

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

BİPOLAR DUYGUDURUM BOZUKLUĞU OLAN ANA  
BABALARIN ÇOCUKLARINDA PSİKOPATOLOJİ

Dr. Devrim AKDEMİR

UZMANLIK TEZİ  
Olarak Hazırlanmıştır.

TEZ DANIŞMANI  
Prof. Dr. Bahar GÖKLER

ANKARA  
2004

## TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim sırasında hekim olmaya ilişkin görüşlerimi şekillendiren; bilgi, beceri ve deneyimlerini istekle aktaran ve bana örnek olan Prof. Dr. Bahar Gökler'e, Prof. Dr. Füsun Çuhadaroğlu Çetin'e, Prof. Dr. Psk. Ferhunde Öktem'e, Prof. Dr. Fatih Ünal'a, Doç. Dr. Berna Pehlivanürk'e ve Öğr.Gör. Dr. Ebru Çengel Kültür'e teşekkür ederim.

Bu çalışmanın konusunun belirlenmesinden tamamlanmasına kadar her zaman desteğini aldığım tez danışmanım Prof. Dr. Bahar Gökler'e, araştırma grubundaki ana babalara ulaşmamı sağlayan Prof. Dr. Aylin Uluşahin'e ve Doç Dr. Suzan Kara'ya, istatistiksel analizlerin yapılmasında yardımcı olan Prof. Dr. Fatih Ünal'a ve Dr. Jale Karakaya'ya teşekkür ederim.

Psikiyatri ve çocuk nörolojisi rotasyonlarım boyunca ilgi ve desteklerini gördüğüm ve eğitimime katkıları bulunan tüm hocalarıma teşekkür ederim.

Çalışma arkadaşlarıma birlikte geçirdiğimiz tüm zamanlar için teşekkür ederim.

Her zaman sevgiyle yanımda olan ve yardımlarını esirgemeyen sevgili annem, babam ve kardeşime ve benim için ikinci bir anne baba olan eşimin ailesine teşekkür ederim.

Sevgili eşim Özgür'e ve kızım Defne'ye verdikleri yaşama sevinci için teşekkür ederim.

## ÖZET

**Akdemir, D., Bipolar Duygudurum Bozukluğu Olan Ana Babaların Çocuklarında Psikopatoloji, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Tezi. Ankara, 2004.** Bu araştırmada anne ya da babalarında bipolar I bozukluk bulunan çocuklar ile ana babasında herhangi bir psikiyatrik hastalık bulunmayan çocuklar yaşam boyu psikopatoloji varlığı ve psikopatoloji türü açısından karşılaştırılmış ve araştırma grubunda psikopatoloji gelişimi üzerinde etkili olabileceği düşünülen bazı klinik değişkenler incelenmiştir. Çalışmada bipolar I duygudurum bozukluğu tanısı ile izlenen 17 anne ve 11 babanın 6-17 yaş arası 36 çocuğu değerlendirilmiştir. Herhangi bir psikiyatrik hastalığı olmayan 28 ana babanın 6-17 yaş arası 33 çocuğu kontrol grubu olarak alınmıştır. Araştırma grubunda bipolar duygudurum bozukluğu bulunan ana babalara ve kontrol grubundaki ana babalara klinik görüşme ve Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi uygulanmıştır. Çocuk ve ergenlerde psikiyatrik tanılar Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Formu ile taranmıştır. Çalışmaya katılan tüm çocuk ve ergenler tarafından Anne Baba Tutum Ölçeği ve ana babaları tarafından Hacettepe Dikkat Noksanlığı ve Davranış Değerlendirme Skalası ve Hacettepe Ruhsal Uyum Ölçeği doldurulmuştur. Değerlendirmeler sonucunda, bipolar I duygudurum bozukluğu olan ana babaların çocuklarında kontrol grubuna göre daha yüksek oranda psikopatoloji ve çoklu psikiyatrik tanı bulunduğu saptanmıştır. Bu çocuklarda duygudurum bozuklukları ve yıkıcı davranım bozuklukları en sık görülen tanılar olmuştur. Araştırma grubundaki çocuklarda ana baba tutumlarının psikopatoloji gelişimi üzerinde etkili olabileceği bulunmuş, incelenen diğer klinik değişkenlerin psikopatoloji varlığı ile ilişkisi belirlenememiştir. Araştırmanın sonuçları, ana babalarında bipolar bozukluk bulunan çocuklarda duygudurum bozukluklarının ve yıkıcı davranım bozukluklarının ileride gelişebilecek bipolar bozukluğun öncülü olabileceklerini düşündürmektedir. Daha aydınlatıcı sonuçlara ulaşabilmek için bu çocuklarda psikopatoloji gelişimini etkileyen biyolojik ve psikososyal risk etkenlerini daha büyük gruplar üzerinde inceleyen izlem çalışmalarına gereksinim duyulmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Ana babalarda bipolar duygudurum bozukluğu, çocukta psikopatoloji.

## ABSTRACT

**Akdemir, D., Psychopathology In Children Of Bipolar Parents, Hacettepe University Faculty of Medicine, Thesis in Child and Adolescent Psychiatry. Ankara, 2004.** In this research, children with bipolar I disorder either in their fathers or mothers were compared with a control group of children without any psychiatric disorder in their parents in respect to presence and kind of any psychopathology and in the study group several clinical variables that are believed to have role in development of these psychopathologies were examined. In the study group 36 children (aged between 6 and 17) of 17 mothers and 11 fathers with bipolar I disorder were evaluated. Thirty-three children (aged between 6 and 17) of parents without any psychiatric disease were included in the control group. Clinical interview and SADS (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia) were applied to the diseased parent in the study and both parents in the control groups. Diagnosis of psychopathology in children and adolescents were scanned with K-SADS (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children). All children and adolescents filled out Parent Attitude Scale and their parents filled out Hacettepe Attention Deficit and Behavior Evaluation Scale and Hacettepe Psychological Adaptation Scale. As a result of these evaluations, more frequent psychopathologies and multiple psychiatric diagnoses were found in children of parents with bipolar I disorder in respect to controls. Affective disorders and destructive behavior disorders were the most common diagnoses in these children. In the study group of children, parents' attitude was found to be effective in psychopathology development, where no connection between other clinical variables and presence of psychopathology was detected. The results of this study suggests that in children of parents with bipolar disorder, affective disorders and destructive behavior disorders might be the precursors of a possible future bipolar disorder. Biological and psychosocial risk factors affecting psychopathology development in these children should be studied prospectively in larger groups in order to have more illuminating results.

**Keywords:** Bipolar affective disorder in parents, psychopathology in children.

## İÇİNDEKİLER

	Sayfa
TEŞEKKÜR	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER	vi
SİMGELER ve KISALTMALAR	ix
TABLolar	x
1. GİRİŞ	1
1.1. Konunun Önemi	1
GENEL BİLGİLER	2
2.1. Bipolar Duygudurum Bozukluğu	2
2.1.1. Tanım ve Tarihçe	2
2.1.2. Bipolar Bozuklukta Yaygınlık	3
2.1.3. Bipolar Bozukluğun Oluş Nedenleri	6
2.1.4. Bipolar Bozukluğa Eşlik Eden Hastalıklar	9
2.1.5. Bipolar Bozuklukta Gidiş ve Sonlanım	10
2.1.6. Çocuk ve Ergenlerde Bipolar Bozukluk	11
2.1.7. Bipolar Bozukluğu Olan Ana Babaların Çocuklarıyla Yapılan Çalışmalar	13
2.1.8. Çalışmanın Amacı	19
GEREÇ VE YÖNTEM	20
3.1. Araştırmanın Örneklemi	20
3.2. Araştırma Deseni	20
3.3. Deneklerin Seçimi	20
3.3.1. Araştırma Grubu	20
3.3.2. Kontrol Grubu	21
3.4. İşlem	22
3.5. Araştırmada Kullanılan Gereçler	23
3.5.1. Görüşme Formu	23
3.5.2. Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi	23
3.5.3. Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Formu	24
3.5.4. Belirti Tarama Listesi	24

3.5.5. Hacettepe Ruhsal Uyum Ölçeği	25
3.5.6. Hacettepe Dikkat Noksanlığı ve Davranış Değerlendirme Skalası	25
3.5.7. Anne Baba Tutum Ölçeği	26
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi ve İstatistikler	26
<b>BULGULAR</b>	27
4.1. Sosyodemografik Özellikler	27
4.1.1. Anne Babaların Yaş Ortalamaları	27
4.1.2. Anne Babaların Eğitim Süresi Ortalamaları	27
4.1.3. Anne Babaların Çalışma Durumu	28
4.1.4. Ailelerin Yapısı	28
4.1.5. Ailelerin Aylık Gelir Düzeyi	28
4.1.6. Çocukların Yaş Ortalamaları	28
4.1.7. Çocukların Cinsiyetlerinin Dağılımı	29
4.1.8. Çocuk Sayısı	29
4.2. Çocuklarda Değerlendirme Sonuçları	29
4.2.1. Araştırma ve Kontrol Grubundaki Çocuklarda Genel Psikopatoloji Varlığının Karşılaştırılması	29
4.2.2. Araştırma ve Kontrol Grubundaki Çocukların Psikopatoloji Türlerinin Dağılımı	30
4.2.3. Araştırma ve Kontrol Grubundaki Çocukların Çoklu Tanı Yönünden Karşılaştırılması	33
4.2.4. Araştırma ve Kontrol Grubundaki Çocukların HRUÖ Puanlarının Karşılaştırılması	34
4.2.5. Araştırma ve Kontrol Grubundaki Çocukların HDNDDS Puanlarının Karşılaştırılması	35
4.2.6. Araştırma ve Kontrol Grubundaki Çocukların ABTÖ Puanlarının Karşılaştırılması	35
4.3. Araştırma Grubundaki Çocuklarda Genel Psikopatoloji Varlığını Etkileyebileceği Düşünülen Etkenlerin Değerlendirilmesi	36
4.3.1. Araştırma Grubundaki Çocuklarda Bipolar Bozukluğun Annede ya da Babada Bulunması İle Çocuklarda Genel Psikopatoloji Varlığı Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi	36

4.3.2. Araştırma Grubundaki Çocuklarda Ana Babalardaki Bipolar Bozukluğun Özellikleri İle Çocuklarda Genel Psikopatoloji Varlığı Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi	36
4.3.3. Araştırma Grubundaki Çocukların Anne ya da Babalarının BTL Puanları İle Çocuklarda Genel Psikopatoloji Varlığı Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi	37
4.3.4. Araştırma Grubundaki Çocukların Akrabalarında Bipolar Bozukluk Öyküsü Bulunması İle Çocuklarda Genel Psikopatoloji Varlığı Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi	37
4.3.5. Araştırma Grubundaki Çocuklarda ABTÖ Puanları İle Genel Psikopatoloji Varlığı Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi	38
4.3.6. Araştırma Grubundaki Çocukların Ailelerinde Sosyal Destek Varlığı İle Çocuklarda Genel Psikopatoloji Varlığı Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi	39
4.3.7. Araştırma Grubundaki Çocukların HRUÖ Puanları İle Ailelerinde Sosyal Destek Varlığı Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi	39
TARTIŞMA	41
SONUÇ VE ÖNERİLER	52
KAYNAKLAR	54

## SİMGELER VE KISALTMALAR

ABTÖ	Anne Baba Tutum Ölçeği
APA	American Psychiatric Association
Bkz.	Bakınız
BTL	Belirti Tarama Listesi; Symptom Check List-90- Revised
ÇAR	Çeyrekler Arası Ranj
DEHB	Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı
GBD	Genel Belirti Düzeyi
HDNDDS	Hacettepe Dikkat Noksanlığı ve Davranış Değerlendirme Skalası
HRUÖ	Hacettepe Ruhsal Uyum Ölçeği
K-SADS-PL	Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children, Present and Lifetime Version; Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Formu, Şimdiki Durum ve Yaşamboyu İçin Uyarlanmış Şekli (6-18 yaş)
OKB	Obsesif Kompulsif Bozukluk
PBD	Pozitif Belirti Düzeyi
PBT	Pozitif Belirti Toplamı
RDC	Research Diagnostic Criteria; Araştırma Tanı Ölçütleri
SADS	Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia; Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi
SCL-90-R	Symptom Check List-90- Revised; Belirti Tarama Listesi
SPSS	Statistical Program for Social Sciences; Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paket Programı
WISC-R	Wechsler Intelligence Scale for Children-Revised; Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeği



## TABLOLAR

<b>Tablo</b>	<b>Sayfa</b>
Tablo 2.1. Manik atak için DSM-IV-TR tanı ölçütleri.	4
Tablo 2.2. Hipomanik atak için DSM-IV-TR tanı ölçütleri.	5
Tablo 4.1. Araştırma ve Kontrol Grubundaki Anne Babaların Yaş Ortalamaları.	27
Tablo 4.2. Araştırma ve Kontrol Grubundaki Anne Babaların Eğitim Süresi Ortalamaları.	27
Tablo 4.3. Araştırma ve Kontrol Grubundaki Çocukların Yaş Ortalamaları.	28
Tablo 4.4. Araştırma ve Kontrol Grubundaki Çocukların Cinsiyet Dağılımı.	29
Tablo 4.5. Araştırma ve Kontrol Grubundaki Çocuklarda Genel Psikopatoloji Varlığının Karşılaştırılması.	29
Tablo 4.6. Araştırma ve Kontrol Grubundaki Çocukların Psikopatoloji Türlerinin DSM- IV'e Göre Tanı Dağılımı.	30
Tablo 4.7. Araştırma ve Kontrol Grubundaki Çocuklarda Duygudurum Bozuklukları Dağılımı.	31
Tablo 4.8. Araştırma ve Kontrol Grubundaki Çocuklarda Anksiyete Bozuklukları Dağılımı.	32
Tablo 4.9. Araştırma ve Kontrol Grubundaki Çocuklarda Dışaatım Bozuklukları Dağılımı.	32
Tablo 4.10. Araştırma ve Kontrol Grubundaki Çocuklarda Yıkıcı Davranım Bozuklukları Dağılımı.	33
Tablo 4.11. Araştırma ve Kontrol Grubundaki Çocukların Çoklu Tanı Yönünden Karşılaştırılması.	33
Tablo 4.12. Araştırma ve Kontrol Grubundaki Çocukların HRUÖ Puanlarının Karşılaştırılması.	34
Tablo 4.13. Araştırma ve Kontrol Gruplarında HRUÖ Alt Ölçüm Puanları 12 ve Üzerinde Olan Çocukların Karşılaştırılması.	34
Tablo 4.14. Araştırma ve Kontrol Grubundaki Çocukların HDNDDS Puanlarının Karşılaştırılması.	35

Tablo 4.15.	Araştırma ve Kontrol Grubundaki Çocukların ABTÖ Puanlarının Karşılaştırılması.	35
Tablo 4.16.	Araştırma Grubundaki Çocuklarda Bipolar Bozukluğun Annede ya da Babada Bulunması İle Çocuklarda Genel Psikopatoloji Varlığı Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi.	36
Tablo 4.17.	Araştırma Grubundaki Çocuklarda Ana Babalardaki Bipolar Bozukluğun Özellikleri İle Çocuklarda Genel Psikopatoloji Varlığı Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi.	37
Tablo 4.18.	Araştırma Grubunda Psikopatoloji Bulunan ve Bulunmayan Çocukların Anne ya da Babalarının BTL Puanlarının Karşılaştırılması.	38
Tablo 4.19.	Araştırma Grubundaki Çocukların Akrabalarında Bipolar Bozukluk Öyküsü Bulunması İle Çocuklarda Genel Psikopatoloji Varlığı Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi.	38
Tablo 4.20.	Araştırma Grubunda Psikopatoloji Bulunan ve Bulunmayan Çocukların ABTÖ Puanlarının Karşılaştırılması.	39
Tablo 4.21.	Araştırma Grubundaki Çocukların Ailelerinde Sosyal Destek Varlığı İle Çocuklarda Genel Psikopatoloji Varlığı Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi.	40
Tablo 4.22.	Araştırma Grubundaki Çocukların HRUÖ Puanları İle Ailelerinde Sosyal Destek Varlığı Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi.	40

## GİRİŞ

### 1.1. Konunun Önemi

Son yıllarda ruhsal bir hastalığın erken dönemde tanınması ve o hastalığa özgü koruyucu stratejilerin geliştirilebilmesi amacıyla hastalığın öncül belirtilerinin ve risk etkenlerinin belirlenmesi önem kazanmıştır.

