| Doğum Tarihi | Sınıf |

Sevgili öğrenciler,

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

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

- J) 1- Herşey her zaman beni sıkar.
2- Herşey sık sık beni sıkar.
3- Herşey arada sırada beni sıkar.
- K) 1- İnsanlarla beraber olmaktan hoşlanırım.
2- Çoğu zaman insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmam.
3- Hiçbir zaman insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmam.
- L) 1- Herhangi birşey hakkında karar veremem.
2- Herhangi birşey hakkında karar vermek zor gelir.
3- Herhangi birşey hakkında kolayca karar veririm.
- M) 1- Güzel/yakışıklı sayılırım.
2- Güzel/yakışıklı olmayan yanlarım var.
3- Çirkinim.
- N) 1- Okul ödevlerimi yapmak için her zaman kendimi zorlarım.
2- Okul ödevlerimi yapmak için çoğu zaman kendimi zorlarım.
3- Okul ödevlerimi yapmak sorun değil.
- O) 1- Her gece uyumakta zorluk çekerim.
2- Birçok gece uyumakta zorluk çekerim.
3- Oldukça iyi uyurum.
- Ö) 1- Arada sırada kendimi yorgun hissederim.
2- Birçok gün kendimi yorgun hissederim.
3- Her zaman kendimi yorgun hissederim.
- P) 1- Hemen hergün canım yemek yemek istemez.
2- Çoğu gün canım yemek yemek istemez.
3- Oldukça iyi yemek yerim.
- R) 1- Ağrı ve sızılardan endişe etmem.
2- Çoğu zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim.
3- Her zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim.
- S) 1- Kendimi yalnız hissetmem.
2- Çoğu zaman kendimi yalnız hissederim.
3- Her zaman kendimi yalnız hissederim.
- Ş) 1- Okuldan hiç hoşlanmam.
2- Arada sırada okuldan hoşlanırım.
3- Çoğu zaman okuldan hoşlanırım.
- T) 1- Birçok arkadaşım var.
2- Birkaç arkadaşım var ama daha fazla olmasını isterim.
3- Hiç arkadaşım yok.
- U) 1- Okul başarıım iyi.
2- Okul başarıım eskisi kadar iyi değil.
3- Eskiden iyi olduğum derslerde çok başarısızım.
- Ü) 1- Hiçbir zaman diğer çocuklar kadar iyi olamıyorum.
2- Eğer istersem diğer çocuklar kadar iyi olurum.
3- Diğer çocuklar kadar iyiyim.

- V) 1- Kimse beni sevmez.
2- Beni seven insanların olup olmadığından emin değilim.
3- Beni seven insanların olduğundan eminim.
- Y) 1- Bana söyleneni genellikle yaparım.
2- Bana söyleneni çoğu zaman yaparım.
3- Bana söyleneni hiçbir zaman yapmam.
- Z) 1- İnsanlarla iyi geçinirim.
2- İnsanlarla sık sık kavgâ ederim.
3- İnsanlarla her zaman kavgâ ederim.



ÇOCUKLUK DEPRESYONU DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ
(CHILDREN'S DEPRESSION RATING SCALE-REVISED, CDRS-R)

I - Okul Başarısı

Bu maddeyi derecelendirmek için çocuğun depresif nöbetten önceki ders başarısını araştırmak gerekir. Belirli bir ders veya öğretmenle ilgili güçlük, genel başarısızlıktan ayrılmalıdır. Çocuk halen okula gitmiyorsa, başka aktivitelere (örneğin oyun veya televizyon izleme) katılımı araştırılır.

Sorulabilecek sorular:

Okulla aran nasıl? Okulun nesini seversin, nesini sevmezsin? Bu dönemde aldığın notlar neler? Geçen dönemde ya da geçen yıl aldığın notlar nasıldı? Annen, baban veya öğretmenin senin daha başarılı olman gerektiğini düşünüyorlar mı? Sen onların düşüncesine katılıyor musun? Ders çalışırken veya dinlerken dikkatini derse vermekte güçlük çekiyor musun? Aklına ders dışında düşünceler geliyor mu? Neler? Öğretmenin sık sık sana dersi dinlemeni söyler mi? Ödevlerini yapmak arkadaşlarına göre senin daha fazla zamanını alıyor mu?