Bipolar duygudurum bozukluğu hem toplumda sık olarak görülen hem de mortalite ve morbiditesi yüksek olan bir hastalıktır. Bipolar bozuklukta özkıyım oranı, alkol ve madde kötüye kullanımı, boşanma ve ailenin parçalanması, işsizlik ve ekonomik sorunlar, hastaneye yatma ve tedavi giderleri nedeniyle ekonomik kayıplar, özellikle mani atakları sırasında trafik kazaları ve suça yönelme yüksektir. Etyolojisinde birçok etmen rol almakla birlikte duygudurum bozukluğu açısından pozitif aile öyküsünün bulunması en güçlü ve süregen risk etkenini oluşturur (Merikangas ve ark., 1988). Dolayısıyla bipolar bozukluğu olan ana babaların çocukları hem genetik açıdan hem de ciddi ve kronik gidişli bir ruhsal hastalığı olan ana/baba ile birlikte yaşamının psikososyal etkileriyle karşı karşıya kalma nedeni ile yüksek risk altındadırlar. Bu nedenle bu çocuklardaki psikopatolojinin değerlendirilmesi gerek koruyucu hekimlik çalışmalarına gerekse bu çocukların ileride izlemlerinin yapılması durumunda bipolar bozukluğun öncül belirtilerinin belirlenmesine katkıda bulunacaktır.

## GENEL BİLGİLER

### 2.1. Bipolar Duygudurum Bozukluğu

#### 2.1.1. Tanım ve Tarihçe

Duygudurum bozuklukları patolojik duygudurumunun ve bununla ilişkili vejetatif, psikomotor bozuklukların klinik görünümüne egemen olduğu bir grup psikiyatrik bozukluktur. Tek uçlu (unipolar) depresyon tek ya da tekrarlayan depresyon ataklarını tanımlarken, iki uçlu (bipolar) bozukluklar en az bir hipomanik, manik ya da karma atakla seyrederek. Bipolar I bozukluk hipomani atakları ile birlikte ya da hipomani atakları olmaksızın mani ataklarını, bipolar II bozukluk ise manik atak olmaksızın bir ya da daha fazla hipomanik atağı tanımlar. Bu bozukluklara bipolar denmesinin nedeni hastalığın gidişi sırasında depresyon ataklarının da görülmesi ya da görülme olasılığının bulunmasındandır (Dubovsky ve ark., 2003).

Duygudurum bozukluklarına ilişkin bugünkü bilgilerimizin çoğu eski Yunan ve Roma döneminde tanımlanmıştır. Melankoli ve mani terimlerini ilk kez kullanan kişi Hipokrat (M.Ö. 460-357) olmuştur (Öztürk, 2001). Kapadokyalı Aretus melankoli ve mani arasında ilişki olduğunu, bu iki hastalığın aynı kişide farklı zamanlarda ortaya çıktığını belirtmiştir (Işık, 2003). 1854 yılında iki Fransız doktor, Jean Pierre Falret ve Jules Baillarger birbirini izleyen mani ve depresyon ataklarının tek bir bozukluk olduğunu belirtmek üzere "*folie circulaire*" ve "*la folie à double forme*" tanımlarını kullanmışlardır (Sedler, 1983). XX. yüzyılın başında Kraepelin şizofreniyi (*dementia praecox*) bipolar bozukluktan (*manic-depressive insanity*) ayırmış, manik depresif deliliğin maniyi ve melankoliyi içeren, periyodik ve döngüsel tek bir hastalık olduğunu belirtmiştir. Leonhard ise 1959'da Kraepelin'in manik depresif psikoz tanımını manik ve depresif ataklarla giden bipolar bozukluk ve yalnızca depresif ya da manik ataklarla giden monopolar bozukluk olmak üzere iki alt gruba ayırmayı önermiştir. Bu terimler kullanıma girdikten sonra bipolar bozukluk tanımı içine yalnızca manik ataklarla giden, unipolar bozukluk tanımı içine de yalnızca depresif ataklarla giden duygulanım bozuklukları alınmıştır (Işık, 2003).

DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)-III (American Psychiatric Association [APA], 1980) sınıflandırmasının kullanıma girmesi ile birlikte tüm bu hastalıklar için duygulanım bozuklukları tanımı kabul edilmiş ve

duygulanım bozuklukları arasında temel ayırım bipolar bozukluk ile majör depresyon arasında yapılmıştır.

DSM-III-R' de (APA, 1987) duygulanım bozuklukları yerine duygudurumu bozuklukları tanımı kabul görmüştür. DSM-IV' de (APA, 1994) bipolar I, bipolar II, siklotimi ve başka türlü adlandırılmayan bipolar bozukluk olmak üzere dört tip bipolar bozukluk yer almış, karma ve hipomanik ataklar için de ayrı ölçütler getirilmiştir. Duygudurum bozukluklarının en son DSM-IV-TR (APA, 2000) sınıflandırması (Tablo 2.1, 2.2) DSM-IV' dekinden farklı değildir.

### **2.1.2. Bipolar Bozuklukta Yaygınlık**

Bipolar bozukluk toplumda sık olarak görülen bir psikiyatrik bozukluktur. Bipolar I bozukluğun yaşam boyu yaygınlık oranı yaklaşık olarak %1, Bipolar II bozukluğun ise %0.5'tir (Kaplan ve Sadock, 1998). Bipolar bozukluk için daha geniş tanımlamaların kullanıldığı durumlarda bu oran %7'ye kadar çıkmaktadır (Akiskal ve ark., 2000). Bipolar I bozukluk kadın ve erkeklerde eşit olarak görülmesine karşın bipolar II bozukluk kadınlarda daha sıktır (Işık, 2003). Bipolar bozukluk her yaşta ortaya çıkabilmekle birlikte ilk belirtilerin ortaya çıkışı 15-19 ve 20-24 yaşları arasında en üst düzeye ulaşmaktadır (Burke ve ark., 1990). 12 yaşın altında ve 60 yaşın üzerinde başlaması daha seyreklerdir. İlk belirtilerin 60 yaşın üzerinde başladığı durumlarda daha çok organik bir nedenin varlığı düşünülmelidir (Yazıcı, 1997). Erişkin depresyon olgularının %5-15'i sonradan bipolar bozukluk tanısı alırlar. Ergenlik döneminde başlayan depresyonlarda bu oran %20 iken, 11 yaşın altındaki çocuklarda %32 kadardır (Geller ve ark., 1996)

**Tablo 2.1. Manik atak için DSM-IV-TR tanı ölçütleri**

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

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

- (1) benlik saygısında abartılı artma ya da kendini büyük görme
- (2) uyku gereksiniminde azalma (örneğin yalnızca üç saatlik bir uykudan sonra kendini dinlenmiş hisseder)
- (3) her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşmaya tutma
- (4) fikir uçuşmaları ya da düşüncelerin sanki yarışıyor gibi birbirlerinin hemen ardından gelmesi yaşantısı

(5) dikkat dağınıklığı (örneğin dikkat önemsiz ya da ilgisiz bir dış uyarana kolaylıkla çekilebilir)

(6) amaca yönelik etkinlikte artma (toplumsal yönden, işte ya da okulda, cinsel açıdan) ya da psikomotor ajitasyon

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

C. Bu semptomlar karma atağın tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.

D. Bu duygudurum bozukluğu, mesleki işlevsellikte, olağan toplumsal etkinliklerde ya da başkaları ile olan ilişkilerde belirgin bir bozulmaya yol açacak ya da kendisine ya da başkasına zarar vermesini önlemek için hastaneye yatırılmayı gerektirecek denli ağırdır ya da psikotik özellikler gösterir.

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

**Not:** Somatik antidepresan tedavinin (örneğin ilaç, elektrokonvülsif tedavi, ışık tedavisi) açıkça neden olduğu mani benzeri ataklar Bipolar I Bozukluk olarak sayılmamalıdır.

**Tablo 2.2. Hipomanik atak için DSM-IV-TR tanı ölçütleri**

A. Olağan, depresif olmayan duygudurumdan açıkça farklı, en az dört gün, gün boyu süren, sürekli, kabarmış, taşkın ya da sinirli ayrı bir duygudurum döneminin olması.

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

- (1) benlik saygısında abartılı artma ya da kendini büyük görme
- (2) uyku gereksiniminde azalma (örneğin sadece üç saatlik bir uykudan sonra kendini dinlenmiş hisseder)
- (3) her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşmaya tutma
- (4) fikir uçuşmaları ya da düşüncelerin sanki yarışıyor gibi birbirlerinin hemen ardından gelmesi yaşantısı
- (5) dikkat dağınıklığı (örneğin dikkat önemsiz ya da ilgisiz bir dış uyarana kolaylıkla çekilebilir)
- (6) amaca yönelik etkinlikte artma (toplumsal yönden, işte ya da okulda, cinsel açıdan) ya da psikomotor ajitasyon
- (7) kötü sonuçlar doğurma olasılığı yüksek, zevk veren etkinliklere aşırı katılma (örneğin elindeki bütün parayı alışverişe yatırma, düşüncesizce cinsel girişimlerde bulunma ya da aptalca iş yatırımları yapma)

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

D. Duygudurum bozukluğu ve işlevsellikteki değişiklik başkalarınca da gözlenebilir bir düzeydedir.

E. Bu atak, toplumsal ya da mesleki işlevsellikte belirgin bir bozulmaya yol açacak ya da hastaneye yatırılmayı gerektirecek denli ağır değildir ve psikotik özellikler göstermez.

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

**Not:** Somatik antidepresan tedavinin (örneğin ilaç, elektrokonvülsif tedavi, ışık tedavisi) açıkça neden olduğu hipomani benzeri ataklar Bipolar II Bozukluk olarak sayılmamalıdır.

### 2.1.3. Bipolar Bozukluğun Oluş Nedenleri

#### 2.1.3.1. Bipolar Bozukluğun Biyolojik Temelleri

##### Bipolar Bozukluğun Genetiği

Bipolar bozukluğun kalıtsal yönü yapılan çeşitli aile, evlat edinme ve ikiz çalışmalarında gösterilmiştir. Bipolar I bozukluğu olan kişilerin birinci derece akrabalarında, kontrol grubuna oranla bipolar I bozukluk 8-18 kat ve majör depresif bozukluk 2-10 kat fazla görülmektedir. Bipolar I bozukluk için monozigotik ikizlerde eş hastalanım %33-90 arasında iken dizigotik ikizlerde %5-25'tir (Kaplan ve Sadock, 1998). Ülkemizde yapılan bir çalışmada da bipolar bozukluğu olan kişilerin birinci derece akrabalarında kontrol grubuna göre bipolar bozukluk, alkolizm ve intihar riski yüksek bulunmuştur (Şirin, 1980).

Modern moleküler biyolojinin kullandığı teknikler aracılığıyla özgül genlerle bipolar duygulanım bozukluğu arasındaki ilişki incelenebilmektedir. Çeşitli araştırmalarda bipolar I bozukluk ile 5, 11, 18 ve X kromozomları arasında ilişki olduğu bildirilmiştir (Kaplan ve Sadock, 1998). Ülkemizde babasında da bipolar bozukluk bulunan ve bipolar bozukluk tanısı ile izlenen erkek bir ergen hastada ve babasında kromozom analizi yapılmış; babada ve çocukta 13 numaralı kromozomun kısa kolunun normalden uzun olduğu gösterilmiş ve bu kromozom "marker kromozom" olarak kabul edilmiştir (Gökler ve ark., 1985).

Ailesel geçiş çalışmalarının gerçekleştirilmesindeki güçlükler nedeniyle, çalışmalar bipolar bozukluk patofizyolojisinde yer alabilecek aday genlere odaklanmaktadır (Ackenheil, 2001). Bipolar bozukluğun patofizyolojisini açıklamaya yönelik katekolamin ve serotonin varsayımları ya da duygudurum düzenleyiciler, antipsikotikler ve antidepresanların etki mekanizmaları ile ilişkili olabilecek gen yapıları araştırılmıştır. Ancak bu tür çalışmalarda çelişkili sonuçlar elde edilmiş ve bipolar bozukluk ile özgül bir gen bölgesi arasında kesin bir bağlantı kurulamamıştır (Ackenheil, 2001).

Bipolar bozukluğun etyolojisini tek bir gen bölgesi ile açıklamak olası görülmemektedir. Bipolar bozukluk ile ilişkili olduğu düşünülen gen bölgelerine ilişkin çalışmaların tekrar edilemiyor olması, bipolar bozukluğun genetik etyolojisinin karmaşıklığını ve genetik dışı etkenlerin rolünü düşündürmektedir.



Bipolar bozukluğun etyolojisinin heterojen yapıda olduğunu varsayarsak bazı ailelerde aday genler patofizyolojiden sorumlu olabilir.

### **Nörotransmitter kuramları**

Bipolar bozuklukta, nörotransmitterlerin anormallikleri ile ilişkili olan kuramlar ağırlıklı olarak farmakolojik tedavilerin etkilerinin incelenmesi ile ortaya çıkarılmaktadır.

Depresyon belirtilerinin tedavisinde norepinefrin, serotonin ve dopamin geri alımını ya da katabolizmasını inhibe eden ajanlar kullanılmaktadır. Bipolar bozukluğun depresyon döneminde kullanılan, norepinefrin ile serotonin gerialımını engelleyen trisiklik antidepresanlar ve monoamin oksidaz inhibitörleri manik döneme kaymaya neden olabilmektedir (Bottlender ve ark., 2001). Deneysel çalışmalarda serotonin öncülü olan L-triptofanın plazma düzeyinin azaltılması ile depresyon belirtilerinin ortaya çıkabileceği gösterilmiştir (Young ve ark., 1985). Dopamin geri alımını inhibe eden amfetamin, kokain gibi merkezi sinir sistemi uyarıcıları manik belirtileri tetikleyebilmektedir (Kaplan ve Sadock, 1998). Manik belirtilerin tedavisinde ise dopamin reseptör antagonistleri olan antipsikotik ilaçlar etkili olmaktadır (Dubovsky ve ark., 2003). Tedaviye dirençli depresyon hastalarında dopamin ve norepinefrin salınımını arttıran amfetamin ve metilfenidat gibi ilaçlar belirtilerin düzelmesini sağlayabilmektedir (Ackenheil, 2001).

Tüm bu çalışmalar duygudurum bozukluklarının patofizyolojisinde nörotransmitter sistemlerinin rolü olabileceğini göstermektedir. Sinaptik aralıkta nörotransmitterlerin dengelenemeyen fazlalığı ya da yetersizliği ile değişken duygudurum arasında ilişki olduğu düşünülmekle birlikte bipolar bozuklukta hangi nörotransmitterlerin ne şekilde sorumlu olduğu kesin olarak bilinmemektedir.