Derecelendirme:

- 1- Başarı yetenekle uyumlu
- 2-
- 3- Okul başarısında düşme.
- 4-
- 5- Derslerin çoğunda önemli başarısızlık.
- 6-
- 7- Başarmak için hiç motivasyonun olmaması.

2- Eğlenebilme kapasitesi

Bu madde çocuğun katıldığı aktivitelerin sayısı, sıklığı, bu aktivitelerden söz ederken aldığı zevk, can sıkıntısının miktarına göre derecelendirilir.

Sorulabilecek sorular:

Neler yapmaktan zevk alırsın? Bunları ne sıklıkla yaparsın? Hiç canının sıkıldığı olur mu? Ne sıklıkla canın sıkılır?

Derecelendirme:

- 1- Çocuğun yaşına ve sosyal düzeyine uygun aktivite.
- 2-
- 3- Hergün katıldığı aktivite yok, haftada birkaç kez katılıyor.
- 4-
- 5- Kolay sıkılıyor. Oyuna zevk almadan katılıyor. Seyrek aktivite.
- 6-
- 7- Hiç katıldığı aktivite yok. Zorlanırsa zevk almadan katılıyor. İlgi, coşku duymadan yalnızca izliyor.

3- Sosyal içe çekilme

Sürekli arkadaşsızlık depresyona bağlı sosyal içe çekilmeden ayırt edilmelidir.

Sorulabilecek sorular:

Arkadaşların var mı? Evde mi, okulda mı? Arkadaşlarıyla neler yaparsın? Arkadaşlarıyla ne sıklıkla beraber olursun? Arkadaşların seni çağırdığı halde onlarla beraber olmak, oynamak istemediğin olur mu? Şimdiye kadar çok yakın arkadaşın oldu mu? Şimdi var mı? Bir arkadaşının sana küşüp bir daha konuşmadığı oldu mu? Nedeni neydi? Diğer çocuklar sana takılır, seni kızdırır, seninle uğraşır mı? Senin tarafını tutan arkadaşın var mı?

Derecelendirme:

- 1- Arkadaşları var.
- 2- Eskiden beri arkadaşız.
- 3- Başkalarının ilişkii başlatmasını bekler, arkadaş aramaz, arkadaş çağrısını geri çevirdiği olur.
- 4-
- 5- Çağrılarını geri çevirir, arkadaşını yok, dışlanmak için durum yaratır.
- 6-
- 7- Hiç ilişki kurmaz, hiç arkadaşını yok.

4- Uyku

Sorulabilecek sorular:

Uygun nasıl? Yatağa yattığın zaman ne sürede uyursun? Uykuya dalmakta zorluk çeker misin? Çekersen, yarım saatten az veya fazla mı? Ne sıklıkla uyumakta zorluk çekersin? Uyanırsan hemen uyur musun yoksa uyanık kalır mısın? Uyanık kalırsan yarım saatten az mı, fazla mı? Sabah kalkman gerekenden erken uyandığın olur mu? Ne sıklıkla? Ne kadar erken? Erken uyanırsan tekrar uyur musun yoksa uyanık kalır mısın? Uyanık kalırsan ne yaparsın?

Derecelendirme:

- 1- Yarım saat içinde uyur.
- 2-
- 3- Sık sık hafif zorluk.
- 4-
- 5- Hemen her gece orta derecede zorluk.

Uyku bozukluğu varsa a) başlangıç b) orta c) erken uyanma belirtilmeli.

5- İştah

Sorulabilecek sorular:

Yemek yemeyi sever misin? Yemek saatlerinde karnın aç olur mu? Annen yemek yemenden yakınıyor mu? Son günlerde zayıfladın veya şişmanladın mı? Nasıl anlıyorsun?