### **Nöroanatomik bulgular**

Duygudurum düzenlenmesinde rolü olan beyin alanlarındaki yapısal ya da işlevsel değişiklikler duygudurum bozukluklarının gelişmesine neden olabilmektedir. Limbik sistem, bazal ganglia ve talamusta beyinin sağ tarafında meydana gelen lezyonlar ikincil mani oluşturabilmektedir (Soares ve Mann, 1997). Bipolar duygudurum bozukluğu olan hastalarla yapılan görüntüleme çalışmalarında her yaşta erişkinlerde üçüncü ventrikülde genişleme olduğu gösterilmiştir (Woods ve

ark. 1995, Soares ve Mann, 1997). Ancak bu bulgu bipolar bozukluğa özgül değildir. Manyetik rezonans görüntüleme çalışmalarında subkortikal beyaz cevherde hiperintens alanlar bildirilmiştir (Dupont ve ark., 1995). Bu alanların yaş ile birlikte artış göstermesi bu bulgunun duygudurum bozukluklarından çok serebrovasküler hastalıkların göstergesi olabileceğini düşündürmüştür (Soares ve Mann, 1997).

### 2.1.3.2. Bipolar Bozuklukta Psikodinamik Kuramlar

Manik depresif psikozları dinamik psikiyatri içinde değerlendiren ilk kişi Abraham olmuştur. Abraham 1912 yılında melankolik depresyonla yas arasında karşılaştırma yapma düşüncesini geliştirmiş; her iki durumda da kişinin bir kayıp yaşadığını, ancak yas tutan kişinin yitirdiği kişiyle ilgilenmesine karşın, depresif kişinin suçluluk duyguları içinde kıvrandığını gözlemlemiştir. Abraham, depresif duygu durumunu, kaybedilen nesneye karşı yaşanan öfkenin kişinin kendi üzerine çevrilmesi ve anal-sadistik döneme bir gerileme olarak yorumlamıştır (Geçtan, 2003).

Freud Abraham'ın düşüncelerine katılmış, yas yaşantısındaki gerçek nesne yitimine karşılık, depresif kişinin iç dünyasında bir kayıp yaşadığını açıklamıştır. Ona göre, kaybedilen nesneye yönelik olan öfke, depresyonlarda, içselleştirilmiş olan sevgi nesnesine çevrilir. Freud melankolik hastaların acımasız bir süperego olduğu söz etmiş ve sevilen kişilere yönelik saldırgan eğilimlerden kaynaklanan suçluluk duygularının bu nedenle yaşandığını açıklamıştır (Gabbard, 2000).

Abraham'a göre mani depresyona karşı bir savunma niteliğindedir. Depresyona neden olan aşırı katı ve baskıcı süperegoya karşı manik dönemde bir başkaldırı yaşanmaktadır (Işık, 2003). Freud'a göre ise mani ego ile süperego arasında bir füzyondur. Daha önce bu iki yapı arasında süregelen çatışmaya harcanan enerji manide zevk amacıyla kullanılmaya başlanır (Geçtan, 2003).

Melanie Klein, manik depresif durumları, bebeklik döneminde olumlu nitelikli içselleştirilmiş nesnelere geliştirememiş olmanın bir yansıması olarak kabul eder. Bir başka deyişle, depresif kişiler bebeklik döneminde olağan ve geçici olarak yaşanan depresif konumlarını aşamamış insanlardır. Bu nedenle, bebeklik döneminde kendi yıkıcılıkları ve hırsları sonucu yok ettiklerine inanmış oldukları olumlu ve sevilen nesnelere yasını sürdürürler. Bu yıkıcılıkları sonucu, bir yandan yitirdikleri nesnenin özlemini yaşarken, diğer yandan geriye kalan içselleştirilmiş olumsuz

nesneler tarafından yok edileceklerine inanırlar. Bir başka deyişle, depresif kişiler, içselleştirilmiş olumlu ana baba imgelerini kendi yıkıcı dürtüleri ve düşlemleri sonucu kaybetmiş olmaktan ötürü kendilerini değersiz hissederler. Klein'a göre, manide görülen omnipotans, yadsıma, küçümseme ve idealize etme gibi savunmalar, yitirilmiş olan sevgi nesnelere duyulan özlemin acısına karşı geliştirilmiş tepkilerdir. Bu tepkiler yitirilen sevgi nesnelere kurtarılması ve onarılması, olumsuz nesnelere bağların reddedilmesi ve sevgi nesnelere yönelik aşırı bağımlılığın yadsınmasına yarar. Klein'a göre manik savunmalar, ana babaya karşı zafer kazanma ve ana baba çocuk ilişkisini tersine çevirme isteğini simgeler. Bu zafer kazanma isteği ise suçluluk duygularına ve depresyona yol açar (Gabbard, 2000).

Depresyonu kendine dönük saldırganlıkla açıklayan görüşlere katılmayan Bibring'e göre depresyon, idealler ile gerçekler arasındaki gerilimden kaynaklanır. Ona göre her insanın değerli ve sevilen biri olmak, güçlü ve üstün biri olmak, iyi ve seven biri olmak gibi narsisistik beklentileri vardır. Ancak egonun bu ölçütlere ulaşamayacağını farkında olması, kişinin kendisini güçsüz ve çaresiz hissetmesine ve depresif durumun egemenliğine girmesine neden olur. Kişinin kendine olan saygısını sarsan herhangi bir narsisistik engellenme ya da zedelenme klinik depresyonun ortaya çıkmasına neden olabilir. Gerilim egoyla bir başka ruhsal yapı arasında değil, egonun kendi yapısı içinde yaşanır. Bibring'e göre mani, depresyona karşı ödünleyici ikincil bir tepki ya da narsisistik beklentilerin düş gücüyle karşılanma çabalarının bir anlatımıdır (Gabbard, 2000; Öztürk, 2001).

Mani ve depresyonu birbirinden ayrı varoluş biçimleri olarak inceleyen varoluşçu psikiyatri, maniyi ketlenme ve baskılara karşı içgüdülerin kazandığı zaferin kutlanması olarak yorumlamıştır. Mani, mantığın ve dış dünya gerçeklerinin yadsındığı bir iyimserlik dünyasıdır. İyimserlik, özgeci bir düşünce ve yaşam biçimidir. Bu yaşam biçiminde kişi büyür ve çevresindeki dünya küçülür (Geçtan, 2003).

#### **2.1.4. Bipolar Bozukluğa Eşlik Eden Hastalıklar**

Duygudurum bozuklukları sıklıkla diğer psikiyatrik bozukluklarla birlikte bulunur. Bipolar bozukluğun anksiyete bozuklukları, özellikle de panik bozukluk ve obsesif kompulsif bozukluk (OKB) ile birlikteliği sıktır (Işık, 2003). Ülkemizde

yapılan bir çalışmada ayaktan izlenen ve remisyonda olan bipolar I bozukluk tanısı almış 55 hastanın %61.8'inde en az bir tane eş zamanlı anksiyete bozukluğu olduğu saptanmıştır. Bu hastalarda en sık görülen anksiyete bozukluğu OKB olmuştur (%36.4). Eş zamanlı anksiyete bozukluğu olan hastalarda özkıyım girişimi ve alkol kullanım bozukluğu daha sık bulunmuştur (Tamam ve Özpoyraz, 2000a).

Bazı araştırmacılar panik bozukluk ve bipolar bozukluk birlikteliğinin ailesel geçiş gösterebileceği, dolayısıyla genetik olarak bu hastalıkların birbirine bağlı hastalıklar olabileceğini öne sürmektedirler, ancak bu konuda yeterli kanıt bulunmamaktadır (MacKinnon ve ark., 1998).

Bipolar duygudurum bozukluğu olan hastalarda alkol ve madde kötüye kullanımı ve bağımlılığı da yaygındır ve bu durum bipolar bozukluğun gidişini olumsuz yönde etkiler. Bipolar I bozukluğu olan hastaların %60'ında, bipolar II bozukluğu olan hastaların %50'sinde eş zamanlı alkol ve madde kötüye kullanımı ve bağımlılığı bulunmaktadır (Feinman ve Dunner, 1996).

Uluşahin ve Uluğ (2000) duygudurum bozuklukları ile alkol ve madde kullanım bozukluğunun sıklıkla birlikte görüldüklerini ve bipolar bozuklukta bu birlikteliğın majör depresyondan daha sık olduğunu belirtmişlerdir.

Bipolar bozukluğa sıklıkla eşlik eden bir diğer psikiyatrik hastalık grubu da kişilik bozukluklarıdır. Duygudurum bozukluklarına kişilik bozukluklarının eşlik etmesinin nedeni anormal duygudurum ile başetmek üzere harekete geçen patolojik savunmaların karakter patolojilerini taklit etmesi olabilir. Tamam ve Özpoyraz (2000b) bipolar I bozukluğu olan hastalarda kişilik bozukluklarını araştırdıkları çalışmalarında en sık obsesif kompulsif kişilik bozukluğu olmak üzere olguların %62.8'inde en az bir kişilik bozukluğu bulmuşlardır. Bu çalışmada kişilik bozukluğu varlığı ile geçirilmiş atak sayısı, hastaneye yatış sayısı ve süresi, özkıyım girişimi, alkol ve madde kullanım bozukluğu arasında anlamlı ilişki bulunmuş, kişilik bozukluğunun tedaviye uyum sürecinde önemli sorunlar yarattığı belirtilmiştir.

### **2.1.5. Bipolar Bozuklukta Gidiş ve Sonlanım**

Bipolar bozuklukta ilk belirtiler genellikle hayatın ikinci ya da üçüncü on yılında başlamaktadır. İlk üç-altı atak boyunca ataklar arası sürenin giderek kısaldığı, daha sonra bu sürenin yılda bir-iki atak olacak şekilde değişmeden kaldığı ve

ortalama bir hastanın 35 yaşından önce 10 ya da daha fazla sayıda akut atak yaşadığı gösterilmiştir (Dubovsky ve ark., 2003).

Ateşçi ve arkadaşları (2000) bipolar ve unipolar duygudurum bozukluğu olan hastaların üç yıllık izlem dönemindeki kayıtlarını geriye dönük olarak incelemişlerdir. Bipolar hastalarda unipolar hastalara göre atak sayısının anlamlı düzeyde yüksek olduğunu, atakların daha fazla mevsimsel özellik gösterdiğini ve ataklar arası düzelmelerin tam olduğunu bulmuşlardır.

Günümüzde artık bipolar bozuklukla ilgili önceki bilgilerin tersine atakların her zaman tam olarak iyileşmediği ve ataklar arası dönemde kalıntı belirtilerin varlığını sürdürebileceği bilinmektedir. Saka ve arkadaşları (2001) iyilik döneminde olan bipolar hastaları bir yıl süreyle izlemişlerdir. Bir yıl sonunda örneklemin %31.2'sinde hastalığın tekrarladığını bulmuşlardır. Bu çalışmada ara dönemde depresyon belirtilerinin bulunması ve tek başına lityum ile koruma sağlanamaması kötü gidiş ile ilişkili bulunmuştur.

Bipolar hastaların uzun süreli izlemlerinde hastaların yaklaşık olarak üçte birinde işlevsellik önemli ölçüde azalmaktadır. Bu hastalarda iş verimi düşmekte, sosyal işlevsellik azalmakta ve eşlerinden boşanma artmaktadır (Tohen ve ark., 1990).

### **2.1.6. Çocuk ve Ergenlerde Bipolar Bozukluk**

McClellan ve Werry (1997)'nin belirttiğine göre Kraepelin (1921)'in maninin çocuklarda nadiren de olsa görüldüğünü, ilk atağın ergenlik döneminden sonra arttığını gözlemlemesine karşın, çok uzun yıllar boyunca çocuk ve ergenlerde mani tanımlanmamıştır. Bipolar bozukluğu olan erişkinlerin bir kısmında belirtilerin ergenlik döneminde ve öncesinde başladığının anlaşılması ile birlikte çocuk ve ergenlerde bipolar bozukluk üzerinde yoğun olarak çalışılan bir konu olmuştur. Bugün artık çocuk ve ergenlerde duygudurum bozuklukları görülebileceği iyi bilinmektedir.

Bipolar bozukluk çocuklarda daha ender görülmekle birlikte ergenlik döneminde hastalığın yaygınlığının erişkin popülasyona benzer olduğu belirtilmektedir (Lewinsohn ve ark., 1995). Bipolar bozukluğun çocuk ve ergenlerdeki diğer psikiyatrik bozukluklara göre daha seyrek görülmesi, klinik görünümünün değişken olması, belirtilerinin bu yaş grubunda daha sık görülen

diğer psikiyatrik hastalıklarla binişiklik göstermesi ve gelişimsel süreçlerin klinik belirtilerin ortaya çıkış şeklinde etkili olması çocuk ve ergenlerde mani atağının tanınmasını güçleştirmektedir (Bowring ve Kovacs, 1992).

Küçük çocuklarda sınırları kesin olarak belirlenmiş bir atak tanımlanması zordur. Bu çocuklarda yıkıcı davranışlarda artış, uykusuzluk, dürtüsellik, aşırı hareketlilik, konsantre olamama, dönemsel olarak dikkat süresinin kısalması, engellenmeye karşı toleransın azalması, patlayıcı tarzda öfke nöbetlerini izleyen suçluluk duygusu, okul performansında kötüleşme görülebilmektedir (Carlson, 1990).

Erişkinler ile karşılaştırıldığında ergenlerde mani dönemlerinde daha yoğun sinirlilik, disfori, psikoz, şizofreniform belirtiler, aşırı hareketlilik, karışık mani belirtileri, hızlı döngü ve ailesel yüklülük görüldüğü belirtilmektedir (Ballenger ve ark. 1982; Geller ve ark. 1995).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada ergen ve erişkin başlangıçlı bipolar bozukluğun fenomenolojik farklılıkları karşılaştırılmış, ergenlik döneminde başlayan bipolar bozuklukta karma nöbet olasılığının ve duygudurumla uyumlu ya da uyumsuz psikotik belirtilerin arttığı gösterilmiştir (Erkıran ve ark., 2003).

Ergenlerde görülen majör depresyon ataklarındaki hangi belirtilerin ileride bipolar bozukluk gelişebileceğini öngörmeye yaradığı çeşitli araştırmacılar tarafından çalışılmıştır. Buna göre erken ve akut başlangıç, özellikle varsanılar olmak üzere psikotik belirtiler, aşırı psikomotor yavaşlama, ailede bipolar bozukluk ve duygudurum bozukluğu öyküsü ve antidepresanlar ile tetiklenen hipomani varlığı bipolar gidişle ilişkili bulunmuştur (Strober ve Carlson, 1982; Akiskal, 1995; Geller ve ark. 1994).

Çocukluk ve ergenlik döneminde görülen bipolar bozukluk en sık dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) ile karışmaktadır. Araştırmacılar bipolar bozukluğu olan çocuk ve ergenlerde aşırı hareketlilik belirtisinin yüksek oranda bulunduğunu belirtmişlerdir (Biederman ve ark. 1995; Geller ve ark. 1995). Ergenlik öncesi dönemdeki bipolar çocukların %90'ında, ergenlerin ise %30'unda bipolar bozukluğa ilişkin başlangıç belirtileri değerlendirildiğinde DEHB bulunmaktadır (Geller ve ark., 1995). Dikkat eksikliği ve motor aktivitede artış hem

manide hem de DEHB'de görülmekle birlikte, DEHB belirtileri okul öncesi yıllarda başlar ve daha süregelen gidişlidir.