Derecelendirme:

- 1- Normal
- 2-
- 3- Hafif değişiklik
- 4-
- 5- Çoğu zaman aç değil veya çok yiyor.
İştah değişikliği varsa a) azalmış b) artmış belirtilmeli.

6- Aşırı yorgunluk

Aşırı yorgunluğun, fiziksel aktivitelere bağlı gerçek yorgunluk veya çocuğun hoşlanmadığı bir işten duyduğu geçici yorgunluktan ayırt edilmesi gerekir.

Sorulabilecek sorular:

Gün boyunca kendini yorgun hisseder misin? Ne zaman, ne yapınca yorgun hissedersin? Ne sıklıkla? Yeterince uyuduğun halde yorgun olur musun? Yorgun olunca ne yaparsın? Normalde uyumadığın halde yatıp uyuduğun olur mu? Oyun oynamak, televizyon seyretmek ders çalışmak yerine yatıp uyuduğun olur mu?

Derecelendirme:

- 1- Aşırı yorgunluk tanımlamıyor.
- 2-
- 3- Normalden biraz fazla yorgunluk.
- 4-
- 5- Hergün yorgunluktan yakınıyor.
- 6-
- 7- Hemen hemen bütün gün yorgun. Çok uyusa bile dinlenmiyor.
Yorgunluktan günlük aktiviteleri engelleniyor.

7- Fiziksel yakınma

Sorulabilecek sorular:

Hasta olmadığın halde karnının, başının, bacaklarının veya başka bir yerinin ağrıdığı olur mu? Ne sıklıkla? Ne kadar sürer? Nasıl geçer? Ağrılar oyun oynamanı engeller mi? Ne sıklıkla engeller?

Derecelendirme:

- 1- Seyrek yakınma.
- 2-
- 3- Normalden biraz fazla yakınma.
- 4-
- 5- Hergün ağrılardan yakınıyor. aktivitesi kısmen engelleniyor.
- 6-
- 7- Zihni sürekli ağrı ve sızılarla dolu. Haftada birkaç kez ağrılar oyun oynamasını engelliyor.

8- İrritabilite

İrritabilite derecelendirilirken süresi, şiddeti sıklığı ve duruma uygun olup olmadığı göz önüne alınmalı.

Sorulabilecek sorular:

Nelere sinirlenirsin? Herşeyin seni sinirlendirdiği olur mu?
Kızgınlığın ne kadar sürer? Nasıl geçer? Ne sıklıkla sinirlenirsin?
Sinirlenince ne yaparsın?

Derecelendirme:

- 1- Ender
- 2- Seyrek
- 3- Haftada birkaç kez kısa süreli
- 4-
- 5- Haftada birkaç kez daha uzun süreli
- 6-
- 7- Sürekli

Görüşmede irritabilite varsa 5 puan alır.

9- Suçluluk duygusu

Sorulabilecek sorular:

Suçluluk duygusu ne demek biliyor musun? Seni suçlu hissettiren şeyler var mı, neler? Ters birşey olduğunda kendi hatan olduğunu düşündüğün, kendini suçladığın olur mu? Ne zaman olur? Bu duygun ne kadar sürer? Yaptığın veya olmasını istediğin birşey için utandığın, pişman olduğun, suçluluk duyduğun oldu mu? Ne oldu? Bu duygun ne kadar sürdü?

Derecelendirme:

- 1- Olayla orantılı suçluluk duygusu.
- 2-
- 3- Olaya göre fazla suçluluk ve utaç duygusu.
- 4-
- 5- Patolojik suçluluk duygusu. Elinde olmayan şeyler için suçlanma.
- 6-
- 7- Suçluluk sanrıları.

10- Benlik saygısı

Sorulabilecek sorular:

Kendini tanımlar mısın? Sence nasıl bir çocuksun? Fiziğini beğenir misin? Beğenmediğin yanların var mı? Sence zekan nasıl? Diğer çocuklara göre kendini nasıl bulursun? Sınıf arkadaşlarının ne kadarı seni sever? Seni sevmeyen arkadaşların neden sevmez? Takma adların var mı? Neler? Ne gibi şeylerde başarılısın, ne gibi şeylerde başarısız? Kendini beğenmediğin olur mu? Elinde olsaydı kendinle ilgili herhangi birşeyi değiştirmek ister miydin? Neyi?

Derecelendirme:

- 1- Kendini olumlu sözcüklerle tanımlıyor.
- 2-
- 3- Önemli bir alanda kendini yetersiz hissediyor.
- 4- Önemli iki alanda kendini yetersiz hissediyor.
- 5- Kendini olumsuz sözcüklerle tanımlıyor.
- 6-
- 7- Kendinden alçaltıcı sözcüklerle söz ediyor. Küçültücü takma adları var.

11- Depresif duygular

Depresif duygunun süre, şiddet, sıklık ve olayla bağlantısı araştırılmalıdır.

Sorulabilecek sorular:

Nelere üzülürsün? Kendini üzgün, mutsuz hissettiğinde ne kadar sürer? Ne sıklıkla mutsuz hissedersin? Üzgün olduğun diğer insanlar anlar mı? Bir neden olmadan kendini üzgün, mutsuz hissettiğin olur mu?

Derecelendirme:

- 1- Ara sıra çabuk düzelen mutsuzluk.
- 2-
- 3- Olaya göre fazla ve uzamış mutsuzluk, haftada birkaç kez.
- 4-
- 5- Çoğu zaman neden olmadığı halde mutsuz.
- 6-
- 7- Her zaman acı çekecek kadar mutsuz.

12- Ölüm düşünceleri

Sorulabilecek sorular:

Hiç beslediğin bir hayvan öldü mü? Ne zaman? Hala ölümü aklına geliyor mu? Ne sıklıkla geliyor mu? Hiç bir akraban öldü mü? Ne zaman? Ölüm sık sık aklına takılıyor mu? Tanıdığın biri öldü mü? Ne zaman? Hiç aileden birinin başına kötü birşey geleceğini, öleceğini düşünür, korkar mısın? Hiç kendi başına kötü birşey geleceğini, öleceğini düşünür müsün? Ne sıklıkla böyle düşünürsün?

Derecelendirme:

- 1- Ölüm düşüncesi yok, varsa da gerçek bir olaya bağlı.
- 2-
- 3- Gerçek olaya bağlı ama abartılı ölüm düşüncesi.
- 4-
- 5- Haftada birkaç kez gerçekle bağdaşmayan ölüm düşüncesi.
- 6-
- 7- Hergün aşırı, abartılı, garip ölüm düşünceleri ile uğraşılıyor.

13- İntihar düşünceleri

Sorulabilecek sorular:

İntihar etmek ne demek biliyor musun? Hiç intihar etmeyi düşündüğün oldu mu? Ne zaman? Nedeni neydi? Nasıl yapmayı düşündün? Hiç denedin mi? Gerçekten düşünmediğin halde, kendimi öldürmek istiyorum, dediğin oldu mu?

Derecelendirme:

- 1- İntihar düşüncesi yok.
- 2-
- 3- Genellikle kızgın olduğu zaman düşünüyor.
- 4-
- 5- Tekrarlayan intihar düşünceleri.
- 6-
- 7- Son ay içinde intihar girişimi ya da aktif intihar planı.

14- Ağlama

Sorulabilecek sorular:

Neler seni ağlatır? Ne sıklıkla ağlarsın? Ağlamadığın halde içinden ağlamak gelir mi? Hiç neden yokken ağlama isteği duyar mısın? Sence arkadaşlarından daha çok ağlıyor musun ya da ağlamak istiyor musun?