Öner ve Kılıç (2000) DEHB ile bipolar bozukluk tanı ayırımında, cinsel konularla aşırı ilgilenmenin, büyüklük sanrılarının, aşırı hareketlilik ve dikkat eksikliği bulgularının süreklilik göstermemesinin, duygudurumda dalgalanmalar olmasının ve psikotik belirtilerin varlığının bipolar bozukluk tanısını düşündürtecek bulgular olduğunu belirtmişlerdir.

Çocuk ve ergenlerde bipolar bozukluğun ayırıcı tanısında düşünülmesi gereken diğer psikiyatrik bozukluklar cinsel kötüye kullanım, özgül dil bozuklukları, davranım bozukluğu, şizofreni, alkol ve madde kötüye kullanımı olmalıdır (Geller ve Luby, 1997).

Çocuk ve ergenlerde bipolar bozukluk DEHB ve/ya da davranım bozukluğu (Carlson, 1990; Kovacs ve Pollock, 1995), madde kullanım bozuklukları (Carlson, 1990) ile birlikte görülebilir.

Erken başlangıçlı bipolar bozukluğun uzun dönemdeki gidişi erişkinlerdekine benzemekle birlikte (Werry ve ark., 1991), erişkinler ile karşılaştırıldığında ergenlerdeki bipolar bozukluk tedaviye daha az yanıt vermekte ve başlangıç süreci daha uzun olmaktadır (Strober ve ark. 1995; Carlson ve ark. 2000). Strober ve arkadaşları (1995) bipolar bozukluğu olan 54 ergen hastayı beş yıl süreyle izlemişlerdir. İzlem boyunca hastaların %4'ünde belirtilerin sürdüğünü, %44'ünde hastalığın ya major depresyon ya da mani atağı şeklinde yineleme gösterdiğini, %21'inde ise iki ya da daha fazla atak görüldüğünü belirtmişlerdir.

### **2.1.7. Bipolar Bozukluğu Olan Ana Babaların Çocuklarıyla Yapılan Çalışmalar**

Bipolar duygudurum bozukluğunun patofizyolojisinde genetik etkenlerin önemli rolü olduğunun ortaya çıkması ve bazı bipolar erişkinlerin hastalıklarının başlangıcının çocukluk ve ergenlik yıllarına rastlaması, bipolar bozukluğu olan ana babaların çocuklarının da bu hastalığın gelişimi için risk altında olduklarının anlaşılmasına ve bu çocuk ve ergenler ile çok sayıda çalışma yapılmasına neden olmuştur. Bugüne kadar yapılmış olan çalışmalarda bipolar ana babanın cinsiyeti, sosyokültürel durumu, ana babada hastalığın başlangıç yaşı, şiddeti, süresi, tedaviye

verdiği yanıt ve aile ortamı gibi çok çeşitli durumların çocuklardaki psikopatoloji ile ilişkisi araştırılmıştır.

Manik depresif hastaların erişkin yaştaki çocuklarında özellikle duygudurum bozuklukları olmak üzere psikiyatrik hastalıklar yüksek oranda görülmüş, hastalıkların başlangıç yaşı orta ve geç ergenlik döneminde olmuştur. Psikiyatrik hastalıklar kadınlarda erkeklere oranla üç kat daha fazla bulunmuştur (Waters ve Marchenko-Bouer, 1980).

LaRoche ve arkadaşları (1985) parçalanmamış ailelerden gelen manik depresif ana babaların çocuklarında en sık distimi tanısı koymuşlar, çocuklardaki psikopatolojinin babalarının evlilik ilişkisini olumsuz değerlendirmeleri ve bipolar ana/babadaki hastalığın süresi ile ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Bu çalışmada duygudurum bozukluğu için aile öyküsü bulunmasının çocuklardaki psikopatoloji ile ilişkisi gösterilememiştir. Araştırmacılar aynı çocukları başlangıç değerlendirmesini izleyen üç-yedi yıl içinde yeniden değerlendirdiklerinde, bipolar bozukluk görülmemekle birlikte tanılarının yine duygudurum bozuklukları spektrumunda yoğunlaştığını, tanı almayan çocukların her iki ebeveyninde sosyal uyumun daha iyi olduğunu bildirmişlerdir (LaRoche ve ark., 1987).

Bipolar I ya da bipolar II bozukluğu olan ana babaların çocuklarıyla herhangi bir psikiyatrik hastalığı bulunmayan ana babaların çocuklarının karşılaştırıldığı bir çalışmada, bipolar bozukluğu olan ana babaların çocuklarında major ve minör depresif bozukluk başta olmak üzere daha yüksek oranda psikiyatrik hastalık saptanmış; kız çocuklarında yaygın anksiyete bozukluğu, erkek çocuklarında DEHB'nin depresif bozukluğa eşlik ettiği bulunmuştur. Bipolar bozukluğu olan ana babaların çocuklarının kontrollere oranla daha fazla sol ellerini kullandıkları ve WISC-R (Wechsler Intelligence Scale for Children–Revised; Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeği) testinde daha düşük performans puanları aldıkları gözlenmiştir (Decina ve ark., 1983).

Ana babalarında bipolar I duygudurum bozukluğu olan çocukların kontrollerle karşılaştırıldığı bir başka çalışmada, iki grubun major ve minör duygudurum bozuklukları açısından fark göstermediği ancak hasta grubunda dikkat eksikliği, ayrılık kaygısı bozukluğu ve davranım bozukluğu gibi özgül olmayan tanılarda artış olduğu belirtilmiştir (Gershon ve ark., 1985).



Kashani ve arkadaşları (1985) bipolar ya da unipolar duygudurum bozukluğu olan ana babaların çocuklarında, ana babadaki bozukluğun alt tipinin çocuklar üzerindeki ayırt edici etkisini tanı ve belirti düzeyinde araştırmışlar; çocukların aldığı tanıların farklılık göstermediğini; unipolar ana babaların çocuklarında kaygı ve bedensel yakınmalar gibi çevurum, bipolar ana babaların çocuklarında ise alkol kullanımı gibi dışavurum belirtilerinin daha fazla görüldüğünü bulmuşlardır.

Klein ve arkadaşları (1985) duygudurum bozukluğu dışında bir psikiyatrik hastalığı ya da bipolar duygudurum bozukluğu olan iki ayrı grup ana babanın ergenlik dönemindeki çocuklarında duygudurum bozuklukları dışındaki psikiyatrik tanı oranlarının benzer olduğunu belirtmişlerdir. Bu çalışmada bipolar ana babaların çocuklarında duygudurum bozukluğu, özellikle de siklotimi artmış bulunmuştur. Bipolar ana babalar kendi aralarında değerlendirildiklerinde, bipolar annelerin çocuklarında bipolar babaların çocuklarına göre hem psikiyatrik tanılarının hem de duygudurum bozukluklarının daha yüksek oranda olduğu bildirilmiştir.

Bipolar duygudurum bozukluğu için risk altında olan çocuklarda psikopatoloji gelişimini önleyen koruyucu faktörler de çalışılmıştır. Bipolar anne babaların psikiyatrik hastalığı olan çocuklarında, sosyal problem çözme ve kendini kontrol etme becerisi, benlik saygısı ve kendilerinin algıladıkları yetenek düzeyleri hem psikiyatrik hastalığı olmayan çocuklarına, hem de normal kontrol grubuna göre düşük; arkadaş, kardeş, akraba gibi sosyal destekleri de zayıftır (Pellegrini ve ark., 1986).

Ana babalarında manik depresif bozukluk bulunan iki yaşındaki çocukların davranış ve akran ilişkileri doğal ve deneysel ortamlarda değerlendirildiğinde, kontrol grubuna oranla bu çocukların duygulanımlarını ve öfkelerini düzenlemede daha çok problem yaşadıkları; öfkelerini uygunsuz, orantısız ve yersiz gösterdikleri, paylaşımcı olmadıkları ve stresli durumlarla başetmede beceriksiz oldukları gözlemlenmiştir (Zahn-Waxler ve ark., 1984). İzlemlerinde beş ve altı yaşlarında da benzer problemler devam etmiş, anksiyete bozuklukları, depresyon ve davranım bozukluğu başta olmak üzere iki ya da daha fazla psikiyatrik tanı oranları artmıştır (Zahn-Waxler ve ark., 1988).

Bipolar I bozukluğu olan ana babaların 10-17 yaşlarındaki çocuklarının sağlıklı kontrol anne babaların çocuklarıyla karşılaştırıldığı bir çalışmada, hasta

grubun kız çocuklarında en sık depresif bozukluklar ve anksiyete bozuklukları, erkek çocuklarında ise DEHB ve davranım bozukluğu olmak üzere ruhsal patoloji oranları yüksek bulunmuştur. Anksiyete bozuklukları daha küçük yaştaki çocuklarda görülürken, depresyon sıklığı yaş ile birlikte artış göstermiştir. Çocuklardaki psikopatoloji şiddetinin; ana babadaki bipolar bozukluğun başlama yaşı, şiddeti, mani ve karma atak sayısı, bipolar olmayan ana/babada ve bipolar ana babanın birinci derecede akrabalarında ruhsal hastalık varlığı, aile ortamı ve sosyokültürel durum ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Grigoriu-Serbanescu ve ark., 1989).

Hammen ve arkadaşları (1990) bipolar bozukluk, unipolar depresyon, kronik tıbbi hastalık tanısı almış annelerin çocukları ile sağlıklı annelerin çocuklarını üç yıl izlemişler, yaşam boyu psikiyatrik tanı ve ayrıca duygudurum bozuklukları oranlarını en yüksek unipolar depresyonu olan annelerin çocuklarında bulmuşlardır. Bu çocuklardaki hastalıklar sıklıkla ondört yaşından önce başlarken, diğer gruplardakilerde ondört yaşından sonra başlamıştır. Hem unipolar depresyonu olan hem de bipolar bozukluğu olan annelerin çocuklarında çoklu tanı oranları artmıştır. Unipolar depresyonu olan annelerin çocuklarında yeni hastalık oranlarının yüksek olduğu, var olan hastalıkların da daha kronik seyrettiği belirtilmiştir.

Ülkemizde yapılan bir araştırmada bipolar bozukluk tanısı ile izlenen hastaların çocukları herhangi bir psikiyatrik hastalığı bulunmayan sağlıklı kontrol ana babalarının çocukları ile psikopatoloji geliştirme riski açısından karşılaştırılmıştır. Bu çalışmada hasta grubun çocuklarında özellikle duygudurum bozuklukları olmak üzere psikopatoloji sıklığı artmış bulunmuştur. Kız çocuklarında son iki yıl içinde psikiyatrik tanı alma oranlarının erkek çocuklardakine göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Hasta olan ana babanın cinsiyeti ve ailenin sosyoekonomik durumunun çocuklardaki psikopatoloji ile ilişkisi gösterilemezken, evlilik uyumsuzluğu bulunan ailelerin çocuklarında psikiyatrik tanı alma riski artmıştır (Tamar, 1991).

Unipolar depresyon ya da bipolar bozukluğu olan annelerin birbuçuk-üçbuçuk ve beş-sekiz yaşları arasındaki çocuklarının psikososyal gelişimlerinin başlangıçta ve başlangıçtan üç yıl sonra değerlendirildiği bir çalışmada, sağlıklı kontrol annelerine göre duygudurum bozukluğu bulunan annelerin orta ve geç çocukluk dönemindeki çocuklarında depresif belirtiler ve yıkıcı davranışlar daha

fazla görülmüştür. Unipolar annelerin çocuklarında bu bulgular daha erken yaşta başlamış ve daha yüksek oranda her iki çocukta da görülmüştür. Bipolar annelerin çocukları erken çocuklukta annelerinden ayrılma kaygısı göstermezken, bu çocuklarda orta çocuklukta geç çocukluğa doğru anksiyete ve depresyon belirtileri ile yıkıcı davranışlar ve bunların bir arada bulunması artış göstermiştir (Radke-Yarrow ve ark., 1992).

Bipolar bozukluk ya da bipolar bozukluk dışında psikiyatrik hastalığı olan ana babaların çocuklarında dikkat ve davranış problemleri, aynı çocukların genç erişkinlik dönemlerinde ise hem psikopatoloji oranları hem de sosyal ve mesleki uyum sorunları normal kontrollere oranla daha yüksek bulunmuştur. Çocukluk dönemindeki dikkat ve davranış problemleri her üç grupta da genç erişkinlik döneminde duygudurum bozuklukları dışındaki psikiyatrik bozukluklar ile ilişkiliyken, yalnızca bipolar risk grubunda duygudurum bozuklukları ile ilişkilidir (Carlson ve Weintraub, 1993).

Annelerinde unipolar depresyon, bipolar bozukluk ve kronik tıbbi hastalık bulunan çocukların psikososyal işlevsellik düzeyi iki yıl süreyle izlenmiş ve sağlıklı annelerin çocukları ile karşılaştırılmıştır. Unipolar depresyonu olan annelerin çocuklarında davranış problemleri diğer gruplara göre daha fazla görülmüş ve kronik gidiş göstermiştir. Bu çocuklarda sosyal uyum ve akademik başarı da diğer gruplardan düşük bulunmuştur. Bipolar annelerin çocuklarının psikososyal işlevsellik düzeyi ise sağlıklı annelerin çocuklarınıninkine benzerdir (Anderson ve Hammen, 1993).

Chang ve arkadaşları (2000) bipolar I ve bipolar II bozukluk tanısı almış ana babaların çocuklarında en sık DEHB, major depresyon, distimi ve bipolar bozukluk olmak üzere psikopatoloji oranlarının yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Çocuklarda bipolar bozukluğa genellikle DEHB tanısı eşlik etmiş, bipolar bozukluğu olan çocukların ana babalarında belirtiler psikiyatrik tanı almayan çocuklara göre daha erken yaşta başlamıştır. Çocukluk dönemine ilişkin DEHB öyküsü veren ana babaların çocuklarında DEHB değil de bipolar bozukluk sık görülmüştür. Her iki ebeveyninde bipolar bozukluk bulunan çocuklarda çökkün ve öfkeli duygulanım, pozitif uyarılara düşük tepki verme düzeyi ve reddedilme duyarlılığında artma bulunmuş; çocuklukta bipolar bozukluğun öncül belirtilerinin klasik mani

belirtilerinden çok duygulanımın düzenlenmesiyle ilişkili zorlukları içerdği vurgulanmıştır.

Bipolar ana babaların 12-21 yaşlar arasındaki çocuklarında psikopatoloji yaygınlığını toplumdan elde edilen verilerle karşılaştıran bir çalışma, bu çocuklarda yüksek oranda psikiyatrik hastalık bulunduğu görüşünü desteklememektedir. Ancak yine de değerlendirilen çocuklarda yalnızca duygudurum bozukluklarında hafif düzeyde bir artış saptanmıştır (Wals ve ark., 2001).

Bipolar I ve II bozukluğu bulunan ana babaların bipolar bozukluk, DEHB ya da depresyon/anksiyete bozukluğu tanısı alan çocuklarında bu tanıları birbirinden ayırt edici belirtiler incelenmiştir. Bipolar bozukluk tanısı alan çocuklarda belirtiler DEHB tanısı alan çocuklarla benzerlik göstermiş, yalnızca saldırgan davranışlar, içekapanma ve anksiyete/depresyon belirtileri bipolar bozuklukta daha sık görülmüştür. Araştırmacılar DEHB belirtilerinin bipolar bozukluğun öncülü olabileceğini, bu nedenle her iki grubu birbirinden ayıran belirtilerin az olduğunu savunmuşlardır (Dienes ve ark., 2002).