Derecelendirme:

- 1- Yaşına uygun ağlama
- 2- Arkadaşlarından biraz daha fazla ağladığını düşündüren ifade.
- 3- Arkadaşlarından biraz daha fazla ağlıyor.
- 4-
- 5- Haftada birkaç kez ağlıyor veya ağlamak istiyor. Neden olmaksızın ağlıyor.
- 6-
- 7- Hergün ağlıyor.

Aşağıdaki üç madde klinisyenin gözlemine göre derecelendirilir.

15- Depresif duygulanım

- 1- Depresif değil. Yüz ifadesi ve sesi görüşme boyunca canlı.
- 2- Duygulanımda hafif supresyon. Spontanlığın biraz azalması.
- 3- Spontanlığın kaybı. Görüşmenin bazı kısımlarından mutsuz görünüyor. Tehdit edici olmayan alanları konuşurken gülümseyebiliyor.
- 4-
- 5- Görüşmenin önemli bir kısmında duygulanımın orta derecede supresyonu. Üçe göre daha uzun ve daha sık mutsuz görünüyor.
- 6-
- 7- Duygulanımda ağır supresyon. Üzgün, ağlıyor veya gözleri doluyor. İçte dönük. Görüşme boyunca minimal verbal iletişim.

16- Konuşma hızı

- 1- Normal
- 2- Yavaş
- 3- Görüşmeyi yavaşlatacak kadar yavaş konuşuyor.
- 4-
- 5- ağır yavaşlama. Konuşma görüşmeyi önemli ölçüde aksatacak kadar yavaş.

17- Hipoaktivite

- 1- Hipoaktivite yok.
- 2-
- 3- Hafif hipoaktivite. Bazı beden hareketleri var.
- 4-
- 5- Orta derecede hipoaktivite. Belirgin motor retardasyon var.
- 6-
- 7- Ağır hipoaktivite. Görüşme boyunca hareketsiz.



KAYNAKLAR:

1. Achenbach T M, Edelbrock C S, Craig S (1981): Behavioral Problems and Competencies Reported by Parents of Normal and Disturbed Children Aged Four through Sixteen. Monographs of the Society for Research in Child Development, 46 (1 serial no 188)
2. Akçakın M (1984): Ailelerin psikiyatrik belirtiler yönünden incelenmesi. III. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları
3. Akçakın M (1983): Çocuklar ve ana-babalarının psikiyatrik yönden incelenmesi. Yayımlanmamış doktora tezi. Hacettepe Üniversitesi. Ankara
4. Akçakın M (1985): Çocukların davranışlarını değerlendirme ölçeğinin tanıtımı ve güvenilirlik çalışması. Psikoloji Dergisi. Temmuz 1985, 5, 18: 3-6
5. Ambelas A (1989): Family Influences and Child Psychopathology Current Opinion in Psychiatry, 2: 504-508
6. American Psychiatric Association (1987): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3.baskı, Washington D.C.
7. Asarnow JR, Goldstein MJ, Ben-Meir S (1988): Parental Communication Deviance in Childhood Onset Schizophrenia Spectrum and Depressive Disorders. J Child Psychol Psychiatry Nov 29 (6) 825-38
8. Baysal S (1990): İlkokul Dönemindeki Davranış Bozukluklu Çocukların Anne-babalarının Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumlarının Araştırılması. Uzmanlık Tezi-İzmir
9. Beardslee WR, Bemporad J ve ark (1983): Children of Parents with Major Affective Disorder: A Review Am J Psychiatry 140: 7, July, 825-32
10. Beardslee WR, Keller MB ve ark (1988): Psychiatric Disorder in Adolescent Offspring of Parents with Affective Disorder in a Non-referred sample. Journal of Affective Disorders 15, 313-22
11. Beardslee WR, Podorefsky D (1988): Resilient Adolescents Whose Parents Have Serious Affective and Other Psychiatric Disorders: Importance of Self-Understanding and Relationships. Am J Psychiatry 145: 1, January 63-69
12. Billings AG, Moos RH (1985): Children of Parents with unipolar depression: A controlled 1 year follow-up. Journal of Abnormal Child Psychology, Vol 14, no 1, 149-166
13. Brown RT, Pacini JN (1989): Perceived Family Functioning, Marital Status and Depression in Parents of Boys with Attention Deficit Disorder. J Learn Disabil November 22(9), 581-587.

14. Cooper SF, Leach C ve ark (1977). The Children of Psychiatric Patients: Clinical Findings. *British J Psychiat*, 131, 514- 522
15. Cytryn L, Mc Knew DH ve ark (1984): A Developmental View of Affective Disturbances in the Children of Affectively Ill Parents. *am J Psychiatry* 141: 219-222
16. DiNicola VF (1989): The Child's Predicament in Families with a Mood Disorder: Research Findings and Family Interventions. *Psychiatric Clinics of North America*. Vol 12, No 4, December, 933-949
17. Davenport YB, Zahn-Waxler C ve ark (1984): Early child-Rearing Practices in Families with a Manic-Depressive Parents. *Am J Psychiatry* 141: 2, February, 230-235.
18. Erlenmeyer Kimling L, Cornblatt B (1987): The New York High Risk Project: a follow-up report. *Schizophr. Bull* 13(3), 451-461.
19. Fendrich M, Weissman M ve ark (1990): Two-Year Recall of Lifetime Diagnoses in Offspring at High and Low Risk for Major Depression. *Arch Gen Psychiatry* Vol 47, December, 1121-1127
20. Friedlander S, Weiss D (1986): Assessing the Influence of Maternal Depression on the Validity of the child Behavior Checklist. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 14: 1, 123-133
21. Garnezy Norman, Masten As, Tellegen A (1984): The Study of Stress and Competence in Children: A Building Block for Developmental Psychopathology. *Child Development*, 55, 97-111
22. Garralda M E, Bailey D (1988): Child and Family Factors Associated with Referral to Child Psychiatrists. *British Journal of Psychiatry*, 153, 81-89
23. Goodman SH (1987): Emory University Project on children of Disturbed Parents. *Schizophr Bull* 13 (3), 411-423
24. Goodyer IM, Wright C, Altham PME (1988): Maternal Adversity and Recent Stressful life Events in Anxious and Depressed Children, *J Child Psychol Psychiat*, vol 29, No 5, 651-667.
25. Gordon D, Burge D ve ark (1989): Observations of Interactions of Depressed Women with their Children, *am J Psychiatry* 146: 1 January 50-55.
26. Graham LC (1989): Developments in Family Systems Theory and Research, *J am Acad Child Adolesc Psychiatry* 29: 4, July, 501-512
27. Greenwald DF (1990): Family Interaction and child Outcome in a High Risk sample. *Psychol Rep* 66(2), 675-688
28. Hammen C, Gordon D ve ark (1987): Maternal Affective Disorders, Illness and Stress: Risk for Children's Psychopathology, *Am J Psychiatry* 144: 6, June 736-741