Duffy ve arkadaşları (2002) lityuma yanıt veren ve vermeyen bipolar ana babaların 10-25 yaşlar arasındaki çocuklarını beş yıl süreyle izlemişler, lityuma yanıt vermeyen ana babaların çocuklarında duygudurum bozukluklarının daha yavaş başlayıp kronik seyrettiğini, diğer psikiyatrik hastalıkların duygudurum bozuklukları ile eş zamanlı görüldüğünü ve bu çocuklarda duygudurum bozukluğu öncesindeki işlevselliğin de bozuk olduğunu belirtmişlerdir. Lityuma yanıt veren ana babaların çocuklarında duygudurum bozuklukları riski; annede bipolar bozukluk bulunması, erken çocukluk dönemindeki işlevselliğin kötü olması ve bir dereceye kadar da ana babalardaki hastalığın süresi ile ilişkili görülmüştür.

Ana babaları bipolar bozukluk tanısı ile izlenen çocuk ve ergenlerin mizaç özelliklerinin araştırıldığı bir çalışmada, bu çocukların genel enerji ve motor aktivite düzeylerinin topluma göre düşük, yeni uyaran arama eğilimlerinin yüksek ve günlük uyku ritimlerinin değişken olduğu belirtilmiştir. Yeni durumlara uyum sağlama becerisinin düşük olması, yapılan iş ya da görevi sürdürmemeye ve olumsuz duygulanım gibi özelliklerin psikopatoloji gelişimi ile ilişkili olduğu görülmüştür (Chang ve ark., 2003).

### 2.1.8 Çalışmanın Amacı

Bipolar duygudurum bozukluğu sık görülen, kronik gidişli ve genetik etkenlerin etyolojide önemli rol oynadığı bir hastalıktır. Hastalığın hem etkilenen bireye ve ailesine hem de topluma getirdiği yükler bilinmekle birlikte günümüzde bu hastalığı önlemeyi amaçlayan koruyucu yöntemler geliştirilememiştir. Bipolar bozukluğu olan bireylerin çocuklarının da bu hastalığı geliştirme riski topluma oranla yüksektir. Bu çocukların bipolar bozukluğun olası öncül bulguları açısından değerlendirilmeleri ve ileriye dönük izlemleri hastalığın gelişmesini önleyici yöntemlerin belirlenmesine katkıda bulunabilir.

Bugüne kadar bipolar bozukluğu olan ana babaların çocuklarında görülen psikopatoloji çeşitleri, bu çocukların davranış özellikleri ve psikososyal gelişimleri üzerine birçok araştırma yapılmış olmasına karşın araştırmalardan elde edilen sonuçlar çoğu kez birbirini destekler nitelikte olmamıştır. Sonuçlar arası farklılıklar, araştırmaların farklı desenlerde olması, bipolar ana babaların hastalıklarına ilişkin farklılıkların bulunması ve değişik ölçüm yöntemlerinin kullanılması gibi değişkenlerle ilişkili olabilir. Bu çalışmada bipolar I bozukluk dışında başka bir psikiyatrik tanısı bulunmayan ana babaların çocuklarında psikiyatrik bozuklukların yaşam boyu yaygınlığının belirlenmesi, bu çocukların bipolar bozukluğun olası öncül bulguları açısından değerlendirilmeleri ve bu psikiyatrik bozuklukların ortaya çıkışında etkisi olabileceği düşünülen bazı değişkenlerin araştırılması amaçlanmıştır.

## GEREÇ VE YÖNTEM

### 3.1. Araştırmanın Örneklemi

Bu araştırmada Haziran 2002 ile Ekim 2003 tarihleri arasında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniği'nde bipolar bozukluk tanısı ile izlenmekte olup, 6-17 yaş arası çocukları olan ana babalar araştırma grubu olarak alınmıştır. Kontrol grubunu herhangi bir psikiyatrik tanı almayan ve 6-17 yaş arası çocukları olan ana babalar oluşturmuştur. Araştırma grubu bipolar bozukluğu olan 17 annenin 21 çocuğu, bipolar bozukluğu olan 11 babanın 15 çocuğu olmak üzere toplam 36 çocuktan, kontrol grubu ise 28 sağlıklı ana babanın 33 çocuğundan oluşmuştur.

### 3.2. Araştırma Deseni

Araştırma deseni kesitsel ve karşılaştırmalı bir çalışma olarak belirlenmiştir.

### 3.3. Deneklerin Seçimi

#### 3.3.1. Araştırma Grubu

Araştırmaya alınan çocukların anneleri ya da babaları bipolar I bozukluk tanısı ile Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniği'nde izlenen ve başka bir psikiyatrik tanıları bulunmayan hastalardır. Bu hastalardan onsekiz tanesi farklı araştırmalarda yer aldığı için, bipolar I bozukluk tanısı bu klinikteki araştırmacılar tarafından "Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi" (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia, SADS) (Uluşahin ve ark. 2000) ölçeği ile doğrulanmıştır. Görüşmeye katılmayan üç hastaya bu ölçek uygulanamamış, tanıyı doğrulamak amacıyla izlemlerini yapan hekim ile görüşülmüştür. Sonuçta araştırmaya bipolar bozukluk tanısı alan 28 ana/babanın 6-17 yaş arasında 20 erkek, 16 kız olmak üzere toplam 36 çocuğu alınmıştır. Çalışmaya katılma ölçütleri aşağıda belirtildiği şekilde planlanmıştır:

- Annenin ya da babanın Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniği'nde bipolar I bozukluk tanısı ile izleniyor olması,
- Çocukların 6-17 yaş arasında olması,

- Ailelerin ve çocukların araştırmanın amacı ve uygulanacak ölçeklere ilişkin bilgi aldıktan sonra çalışmaya katılmayı kabul etmeleri,

Araştırmada aşağıdaki özellikleri gösteren ana babalar ve çocuklar ise dışlanmıştır:

- Anne ya da babalarla yapılan klinik görüşme ve uygulanan SADS ölçeğinde bipolar bozukluk dışında herhangi bir psikiyatrik hastalık bulunması,
- Anne ya da babada önemli bir kronik tıbbi hastalık bulunması,
- Bipolar ana/babanın eşinin herhangi bir psikiyatrik hastalık nedeniyle tedavi almış ya da alıyor olması,
- Çocuklarda kronik bir tıbbi hastalık bulunması.

### 3.3.2. Kontrol Grubu

Araştırmaya bipolar I bozukluk tanısı olan 17 anne, 11 baba ve bu kişilerin eşleri ile bipolar bozukluk tanısı alan anne ve babalarla yaş, eğitim düzeyi ve çalışma durumu özellikleri açısından eşleştirilen ve herhangi bir psikiyatrik tanısı bulunmayan 17 anne, 11 baba ve bu kişilerin eşleri alınmıştır. Araştırma ve kontrol grubu ailelerinin aylık ortalama gelir düzeyleri de benzerdir. Kontrol grubuna 6-17 yaş arası 18 erkek, 15 kız çocuk alınmıştır. Kontrol grubu için çalışmaya alınma ölçütleri aşağıdaki gibidir:

- Yapılan klinik görüşme ve uygulanan SADS ölçeğinde anne ya da babalarda herhangi bir psikiyatrik hastalık saptanmaması,
- Anne ya da babaların herhangi bir psikiyatrik hastalık nedeniyle tedavi almamış olması,
- Anne ya da babada kronik tıbbi hastalık bulunmaması
- Çocukların 6-17 yaş arasında olması,
- Çocuklarda kronik bir tıbbi hastalık bulunmaması,
- Ailelerin ve çocukların araştırmanın amacı ve uygulanacak ölçeklere ilişkin bilgi aldıktan sonra araştırmaya katılmayı kabul etmeleri,

### 3.4. İşlem

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniği'nde bipolar I bozukluk tanısı ile izlenmekte olan hastalara telefonla ulaşılarak 6-17 yaşları arasında çocuğu olanlara araştırmanın amacı, yapılacak işlemler ve görüşmenin ortalama süresine ilişkin bilgi verilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden ailelere randevu verilmiş ve aileler Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Bölümü'ne çağrılmıştır. Çalışma hakkında duyuru yapıldıktan sonra katılmaya gönüllü olan ve kontrol grubunu oluşturan ailelere de randevu verilmiştir.

Değerlendirmeye çocuk hakkında bilgi verebilecek en az bir ana/baba katılmıştır. Görüşmeye bipolar bozukluk tanısı ile izlenen hastaya daha önce SADS ölçeği uygulanmamışsa bu ölçek verilerek başlanmıştır. SADS uygulanan ana babaların birinde panik bozukluğu bipolar bozukluğa eşlik ettiğinden bu ebeveyn çalışmaya alınmamıştır. Kontrol grubunu oluşturan anne babalara da SADS uygulanmış, bu grupta bir annede panik bozukluğu ve bir babada depresyon tanıları bulunduğundan bu kişiler çalışmadan dışlanmıştır.

Araştırmacı tarafından hazırlanan görüşme formu anneye ya da babaya uygulandıktan sonra anne, baba ve çocuğa Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Formu, Şimdiki Durum ve Yaşamboyu İçin Uyarlanmış Şekli (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children, Present and Lifetime Version, K-SADS-PL) (Kaufman ve ark. 1996) verilmiştir. Değerlendirilecek kişi çocuksa önce anne-baba ile, ergense önce ergenin kendisiyle görüşülmüş, çocuk ve ergenlerde yaşam boyu psikopatoloji taranmıştır. Çocuk ya da ergen ile görüşülürken anne ya da babalar Hacettepe Dikkat Noksanlığı ve Davranış Değerlendirme Skalası (HDNDDS)'ni ve Hacettepe Ruhsal Uyum Ölçeği (HRUÖ)'ni, bipolar bozukluğu olan ana/babanın eşi Belirti Tarama Listesi (BTL)'yi; anne-babalar ile görüşülürken çocuk ve ergenler Anne Baba Tutum Ölçeği (ABTÖ)'yü doldurmuşlardır. Bipolar bozukluğu olan ana/babanın görüşmeye katılamayan eşlerine BTL gönderilmiş, ölçeği doldurup geri getirmeleri istenmiştir. HDNDDS ve HRUÖ araştırma grubundaki 2 çocuk (%5.5) için doldurulamamıştır. Yalnızca araştırma grubunda bipolar bozukluk tanısı olan ana ya da babanın eşlerini değerlendirmek amacıyla kullanılan BTL 7 kişiye (%25) uygulanamamıştır. Ana babanın ve çocuğun değerlendirilmesi yaklaşık olarak iki saat sürmüştür.



Değerlendirme sonucunda ailelere geri bildirim verilmiş ve psikopatoloji saptanan çocuk ve ergenler izleme alınmıştır.

### **3.5. Araştırmada Kullanılan Gereçler**

#### **3.5.1. Görüşme Formu**

Görüşme formu araştırmacı tarafından hazırlanmış, aile ve çocukla ilgili bilgi toplamak amacıyla anne ya da baba ile görüşülerek doldurulmuştur. Görüşme formunun ilk bölümünde ailenin demografik bilgileri, ikinci bölümünde araştırmaya alınan çocukların gelişim, okul ve tıbbi öykülerini içeren özgeçmiş bilgileri sorgulanmıştır. Ailenin soygeçmiş bilgileri üçüncü bölümde, anne ya da babadaki bipolar bozukluğa ilişkin özellikler ise formun dördüncü bölümünde toplanmıştır.

#### **3.5.2. Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi**

##### **Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (SADS)**

SADS, Endicott ve Spitzer (1978) tarafından psikiyatrik bozukluğu olan hastalar ile yapılan klinik araştırmalarda kullanılmak üzere geliştirilmiştir. 63 maddeden oluşan yarı yapılandırılmış bir ölçektir. Klinik araştırmalarda psikiyatrik hastalıkları belirlemede tanı aracı olarak sıklıkla kullanılmaktadır. SADS ile Araştırma Tanı Ölçütleri'ne (Research Diagnostic Criteria, RDC) göre tanı koyulmaktadır. Ölçeğin ülkemizde geçerlik ve güvenilirliği Uluşahin ve arkadaşları (2000) tarafından bipolar duygudurum bozukluğu ve şizoafektif bozukluğu olan hasta grubu üzerinde yapılmıştır. İki bölümden oluşan ölçeğin ilk bölümünde son bir yıl içindeki psikiyatrik belirtiler hastalık dönemi varsa bu dönemdeki şiddetine göre, yoksa en şiddetli olduğu zamana göre puanlandırılmaktadır. İkinci bölümünde ise geçmiş psikiyatrik hastalık öyküsü, duygudurum bozuklukları ve psikotik hastalık dönemlerinin özellikleri ve bu hastalıklar dışındaki tüm RDC tanıları sorgulanmaktadır.

Araştırmada bu ölçek ile ana babalar değerlendirilmiş ve hasta grubunda bipolar I bozukluk tanısı konulmuş ve diğer psikiyatrik hastalıklar dışlanmış, kontrol grubunda ise herhangi bir psikiyatrik hastalık olmadığı gösterilmiştir.

### 3.5.3. Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Formu, Şimdiki Durum ve Yaşamboyu İçin Uyarlanmış Şekli Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children, Present and Lifetime Version (K-SADS-PL)

K-SADS-PL, 6-18 yaş arasındaki çocuk ve ergenlerde psikiyatrik bozuklukları DSM-III ve DSM-IV'e göre taramak amacıyla Kaufman ve arkadaşları (1996) tarafından geliştirilmiş yarı yapılandırılmış bir ölçektir. Ölçeğin Türkçe'ye çeviri ve geri çevirisini Gökler ve arkadaşları yapmıştır. K-SADS-PL ile çocuk ve ergendeki geçmiş ve şu andaki psikiyatrik bozukluklar ana babadan ve çocuktan alınan bilgiler doğrultusunda sorgulamakta ve klinik tanı klinisyenin gözlemleriyle de birleştirilerek konulmaktadır. Ölçeğin tarama bölümünde çocukluk ve ergenlik döneminde görülen psikopatolojilerin temel belirtileri sorgulanmakta ve her bir belirti kendisine özgü dereceleme yöntemiyle 0 ile 3 puan arasında değerlendirilmektedir. Herhangi bir belirtiden 3 puan alan kişiye psikopatolojiye ilişkin ayrıntılı ek sorular sorulmakta ve sonuçta DSM-III-R ya da DSM-IV'e göre tanı konulmaktadır. Bu çalışmada DSM-IV'e göre tanı konulmuştur.

K-SADS-PL, duygudurum bozuklukları, psikotik bozukluklar, anksiyete bozuklukları, DEHB, karşı olma karşı gelme bozukluğu, davranım bozukluğu, enürezis, enkoprezis, yeme bozuklukları, tik bozuklukları, alkol ve madde kullanım bozukluklarını taramaktadır.

Araştırmada hasta grubundaki 36 ve kontrol grubundaki 33 çocuk ve ergene bu ölçek uygulanarak yaşam boyu psikopatoloji taranmıştır.

### 3.5.4. Belirti Tarama Listesi (BTL)

BTL Derogatis ve arkadaşları (1976) tarafından psikiyatrik belirtilerin taranması amacıyla geliştirilmiştir. Bu ölçeği ilk olarak ülkemizde Gökler (1978) kullanmıştır. Daha sonra yapılan çalışmalarda ölçeğin test-tekrar test güvenilirliği oldukça yüksek bulunmuştur (Dağ, 1991; Kılıç, 1991).