29. Hammen C (1988): Self cognitions, Stressful events and the Prediction of Depression in children of Depressed Mothers, J Abnorm Child Psychol, Hune 16 (3), 347-360.
30. Hammen C, burge D ve ark (1990): Longitudinal Study of Diagnoses in children with Unipolar and Bipolar Affective Disorder, Arch Gen Psychiatry vol 47, December, 1112-1117
31. Hinchliffe M, Hooper D ve ark (1975): A Study of Interaction between Depressed Patients and their Spouses, Brit J Psychiatr, 126, 164-172.
32. Hirsch B J, Moos R H, Reischl TM (1985) Psychosocial Adjustment of Adolescent Children of a Depressed, Arthritic or Normal Parent, Journal of Abnormal Psychology, Vol 94, No 2, 154-164
33. Hunter DE, Hoffnung RJ, Ferholt JB (1988): Family Therapy in Trouble: psychoeducation as solution and as problem, Fam Process, September 27 (3), 327-338
34. Keitner G, Miller I (1990): Family functioning and Major Depression: An Overview, am J Psychiatry 147:9, September, 1128-1137
35. Keller MB, Beardslee WR ve ark (1986): Impact of Severity and Chronicity of Parental Affective Illness on Adaptive Functioning and Psychopathology in Children. Arch Gen. Psychiatry, vol 43, October, 930-937
36. Kendler KS (1990): Familial Risk Factors and Familial Aggregation of Psychiatric Disorders. Psychol Med, May 20(2), 311-319
37. Küçük AŞ (1987): The Validity of the Turkish Form of the PARI Subscales II, III, IV, Doktora Tezi Boğaziçi Üniversitesi-İstanbul.
38. Lancaster S, Prior M, Adler R (1989): Child Behavior Ratings: The Influence of Maternal Characteristics and Child Temperament, J Child Psychol Psychiat, 30:1, 137-149
39. Landau R, Harth P ve ark (1972): The Influence of Psychotic Parents on their Children's Development, am J Psychiat 129: 1, July, 38-43.
40. La Roche C (1986): Prevention in High Risk Children of Depressed Parents. Can J Psychiatry, 31, March, 161-165
41. La Roche C, Sheiner R ve ark (1987): Children of Parents with Manic-Depressive Illness: A Follow-up study. Can J Psychiatry 32, October, 563-569
42. La Roche C, (1989): Children of Parents with Major Affective Disorders: A Review of the Past 5 years, Psychiatric clinics of North america, 12:4, December, 919-931

43. Last C, Hersen M ve ark (1987): Psychiatric Illness in the Mothers of Anxious Children, *Am J Psychiatry*, 144: 12, December, 1580-1583.
44. Lee CM, Gotlib IH (1989): Clinical Status and Emotional Adjustment of Children of Depressed Mothers
45. Mander A J (1987): The Effect of Maternal Psychotic Illness on a Child. *British Journal of Psychiatry*, 151, 848-850.
46. Masten AS, Garmezy N (1985): Risk, Vulnerability and Protective Factors in Developmental Psychopathology, In B B Lahey and A E Kazdin (Eds), *Advances in Clinical Child Psychology*, Vol 8, New York, Plenum Press
47. Masten AS, Garmezy N ve ark (1987): Competence and Stress in School Children: The Moderating Effects of Individual and Family Qualities. *J Child Psychol Psychiatry*, 29: 6, 745-764
48. Mc Knew DH, Cytryn L ve ark (1979): Offspring of Patients with Affective Disorders. *Brit J Psychiat*, 134, 148-152
49. McNeil T F, Kaji L ve ark (1983): Offspring of Women with Nonorganic Psychosis, *Acta Psychiatr Scand*, 68: 234-250
50. Merikangas KR, Prusoff BA, Weissman M (1988): Parental Concordance for Affective Disorders: Psychopathology in Offspring, *Journal of Affective Disorders*, 15, 279-290
51. Morrisey JD (1988): *Social Psychiatry. Review of General Psychiatry*'den ed: HH Goldman, 157-166, Appleton & Lange, U.S.A.
52. Naslund B, Persson-Blennow I ve ark (1984). Offspring of Women with Nonorganic Psychosis: Fear of Strangers During the First Year of Life. *Acta Psychiatr Scand*, 69: 435-444
53. Orvaschel H (1990): Early Onset Psychiatric Disorder in High Risk Children and Increased Familial Morbidity, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 29:2, March, 184-188
54. Öy B (1990): Çocuklar için Depresyon Ölçeğinin Öğrenciler ve Çocuk Ruh Sağlığı Kliniğine Başvuran Çocuklarda Uygulanması, Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara
55. Panaccione VF, Wahler RG (1986): child Behavior, Maternal Depression and Social Coercion as Factors in the Quality of Child Care, *Journal of Abnormal Child Psychopathology*, 14: 2, 263-278
56. Perris C, Arrindell WA ve ark (1986): Perceived Depriving Parental Rearing and Depression, *Br J Psychiatry*, February, 148, 170-175
57. Puig-Antich J, Goetz D ve ark (1989): A Controlled Family History Study of Prepubertal Major Depressive Disorder, *Arch Gen Psychiatry*-46, May, 406-418.

58. Reid WJ, Crisafulli A (1990): Marital Discord and child Behavior Problems: A Meta-Analysis, J Abnormal Child Psychol, February, 18 (1), 105-117
59. Richman JA, Flathery JA (1987): Adult Psychosocial Assets and Depressive Mood Over Time: Effects of Internalized Childhood A Hachments. the Journal of Nervous and Mental Disease, 175: 12, December, 703-712
60. Richter HE, Çeviri: Koptager İlal G (1985): Hasta Aile: Evlilikte ve Ailede Çatışmaların Doğuşu, Yapısı ve Tedavisi, Yaprak Yayınları, İstanbul
61. Roy A (1987): Five Risk Factors for Depression, British Journal of Psychiatry, 150, 536-541
62. Rutter M, Cox A (1985): Other Family Influences Child and Adolescent Psychiatry'den eds Rutter M, Hersow L, Ed Z, Blackwell Scientific Publications, Oxford, London, Edinburgh
63. Silverman MM (1989): Children of Psychiatrically Ill Parents: A Prevention Perspective, Hosp Community Psychiatry, December, 40 (12), 1257-65
64. Solnit A, Leckman J (1984): On the Study of Children of Parents with Affective Disorders, Am J Psychiatry, 141:2, February, 241-242
65. Schachnow MSW (1987): Preventive Intervention with Children of Hospitalized Psychiatric Patients, amer J Orthopsychiat 57(1), January, 66-77
66. Stoneman Z, Brody GH, Burke M (1989): Marital Quality, Depression and Inconsistent Parenting: Relationship with Observed Mother-Child conflict, amer J Orthopsychiat, 59(1), January, 105-117
67. Vaughn CE, Leff JP (1976): The Influence of Family and Social Factors on the Course of Psychiatric Illness: A Comparison of Schizophrenic and Depressed Neurotic Patients, Brit J Psychiat, 129, 125-137
68. Venables PH (1989): The Emanuel Miller Memorial Lecture 1987 childhood Markers for Adult Disorders, J Child Psychol Psychiat, 30:3, 347-364
69. Walker E, Downey G, Bergman A (1989): The Effects of Parental Psychopathology and Maltreatment on child Behavior: A Test of the Diathesis-Stress Model child Development, 60, 15-24
70. Weintraub S (1987): Risk Factors in Schizophrenia: The Stony Brook High-Risk Project, Schizophr Bull, 13(3), 439-450
71. Weissman M, Gammon GD ve ark (1987): Children of Depressed Parents: Increased Psychopathology and Early Onset of Major Depression, Arch Gen Psychiatry, 44, 847-853

72. Weissman MM, Warner V ve ark (1988): Early Onset Major Depression in Parents and their Children, Journal of Affective Disorders, 15, 269-277.
73. Welner Z, Rice J (1988): School-Aged Children of Depressed Parents: A Blind and Controlled Study, Journal of Affective Disorders, 15, 291-302
74. Werner E (1989): High-Risk Children in Young Adulthood: A Longitudinal Study from Birth to 32 years, Amer J Orthopsychiat, 39(1), January, 72-81
75. Yörükoğlu A (1983): Değişen Toplumda Aile ve Çocuk, Aydın Kitabevi Yayınları, Ankara
76. Yörükoğlu A (1983): Çocuk Ruh Sağlığı, Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları, ankara
77. Zahn - Waxler C, Mc Knew D ve ark (1984): Problem Behaviors and Peer Interactions of Young children with a Manic-Depressive parent, am J Psychiatry, 141: 2, February, 236-240
78. Zahn - Waxler C, Mayfield A ve ark (1988): A Follow-up Investigation of Offspring of Parents with bipolar Disorder, am J Psychiatry, 145: 4, April, 506-509

T. C.
Yükseköğretim Kurulu
Dokümantasyon Merkezi