Ölçek 90 maddeden oluşmaktadır ve her bir maddeye "hiç", "çok az", "orta derecede", "oldukça fazla" ve "ileri derecede" seçeneklerine uygun olarak yanıt verilmektedir ve böylece her bir madde için 0 ile 4 arasında bir puan elde edilmektedir. Genel belirti düzeyi (GBD) puanı her madde için elde edilen puanların toplamının madde sayısı olan 90'a bölünmesi yoluyla hesaplanmakta ve 0 ile 4

arasında değişmektedir. GBD puanının kesim noktası her bir araştırmanın özgül amacına uygun olarak belirlenebilmektedir ancak ölçek tarama amacıyla kullanıldığında kesim puanı sıklıkla 1 puan olarak alınır. Pozitif belirti toplamı (PBT) “hiç” seçeneğiyle işaretlenenler dışında diğer maddelerin sayısı toplamıdır ve 0 ile 90 arasındadır. Pozitif belirti düzeyi (PBD) ise tüm maddelerden alınan toplam puanın PBT’na bölünmesiyle elde edilir. PBD belirtilerin şiddetini gösterir ve 0 ile 4 arasında bulunur.

Bu çalışmada BTL araştırma grubunda bipolar bozukluğu olan ana babaların eşlerindeki psikiyatrik belirtileri tarama amacıyla kullanılmış ve 21 kişiye uygulanmıştır.

### **3.5.5. Hacettepe Ruhsal Uyum Ölçeği (HRUÖ)**

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı tarafından ruhsal uyumu değerlendirmek amacıyla uygulanan çeşitli ölçeklerden ülkemizde geçerli olacak sorular seçilerek geliştirilen, geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olan bir ölçektir. 32 maddeden oluşan ölçeğin ilk 24 maddesi çocuğun ruhsal uyumu ile ilişkilidir. Ana babalar tarafından doldurulan ölçekte her madde “yok:0”, “biraz:1” ve “çok:2” olarak puanlanmaktadır. Her maddeden elde edilen puanların toplamı değerlendirilirken kesim noktası 12 olarak alınmakta, 12 ve üzerinde puan alan çocuklar uyumsuz olarak değerlendirilmektedir. Ölçekteki tek sayılı maddeler nevrotik belirtileri, çift sayılı maddeler davranış sorunlarını belirtmektedir. Daha sonraki 6 madde enürezis, enkoprezis, kekemelik, tik, parmak emme ve tırnak yeme gibi bozukluk ve alışkanlıkları sorunun “var” ya da “yok” olarak belirtilmesine göre değerlendirmektedir. 31. madde okul başarısını, 32. madde ölçekte yer almayan diğer sorunların varlığını sorgulamaktadır. Ölçek çeşitli araştırmalarda ilköğretim çocuklarının ruhsal sorunlarını belirlemek amacıyla kullanılmıştır (Gökler ve Öktem, 1985; Coşkun, 1994).

### **3.5.6. Hacettepe Dikkat Noksanlığı ve Davranış Değerlendirme Skalası (HDNDDS)**

HDNDDS Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı tarafından bu alanda kullanılan çeşitli ölçeklerin

gözden geçirilmesi sonucu geliştirilmiştir. Ölçek 1994-1995 yılları arasında farklı gruplara uygulanarak geçerlik ve güvenilirliği değerlendirilmiştir (Öktem ve Baysal, 1995). DEHB belirtilerini sorgulayan 29 maddeden oluşan ölçekte her madde “yok:0”, “biraz:1” ve “çok:2” olarak puanlanmaktadır. Ana babalar tarafından doldurulan ölçeğin kesim noktası 19 olarak alınmaktadır.

### **3.5.7. Anne Baba Tutum Ölçeği (ABTÖ)**

ABTÖ çeşitli araştırmacıların çalışmalarında öne sürdükleri çocuğa tepki vermede duyarlılık ve talepkarlık boyutlarından ve anne baba tutumu ile ilgili varolan diğer ölçeklerden yararlanılarak Lamborn ve arkadaşları (1991) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek 10 yaş ve üzerindeki çocuk ve ergenler tarafından doldurulmakta ve kabul/ilgi, denetleme ve psikolojik özerklik olmak üzere üç boyuttan oluşmaktadır. Kabul/ilgi boyutu 9, denetleme boyutu 8 ve psikolojik özerklik boyutu 9 madde ile değerlendirilmektedir. Kabul/ilgi ve psikolojik özerklik boyutundaki maddeler 4 dereceli Likert tipi ölçek üzerinden, denetleme boyutundaki maddelerin ilk ikisi 7 dereceli , geriye kalanları ise 3 dereceli Likert tipi ölçek üzerinden değerlendirilmektedir. Ölçeğin ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışması Yılmaz (2000) tarafından yapılmıştır.

### **3.6. Verilerin Değerlendirilmesi ve İstatistikler**

Verilerin istatistiksel analizi için Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paket Programı (Statistical Program for Social Sciences; SPSS) 12.0 sürümü kullanılmıştır.

Ölçümle belirtilen verilerin istatistiksel analizi parametrik test varsayımlarının karşılandığı durumlarda t-testi ile; parametrik test varsayımlarının karşılanmadığı durumlarda ise Mann-Whitney U testi ile yapılmıştır. Sayımla belirtilen verilerin değerlendirilmesinde ki-kare ( $\chi^2$ ) testi ya da Fisher'in kesin ki-kare testi kullanılmıştır.

## BULGULAR

### 4.1. Sosyodemografik Özellikler

#### 4.1.1. Anne Babaların Yaş Ortalamaları

Araştırma grubu ve kontrol grubundaki annelerin ve babaların yaş ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir (Tablo 4.1). Araştırma grubunda bipolar bozukluğun annede ya da babada bulunması istatistiksel olarak anlamlı fark yaratmamıştır ( $\chi^2=1,296$ ;  $p>0.05$ ).

Tablo 4.1. Araştırma ve Kontrol Grubundaki Anne Babaların Yaş Ortalamaları.

	Araştırma grubu (Ort $\pm$ ss)	Kontrol grubu (Ort $\pm$ ss)	İstatistik
Anne yaşı (yıl)	39,11 $\pm$ 5,42	37,30 $\pm$ 4,93	t= 1,444 <sup>AD</sup>
Baba yaşı (yıl)	43,62 $\pm$ 4,75	42,02 $\pm$ 6,60	t= 1,110 <sup>AD</sup>

AD: Anlamlı değil,  $p>0.05$

#### 4.1.2 Anne Babaların Eğitim Süresi Ortalamaları

Araştırma grubu ve kontrol grubunda annelerin ve babaların ortalama eğitim süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Araştırma ve Kontrol Grubundaki Anne Babaların Eğitim Süresi Ortalamaları.

	Araştırma grubu (Ort $\pm$ ss)	Kontrol grubu (Ort $\pm$ ss)	İstatistik
Anne eğitim süresi (yıl)	9,08 $\pm$ 4,02	9,09 $\pm$ 4,32	t= -0,008 <sup>AD</sup>
Baba eğitim süresi (yıl)	11,36 $\pm$ 2,79	11,06 $\pm$ 3,33	t= 0,407 <sup>AD</sup>

AD: Anlamlı değil,  $p>0.05$

#### 4.1.3 Anne Babaların Çalışma Durumu

Çalışan anne sayısı araştırma grubunda 14 (%50) ve kontrol grubunda 14 (%50) olarak bulunmuştur. Her iki gruptaki annelerin çalışma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $\chi^2=0,089$ ;  $p>0.05$ ). Çalışmaya alınan her iki gruptaki çocukların babalarının tamamının çalıştığı görülmüştür.

#### 4.1.4 Ailelerin Yapısı

Her iki grupta da çekirdek aile yapısının daha sık olduğu görülmüş; araştırma grubundaki 28 aileden 23'ünün (%82) ve kontrol grubundaki 28 aileden 27'sinin (%96) çekirdek aile olduğu bulunmuştur. Aile yapıları açısından her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $\chi^2=3,231$ ;  $p>0.05$ ).

#### 4.1.5 Ailelerin Aylık Gelir Düzeyi

Araştırma grubunda aylık ortalama gelir  $802,78 \pm 472,83$  milyon TL, kontrol grubunda  $924,24 \pm 639,59$  milyon TL olarak bulunmuştur. Araştırma ve kontrol grubu arasında aylık ortalama gelir düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $t= -0,902$ ;  $p>0.05$ ).

#### 4.1.6 Çocukların Yaş Ortalamaları

Bipolar bozukluk grubunda 36 çocuk ve kontrol grubunda 33 çocuk bulunmakta ve her iki grupta çocukların yaşları 6 ile 17 arasında değişmektedir. Bipolar bozukluk ve kontrol grubundaki çocukların yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Araştırma ve Kontrol Grubundaki Çocukların Yaş Ortalamaları.

	Araştırma grubu (Ort $\pm$ ss)	Kontrol grubu (Ort $\pm$ ss)	İstatistik
Yaş (yıl)	12,71 $\pm$ 3,06	12,03 $\pm$ 2,93	$t= 0,938^{AD}$

AD: Anlamlı değil,  $p>0.05$

#### 4.1.7 Çocukların Cinsiyetlerinin Dağılımı

Araştırma ve kontrol grubundaki çocukların cinsiyet dağılımları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Araştırma ve Kontrol Grubundaki Çocukların Cinsiyet Dağılımı.

Çocukların Cinsiyeti	Araştırma grubu s(%)	Kontrol grubu s(%)	İstatistik
Kız	16 (44,4)	15 (45,4)	$\chi^2 = 0,007^{AD}$
Erkek	20 (55,6)	18 (54,6)	

AD: Anlamlı değil,  $p > 0.05$

#### 4.1.8 Çocuk Sayısı

Araştırma ve kontrol grubunda kardeş sayısı 0 ile 4 arasında değişmektedir. Araştırma grubunun %67.8'inin (s:19) ve kontrol grubunun %78.5'inin (s:22) iki çocuklu aile olduğu ve çocuk sayısı açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ( $t = -0,407$ ,  $p > 0.05$ ).

## 4.2 Çocuklarda Değerlendirme Sonuçları

### 4.2.1 Araştırma ve Kontrol Grubundaki Çocuklarda Genel Psikopatoloji Varlığının Karşılaştırılması

Her iki gruptaki çocuklar genel psikopatoloji varlığı açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır (Tablo 4.5). Araştırma grubundaki çocuklarda kontrol grubundakilere göre psikopatoloji oranları anlamlı ölçüde yüksektir.

Tablo 4.5. Araştırma ve Kontrol Grubundaki Çocuklarda Genel Psikopatoloji Varlığının Karşılaştırılması.

Psikopatoloji	Araştırma grubu s(%)	Kontrol grubu s(%)	İstatistik
Var	27 (75,0)	14 (42,4)	$\chi^2 = 7,577^*$
Yok	9 (25,0)	19 (57,6)	

\*  $p < 0.01$

#### 4.2.2 Araştırma ve Kontrol Grubundaki Çocukların Psikopatoloji Türlerinin Dağılımı

Bipolar bozukluk grubu ve kontrol grubundaki çocukların psikopatoloji türlerinin DSM- IV'e göre tanı dağılımı Tablo 4.6'da verilmiştir.

Tablo 4.6. Araştırma ve Kontrol Grubundaki Çocukların Psikopatoloji Türlerinin DSM- IV'e Göre Tanı Dağılımı.

TANI	Araştırma grubu s(%)	Kontrol grubu s(%)	İstatistik
Duygudurum bozuklukları	9 (25,0)	0 (0,0)	$\chi^2= 12,947^{**}$
Anksiyete bozuklukları	17 (47,2)	9 (27,3)	$\chi^2= 2,918^{AD}$
Psikotik bozukluk	1 (2,8)	0 (0,0)	$\chi^2= 1,315^{AD}$
Dışaatım bozuklukları	12 (33,3)	6 (18,2)	$\chi^2= 2,050^{AD}$
Yıkıcı davranım bozuklukları	11 (30,6)	3 (9,1)	$\chi^2= 4,905^*$
Tik bozukluğu	2 (5,6)	0 (0,0)	$\chi^2= 2,657^{AD}$

AD: Anlamli değil, \* $p<0.05$ , \*\* $p<0.01$

Duygudurum bozuklukları, araştırma grubunda 6 çocukta (%16.6) major depresyon, 2 çocukta (%5.5) distimi ve 1 çocukta (%2.8) bipolar II bozukluk olarak dağılmıştır. Kontrol grubundaki çocuklarda herhangi bir duygudurum bozukluğu tanısı saptanmamıştır. Duygudurum bozuklukları açısından gruplar arası farklılığı yaratan tanının major depresyon olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.7).



Tablo 4.7. Araştırma ve Kontrol Grubundaki Çocuklarda Duygudurum Bozuklukları Dağılımı.

Duygudurum Bozuklukları	Araştırma grubu s(%)	Kontrol grubu s(%)	İstatistik
Major depresyon	6 (16,6)	0 (0,0)	$\chi^2=8,330^{**}$
Distimi	2 (5,5)	0 (0,0)	$\chi^2=2,657^{AD}$
Bipolar II bozukluk	1 (2,8)	0 (0,0)	$\chi^2= 1,315^{AD}$

AD: Anlamli değil, \*\*  $p<0.01$

Anksiyete bozuklukları, araştırma grubunda 7 çocukta (%19.4) ayrılık anksiyetesi bozukluğu, 3 çocukta (%8.3) sosyal fobi, 1 çocukta (%2.8) özgül fobi, 5 çocukta (%13.9) yaygın anksiyete bozukluğu ve 2 çocukta (%5.6) OKB şeklinde görülmüştür. Bu grupta 1 çocukta (%2.8) yaygın anksiyete bozukluğu tanısına OKB tanısı eşlik etmiştir. Kontrol grubunda ayrılık anksiyetesi bozukluğu 4 çocukta (%12.1), sosyal fobi 3 çocukta (%9.1), özgül fobi 3 çocukta (%9.1), yaygın anksiyete bozukluğu 2 çocukta (%6.1) bulunmuştur. Kontrol grubunda OKB tanısı saptanmamıştır. Bu grupta ayrılık anksiyetesi bozukluğuna 2 çocukta (%6.1) sosyal fobi ve 1 çocukta (%3) özgül fobi eşlik etmiştir. Her iki grup arasında anksiyete bozuklukları grubuna giren özgül hastalıklar açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (Tablo 4.8).

Dışaatım bozuklukları, araştırma grubunda 11 çocukta (%30.6) enürezis, 4 çocukta (%11.1) enkoprezis; kontrol grubunda 6 çocukta (%18.2) enürezis, 1 çocukta (%3) enkoprezis olarak dağılım göstermiştir. Araştırma grubunda 3 çocukta (%8.3) ve kontrol grubunda 1 çocukta (%3) enürezis ve enkoprezis tanıları birlikte görülmüştür. Enürezis ve enkoprezis açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (Tablo 4.9).

Tablo 4.8. Araştırma ve Kontrol Grubundaki Çocuklarda Anksiyete Bozuklukları Dağılımı.

Anksiyete Bozuklukları	Araştırma grubu s(%)	Kontrol grubu s(%)	İstatistik
Ayrılık anksiyetesi bozukluğu	7 (19,4)	4 (12,1)	$\chi^2=0,689^{AD}$
Sosyal fobi	3 (8,3)	3 (9,1)	$\chi^2=0,012^{AD}$
Özgül fobi	1 (2,8)	3 (9,1)	$\chi^2= 1,301^{AD}$
Yaygın anksiyete bozukluğu	5 (13,9)	2 (6,1)	$\chi^2= 1,198^{AD}$
OKB	2 (6,1)	0 (0,0)	$\chi^2= 2,657^{AD}$

AD: Anlamli değil,  $p>0.05$

Tablo 4.9. Araştırma ve Kontrol Grubundaki Çocuklarda Dışaatım Bozuklukları Dağılımı.

Dışaatım Bozuklukları	Araştırma grubu s(%)	Kontrol grubu s(%)	İstatistik
Entürezis	11 (30,6)	6 (18,2)	$\chi^2=1,420^{AD}$
Enkoprezis	4 (11,1)	1 (3,0)	$\chi^2= 1,797^{AD}$

AD: Anlamli değil,  $p>0.05$

Yıkıcı davranım bozuklukları; DEHB, karşı olma karşı gelme bozukluğu ve davranım bozukluğu tanılarını içermektedir. DEHB araştırma grubunda 9 çocukta (%25), kontrol grubunda 3 çocukta (%9.1); karşı olma karşı gelme bozukluğu araştırma grubunda 2 çocukta (%5.6) ve kontrol grubunda 1 çocukta (%3) görülmüştür. Davranım bozukluğu araştırma grubunda 4 çocukta (%11.1) bulunmuş, kontrol grubunda bu tanıyı alan çocuk olmamıştır. Her iki grup arasında DEHB ile

karşı olma karşı gelme bozukluğu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Davranım bozukluğu ise araştırma grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde yüksek görülmüştür (Tablo 4.10).

Tablo 4.10. Araştırma ve Kontrol Grubundaki Çocuklarda Yıkıcı Davranım Bozuklukları Dağılımı.

Yıkıcı Davranım Bozuklukları	Araştırma grubu s(%)	Kontrol grubu s(%)	İstatistik
DEHB	9 (25,0)	3 (9,1)	$\chi^2=3,033^{AD}$
Karşı olma karşı gelme bozukluğu	2 (5,6)	1 (3,0)	$\chi^2=0,270^{AD}$
Davranım bozukluğu	4 (11,1)	0 (0,0)	$\chi^2=5,430^*$

AD: Anlamlı değil, \*  $p<0.05$

#### 4.2.3 Araştırma ve Kontrol Grubundaki Çocukların Çoklu Tanı Yönünden Karşılaştırılması

DSM-IV'e göre birden fazla tanı alan çocuklar çoklu tanı sınıflandırmasına alınmıştır. Bipolar bozukluk ve kontrol grubundaki çocuklar birden fazla tanı almaları yönünden karşılaştırıldıklarında, araştırma grubunda çoklu tanının kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4.11).

Tablo 4.11. Araştırma ve Kontrol Grubundaki Çocukların Çoklu Tanı Yönünden Karşılaştırılması.

Çoklu tanı	Araştırma grubu s(%)	Kontrol grubu s(%)	İstatistik
Var	22 (61,1)	8 (24,2)	$\chi^2=9,523^*$
Yok	14 (38,9)	25 (75,8)	

\*  $p<0.01$

#### 4.2.4 Araştırma ve Kontrol Grubundaki Çocukların HRUÖ Puanlarının Karşılaştırılması

Araştırma ve kontrol grubunda HRUÖ davranış puanı ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. HRUÖ'nün nevrotik belirti ve toplam puan ortalamaları her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir (Tablo 4.12).

Tablo 4.12. Araştırma ve Kontrol Grubundaki Çocukların HRUÖ Puanlarının Karşılaştırılması.

HRUÖ alt ölçümleri	Araştırma grubu (Ort ± ss)	Kontrol grubu (Ort ± ss)	İstatistik
Nevrotik belirti puanı	5,94 ± 4,82	4,63 ± 4,32	t= 1,166 <sup>AD</sup>
Davranış puanı	6,59 ± 4,91	4,31 ± 4,13	t= 2,032*
Toplam puan	12,56 ± 9,04	8,94 ± 7,81	t= 1,737 <sup>AD</sup>

AD: Anlamlı değil, \*p<0.05

Nevrotik belirti puanı 12 ve üzerinde olan çocuk sayısı araştırma grubunda 5 (%14.7), kontrol grubunda 3 (%9.1) iken, davranış puanı 12 ve üzerinde olan çocuk sayısı araştırma grubunda 7 (%20.6) kontrol grubunda 3 (%9.1)'tür. Bu açıdan bakıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir (Tablo 4.13).

Tablo 4.13. Araştırma ve Kontrol Gruplarında HRUÖ Alt Ölçüm Puanları 12 ve Üzerinde Olan Çocukların Karşılaştırılması.

HRUÖ alt ölçümleri	Araştırma grubu s(%)	Kontrol grubu s(%)	İstatistik
Nevrotik belirti puanı	5 (14,7)	3 (9,1)	$\chi^2= 0,445^{\text{AD}}$
Davranış puanı	7 (20,6)	3 (9,1)	$\chi^2=1,656^{\text{AD}}$

AD: Anlamlı değil, p>0.05

#### 4.2.5 Araştırma ve Kontrol Grubundaki Çocukların HDNDDS Puanlarının Karşılaştırılması

Araştırma ve kontrol grubunun HDNDDS puan ortalamaları arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur (Tablo 4.14).

Tablo 4.14. Araştırma ve Kontrol Grubundaki Çocukların HDNDDS Puanlarının Karşılaştırılması.

HDNDDS puan ortalamaları	Araştırma grubu (ortanca - ÇAR)	Kontrol grubu (ortanca - ÇAR)	İstatistik
	10,5 - 14	8,5 - 9	U= 433,5 <sup>AD</sup>

AD: Anlamlı değil,  $p>0.05$ ; ÇAR: Çeyrekler arası ranj

#### 4.2.6 Araştırma ve Kontrol Grubundaki Çocukların ABTÖ Puanlarının Karşılaştırılması

Araştırma ve kontrol grubunun ABTÖ'nün kabul/ilgi ve psikolojik özerklik alt ölçüm puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu, ABTÖ'nün denetleme alt ölçüm puan ortalamaları arasındaki farkın ise istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur (Tablo 4.15).

Tablo 4.15. Araştırma ve Kontrol Grubundaki Çocukların ABTÖ Puanlarının Karşılaştırılması.

ABTÖ alt ölçümleri	Araştırma grubu (Ort ± ss)	Kontrol grubu (Ort ± ss)	İstatistik
Kabul/İlgi puanı	27,16 ± 4,44	29,52 ± 3,75	t= -2,275*
Psikolojik özerklik puanı	24,09 ± 4,64	26,87 ± 4,54	t= -2,400*
Denetleme puanı	26,78 ± 4,72	27,81 ± 4,49	t= -0,882 <sup>AD</sup>

AD: Anlamlı değil, \* $p<0.05$

### 4.3. Araştırma Grubundaki Çocuklarda Genel Psikopatoloji Varlığını Etkileyebileceği Düşünülen Etkenlerin Değerlendirilmesi

#### 4.3.1 Araştırma Grubundaki Çocuklarda Bipolar Bozukluğun Annede ya da Babada Bulunması İle Çocuklarda Genel Psikopatoloji Varlığı Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Araştırma grubundaki çocukların annelerinde ya da babalarında bipolar bozukluk bulunması ile çocuklarda genel psikopatoloji varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gösterilememiştir (Tablo 4.16).

Tablo 4.16. Araştırma Grubundaki Çocuklarda Bipolar Bozukluğun Annede ya da Babada Bulunması İle Çocuklarda Genel Psikopatoloji Varlığı Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi.

Bipolar bozukluğun ana babalardaki dağılımı	Psikopatoloji var s(%)	Psikopatoloji yok s(%)	İstatistik
Anne	16 (59,2)	15 (55,5)	$\chi^2 = 0,038^{AD}$
Baba	11 (40,8)	4 (44,5)	

AD: Anlamlı değil,  $p > 0.05$

#### 4.3.2 Araştırma Grubundaki Çocuklarda Ana Babalardaki Bipolar Bozukluğun Özellikleri İle Çocuklarda Genel Psikopatoloji Varlığı Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

“Ana babalarda bipolar bozukluğun başlama yaşı” bipolar bozukluk belirtilerinin ilk olarak ortaya çıktığı yaş; “tanı yaşı” da ana babaların bipolar bozukluk tanılarını aldıkları yaş olarak değerlendirilmiştir. Ana babalarda bipolar bozukluğun başlama yaşından itibaren, değerlendirilen çocuk ile birlikte geçirdikleri süre “birlikte geçirilen süre” olarak alınmıştır. “Hastanede yatış sayısı”, ana babaların bipolar bozukluk nedeniyle kaç kez hastanede yatarak tedavi gördüklerini belirtmektedir.

Araştırma grubunda psikopatoloji bulunan ve bulunmayan çocuklar arasında ana babalardaki bipolar bozukluğun başlama yaşı, tanı yaşı, bipolar bozukluğu olan ana babaların değerlendirilen çocuk ile birlikte geçirdikleri süre ve bipolar bozukluğu

olan ana babaların bu nedenle hastaneye yatış sayısı istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemiştir (Tablo 4.17).

Tablo 4.17. Araştırma Grubundaki Çocuklarda Ana Babalardaki Bipolar Bozukluğun Özellikleri İle Çocuklarda Genel Psikopatoloji Varlığı Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi.

	Psikopatoloji var s=27 (ortanca - ÇAR)	Psikopatoloji yok s=9 (ortanca - ÇAR)	İstatistik
Bipolar bozukluğun başlama yaşı	23 - 7	30 - 17	U= 111,5 <sup>AD</sup>
Bipolar bozukluğun tanı yaşı	35 - 13	34 - 6	U= 100,5 <sup>AD</sup>
Birlikte geçirilen süre (yıl)	10 - 4,8	11,5 - 11	U= 106,5 <sup>AD</sup>
Hastanede yatış sayısı	0 - 2	2 - 2	U= 105,0 <sup>AD</sup>

AD: Anlamlı değil,  $p>0.05$ ; ÇAR: Çeyrekler arası ranj

#### 4.3.3 Araştırma Grubundaki Çocukların Anne ya da Babalarının BTL Puanları İle Çocuklarda Genel Psikopatoloji Varlığı Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Araştırma grubunda psikopatoloji bulunan ve bulunmayan çocukların anne ya da babalarının BTL alt ölçüm puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir (Tablo 4.18).

#### 4.3.4 Araştırma Grubundaki Çocukların Akrabalarında Bipolar Bozukluk Öyküsü Bulunması İle Çocuklarda Genel Psikopatoloji Varlığı Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Araştırma grubunda psikopatoloji bulunan çocukların akrabalarında, psikopatoloji bulunmayan çocukların akrabalarına oranla bipolar bozukluk öyküsü istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir (Tablo 4.19).

Tablo 4.18. Araştırma Grubunda Psikopatoloji Bulunan ve Bulunmayan Çocukların Anne ya da Babalarının BTL Puanlarının Karşılaştırılması.

BTL alt ölçümleri	Psikopatoloji var s=27 (ortanca - ÇAR)	Psikopatoloji yok s=9 (ortanca - ÇAR)	İstatistik
GBD	0,79 - 0,74	0,7 - 1,35	U= 68,0 <sup>AD</sup>
PBT	42,5 - 31	43 - 39	U= 65,5 <sup>AD</sup>
PBD	1,47 - 0,92	1,58 - 1,17	U=59,5 <sup>AD</sup>

AD: Anlamli değil,  $p>0.05$ ; ÇAR: Çeyrekler arası ranj

Tablo 4.19. Araştırma Grubundaki Çocukların Akrabalarında Bipolar Bozukluk Öyküsü Bulunması İle Çocuklarda Genel Psikopatoloji Varlığı Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi.

Akrabalarda bipolar bozukluk öyküsü	Psikopatoloji var s(%)	Psikopatoloji yok s(%)	İstatistik
Var	13 (36,1)	3 (8,3)	$\chi^2 = 0,611^{AD}$
Yok	14 (38,9)	6 (16,7)	

AD: Anlamli değil,  $p>0.05$

#### 4.3.5 Araştırma Grubundaki Çocuklarda ABTÖ Puanları İle Genel Psikopatoloji Varlığı Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Araştırma grubunda psikopatoloji bulunan ve bulunmayan çocukların ABTÖ kabul/ilgi ve denetleme alt ölçüm puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmazken, psikolojik özerklik alt ölçüm puan ortalamaları, psikopatoloji bulunan çocuklarda istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha düşük bulunmuştur (Tablo 4.20).



Tablo 4.20. Araştırma Grubunda Psikopatoloji Bulunan ve Bulunmayan Çocukların ABTÖ Puanlarının Karşılaştırılması.

ABTÖ alt ölçümleri	Psikopatoloji var s=27 (ortanca - ÇAR)	Psikopatoloji yok s=9 (ortanca - ÇAR)	İstatistik
Kabul/İlgi puanı	26,5 - 10	30 - 6	U= 89,5 <sup>AD</sup>
Psikolojik özerklik puanı	21,5 - 7	29 - 5	U= 27,5 <sup>**</sup>
Denetleme puanı	29 - 8	29 - 9	U= 103,5 <sup>AD</sup>

AD: Anlamli değil, \*\*p<0.01; ÇAR: Çeyrekler arası ranj

#### 4.3.6 Araştırma Grubundaki Çocukların Ailelerinde Sosyal Destek Varlığı İle Çocuklarda Genel Psikopatoloji Varlığı Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Araştırma grubundaki ailelerin akrabalarından ya da yakınlarından sosyal destek görüp görmedikleri; bipolar bozukluğu bulunan anne ya da babalar tedavi amacıyla hastaneye yatırıldıklarında ya da atak sırasında ailenin yanında olan ve değerlendirilen çocuğun bakımını üstlenecek kişilerin bulunup bulunmaması göz önüne alınarak sorgulanmış ve buna göre aileler sosyal destekleri bulunan ve bulunmayan aileler şeklinde ayrılmıştır.

Araştırma grubundaki çocukların ailelerinde sosyal destek bulunup bulunmaması ile çocuklarda genel psikopatoloji varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.21).

#### 4.3.7 Araştırma Grubundaki Çocukların HRUÖ Puanları İle Ailelerinde Sosyal Destek Varlığı Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Araştırma grubundaki çocuklarda HRUÖ davranış puanı ve toplam puan ortalamaları sosyal desteği olan çocuklarda olmayan çocuklara oranla istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde düşük bulunmuştur (Tablo 4.22).

Tablo 4.21. Araştırma Grubundaki Çocukların Ailelerinde Sosyal Destek Varlığı İle Çocuklarda Genel Psikopatoloji Varlığı Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi.

Ailelerde sosyal destek varlığı	Psikopatoloji var s(%)	Psikopatoloji yok s(%)	İstatistik
Var	13 (48,1)	7 (77,7)	$\chi^2= 2,534^{AD}$
Yok	14 (51,9)	2 (22,3)	

AD: Anlamli değil,  $p>0.05$

Tablo 4.22. Araştırma Grubundaki Çocukların HRUÖ Puanları İle Ailelerinde Sosyal Destek Varlığı Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi.

HRUÖ alt ölçümleri	Sosyal destek var s=20 (Ort ± ss)	Sosyal destek yok s=14 (Ort ± ss)	İstatistik
Nevrotik belirti puanı	4,60 ± 4,26	7,86 ± 5,07	t= 2,03 <sup>AD</sup>
Davranış puanı	4,80 ± 3,49	9,14 ± 5,60	t= 2,789**
Toplam puan	9,40 ± 6,98	17,07 ± 9,93	t= 2,649*

AD: Anlamli değil, \* $p<0.05$ , \*\* $p<0.01$

## TARTIŞMA

Bu araştırma, anne ya da babalarında bipolar I bozukluk bulunan çocuklar ile anne ve babalarında herhangi bir psikiyatrik hastalık bulunmayan çocukların yaşam boyu psikopatoloji varlığı ve psikopatoloji türü açısından karşılaştırıldığı ve araştırma grubunda psikopatoloji gelişimi üzerinde etkili olabileceği düşünülen bazı klinik değişkenlerin incelendiği kesitsel bir çalışmadır.

Araştırma ve kontrol grubundaki anne ve babaların yaş ortalamaları, eğitim süreleri, çalışma durumları, ailelerin yapıları, ailelerdeki ortalama çocuk sayısı ve ortalama aylık gelir düzeyleri gibi değişkenler psikopatoloji gelişimine etkilerinin kontrol edilmesi amacıyla eşleştirilmiş ve her iki gruptaki çocukların yaş ortalamaları ve cinsiyet dağılımları istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemiştir.

Bu çalışmada anne ya da babaları bipolar I bozukluk tanısı ile izlenen çocuklardaki yaşam boyu psikopatoloji yaygınlığının kontrol grubundaki çocuklara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.5). Bazı çalışmalarda bu bulgunun tersine bipolar bozukluğu olan ana babaların çocuklarında psikiyatrik tanı oranlarının artmadığı gösterilmiş olsa da (LaRoche ve ark. 1981; Wals ve ark. 2001) birçok çalışmanın sonucunda elde edilen veriler bu bulguyu destekler niteliktedir (Decina ve ark. 1983; Gershon ve ark. 1985; Hammen ve ark. 1990; Chang ve ark. 2000). Bipolar ana babaların çocuklarındaki psikiyatrik hastalıkların yaygınlığının normal kontrol grubu ile karşılaştırıldığı onyedili çalışmanın sonuçlarını gözden geçiren bir meta-analiz çalışmasında, bipolar grubun çocuklarında herhangi bir psikiyatrik hastalık gelişiminin 2.7 kat, duygudurum bozukluğu gelişiminin ise dört kat arttığı bulunmuştur (LaPalme ve ark., 1997).

Araştırma grubundaki çocuklarda psikiyatrik tanıları duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, dışa atım bozuklukları, yıkıcı davranım bozuklukları, psikotik bozukluk ve tik bozukluğu gibi bu grup için hem özgül olabilecek hem de özgül olmayan tanıları içermektedir. Bu çocuklarda görülen psikiyatrik tanıların çeşitlilik göstermesine karşın kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, duygudurum bozuklukları grubundan major depresyon ve yıkıcı davranım bozuklukları grubundan davranım bozukluğu tanılarının istatistiksel olarak anlamlı olacak düzeyde yüksek oranda görüldüğü bulunmuştur. DEHB'in de

araştırma grubundaki çocuklarda istatistiksel anlamlılığa yakın düzeyde artmış olduğu görülmüştür.

Bazı çalışmalarda bipolar bozukluğu olan ana babaların çocuklarında duygudurum bozuklukları dışında kalan ve özgül olmayan psikiyatrik tanılarının artmış olduğu (Gershon ve ark., 1985) belirtilmişse de, çalışmaların çoğunda bu çalışmadakine benzer şekilde duygudurum bozukluklarının özellikle de major ve minör depresif bozuklukların belirgin olarak artmış olduğu bulunmuştur (Decina ve ark. 1983; LaRoche ve ark. 1985; Zahn-Waxler ve ark. 1988; Radke-Yarrow ve ark. 1992; Chang ve ark. 2000). Bipolar bozukluk gelişimi için risk altında bulunan bu çocuklarda major ve minör depresif bozuklukların görülmesi klinik açıdan önemli bir bulgudur. Bipolar bozukluk için genetik yüklülükleri bulunan ve depresyonu olan çocuk ve ergenlerde ileride bipolar bozukluk görülmesi olasıdır. Erişkin bipolar hastalar ile yapılan çalışmalarda hastaların %20-40'ında bipolar bozukluğun çocukluk döneminde başladığı ve başlangıç atağının sıklıkla depresyon olduğu bildirilmektedir (Lish ve ark., 1994). Ailede bipolar bozukluk ve duygudurum bozukluğu öyküsü bulunması, çocuk ve ergenlerde görülen major depresyon ataklarının bipolar bozukluk ile sonuçlanmasında risk etkeni olarak gösterilmektedir (Strober ve Carlson, 1982; Akiskal, 1995). Geller ve arkadaşları (1994) 6-12 yaş arasında major depresyonu olan 79 çocuğu 2-5 yıl boyunca izlemişler ve çocukların %31.7'sinde bipolar bozukluk geliştiğini görmüşlerdir. Çocukların birinci ve ikinci derece akrabalarında duygudurum bozukluğu varlığının bipolar I bozukluk için en önemli yordayıcı etken olduğunu belirtmişlerdir. Bir çalışmada ana babalarında ya da kardeşlerinde bipolar bozukluk bulunan ve kendilerindeki yakınmalardan dolayı psikiyatri bölümüne yönlendirilen 68 çocuk ve ergen hasta değerlendirilmiş ve üç yıl süren izlem boyunca bipolar bozukluğun başlangıçta akut depresyon ve siklotimi tanılarını alan hastalarda daha sık görüldüğü bulunmuştur (Akiskal ve ark., 1985). Tüm bu veriler bipolar bozukluğun etyolojisinde genetik etkenlerin rolünü desteklese de, bipolar ana babaların çocuklarında depresif bozuklukların sık görülme nedenini tam olarak açıklayamayabilir. Major depresyonun ortaya çıkmasında ailede duygudurum bozuklukları öyküsünün bulunması dışında stresli yaşam olayları, ailenin işlevselliği ve kişilik özellikleri gibi birçok farklı etken rol oynamaktadır (Duffy, 2000). Dolayısıyla ana babalarında bipolar bozukluk bulunan ve major

depresyonu olan hastalarda bu depresyonun ortaya çıkmasında çevresel etkenlerin rolünün de değerlendirildiği daha geniş serili izlem çalışmalarına gereksinim vardır.

Yazında bipolar bozukluğu olan ana babaların çocuklarında distimi ve siklotimi gibi duygudurum bozukluklarının arttığını gösteren çalışmalar vardır (Akiskal ve ark. 1985; Klein ve ark. 1985; LaRoche ve ark. 1985). Bu çalışmada hiçbir hasta siklotimi tanısı almamış, distimik bozukluk da araştırma grubunda iki hastada (%5.5) görülmüş ve her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterilememiştir. Araştırma grubunda yalnızca bir (%2.8) çocukta bipolar II bozukluk tanısının görülmesi, bu hastalığın başlangıcının çocuklukta sıklıkla depresyon atağı şeklinde olması (Lish ve ark., 1994) ve çocukların çoğunun bipolar bozukluk için risk taşıyan yaş dönemine girmemiş olmaları ile açıklanabilir.

Bu çalışmanın bir diğer önemli sonucu, bipolar ana babaların çocuklarında kontrol grubu ile karşılaştırıldığında davranım bozukluğunun istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmasıdır (Bkz. Tablo 4.10). Bipolar ana babaların çocuklarıyla yapılan çalışmaların çoğunda bu çocuklarda davranım bozukluğunun artmış olduğunun gösterilememesine karşın bu bulguyu destekleyen çalışmalar da vardır (Gershon ve ark. 1985; Zahn-Waxler ve ark. 1988; Grigoriu-Serbanescu ve ark. 1989). Bipolar duygudurum bozukluğu olan ana babaların çocuklarında davranım bozukluğu görülmesi farklı açılardan yorumlanabilir. İlk olarak, davranım bozukluğu tanısı alan bu hastaların gerçekte bipolar bozukluğu olan hastalar olma olasılığı akla gelmektedir. Isaac (1992), psikiyatrik tedavi gören ve devam ettikleri özel eğitim okulunda en fazla sorun yaşayan, tedaviye dirençli 12 ergen hastanın tanılarını tekrar değerlendirmiş ve daha önce DEHB ve/ya da davranım bozukluğu tanıları alan 8 hastanın DSM-III-R bipolar bozukluk tanı ölçütlerini karşıladığını görmüştür. Bowring ve Kovacs (1992) çocuk ve ergenlerde bipolar bozukluğun ve davranım bozukluğunun bazı belirtilerinin binişiklik gösterdiğini ve bipolar bozukluğun ayırıcı tanısında davranım bozukluğunun düşünülmesi gerektiğini vurgulamışlardır. Ancak bizim çalışmamızda klinik görüşmenin ve tanı aracının hem çocuk ve ergene hem de anne ve babaya uygulanması yanlış tanı olasılığını azaltmaktadır.

Bipolar duygudurum bozukluğu olan ana babaların çocuklarında davranım bozukluğu görülmesi bu iki hastalık arasında bir ilişkinin olabileceğini de

düşündürmektedir. McGlashan (1988), ergenlik döneminde ve erişkin dönemde başlayan mani belirtilerini karşılaştırdığı bir çalışmada, ergenlik döneminde belirtileri başlayan hastaların daha fazla “patlayıcı ve /ya da dezorganize” davranışlar gösterdiğini ve bu hastalarda fiziksel saldırganlığın ve yasalar ile çatışmanın daha yoğun olduğunu bildirmiştir. Erişkin hipomani hastalarıyla yapılan bir çalışmada, bu hastaların okul yıllarında disiplin zorluğu yaşadığı ve ergenlik döneminde çalma davranışlarının olduğu belirtilmektedir (Wicki ve Angst, 1991). Dolayısıyla ergenlik döneminde başlayan bipolar bozukluk davranım bozukluğuna benzer şekilde karşımıza çıkabilir ya da ergenlik döneminde görülen davranım bozukluğu ileride gelişecek olan bipolar bozukluğun öncülü olabilir. Kutcher ve arkadaşları (1989) psikiyatri servisinde yatırılarak izlenen 96 ergen hastanın 26’sında (%27) davranım bozukluğunun diğer psikiyatrik hastalıklara eşlik ettiğini, bu oranın en yüksek bipolar duygudurum bozukluğu olan hastalarda görüldüğünü (%42) belirtmişlerdir. Kovacs ve Pollock (1995) 8-13 yaşları arasında herhangi bir nedenle psikiyatri kliniğine başvuran hastaları ortalama sekiz yıl boyunca izlemişler ve bipolar bozukluk tanısı koydukları 26 ergenin 18’inde (%69) yaşam boyu davranım bozukluğu eştanısının bulunduğunu belirtmişlerdir. Bu hastaların 7’sinde davranım bozukluğu bipolar bozukluğa ikincil gelişirken, 11’inde davranım bozukluğu bipolar bozukluktan önce başlamıştır. Bu çalışmada davranım bozukluğunun eşlik etmediği ergenlerin annelerinde maninin, davranım bozukluğunun eşlik ettiği ergenlerin ise babalarında madde kullanım bozukluğunun artmış olduğu görülmüştür. Masi ve arkadaşları (2003), 7-18 yaşları arasında bipolar bozukluk tanısı alan 59 çocuk ve ergende bipolar bozukluğa eşlik eden dışavurum bozukluklarını değerlendirmişler ve hastaların %23.7’sinde DEHB’in, % 16.9’unda da davranım bozukluğunun bulunduğunu bildirmişlerdir. Hastalarda davranım bozukluğu yüksek oranda bipolar I bozukluk ile birliktelik göstermiş ve bu hastaların klinik gidişi daha olumsuz olmuştur. DEHB bipolar bozukluktan çok daha önce başlarken; davranım bozukluğu görülen 10 hastanın 5’inde belirtiler bipolar bozukluktan bir yıl önce, 2’sinde eş zamanlı ve 3’ünde bipolar bozukluktan bir yıl sonra başlamıştır. Bu çalışmada yazarlar davranım bozukluğunu bipolar bozukluğun erken dönemi ya da daha kötü gidişli ve tedaviye dirençli bipolar bozukluğun davranışsal sonuçları olarak ele almışlardır.

Bipolar bozukluğu olan ana babaların çocuklarında davranım bozukluğu görülmesi, davranım bozukluğunun etyolojisinde görülen psikososyal etkenler açısından da ele alınabilir. Davranım bozukluğunun etyolojisinde babalarda antisosyal kişilik bozukluğu ve alkol kullanım bozukluğu bulunması, geniş aile, bakım veren kişilerin değişmesi, ana babaların çocuklara reddedici davranması ya da çocukları terk etmesi, ana babalarda dürtüsel davranışların bulunması, disiplin kurallarının uygunsuz verilmesi ve kronik yoksulluk gibi pek çok psikososyal değişkenin rol aldığı bilinmektedir (Popper ve ark., 2003). Bu çalışmada davranım bozukluğu görülen ergenlerin hepsi de görece işlevselliği iyi olan, parçalanmamış ve çekirdek ailelerden gelmektedir ve ana babalarında bipolar bozukluk dışında başka bir psikiyatrik hastalık öyküsü bulunmamaktadır. Ancak yine de bipolar bozukluk ile davranım bozukluğu arasındaki ilişkinin aydınlığa kavuşabilmesi için, sosyokültürel düzey ve etyolojide rol alan psikososyal değişkenler açısından farklılık gösteren ailelerle yapılacak çalışmalara gereksinim bulunmaktadır.

Bu çalışmada bipolar duygudurum bozukluğu olan ana babaların çocukları kontrol grubundaki çocuklar ile karşılaştırıldığında, HDNDDS ve DEHB tanısı istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir. Bazı çalışmalarda bu bulgunun tersine bipolar bozukluğu olan ana babaların çocuklarında DEHB 'in artmış olduğu bildirilmektedir (Decina ve ark. 1983; Gershon ve ark. 1985; Grigoroiu-Serbanescu ve ark. 1989; Chang ve ark. 2000). Bugüne kadar yapılan birçok çalışmanın sonucunda, DEHB ile bipolar bozukluk arasında bir ilişki olabileceği düşünülmüştür. Yazında, çocuk ve ergenlerde bu iki tanının yüksek oranda birlikte görüldüğünü bildiren çalışmalar bulunmakla birlikte (Wozniak ve ark. 1995; Faraone ve ark. 1997a), bu bulguyu desteklemeyen çalışmalar da vardır (Srinath ve ark., 1998). DEHB tanısı alan çocuklar ile yapılan farklı izlem çalışmalarında, bu çocuklarda ileride bipolar bozukluk görülme oranları da çelişkili bulunmuştur (Gittleman ve ark. 1985; Biederman ve ark. 1996). Bugün için bu tartışmalar ile varılan sonuç, bipolar bozukluk için aile öyküsü bulunan çocuklarda DEHB'in bipolar bozukluğun erken dönemdeki bulgusu ya da öncülü olabileceğidir. Faraone ve arkadaşları (1997b) yalnızca DEHB tanısı alan ve bu tanıya bipolar bozukluğun eşlik ettiği iki grup çocuğun birinci derece akrabalarını kontrol grubu ile karşılaştırmışlardır. Akrabalarda tek başına bipolar bozukluk görülme riski üç grup arasında farklılık

göstermezken; tek başına DEHB yalnızca bu tanıyı alan çocukların akrabalarında, DEHB ile birlikte bipolar bozukluk ise bu iki tanıyı birlikte alan çocukların akrabalarında yüksek bulunmuştur. Sonuçta yazarlar, bipolar bozukluğun eşlik ettiği DEHB'in diğer DEHB şekillerinden ailesel farklılık gösterdiğini ve çocukluk başlangıçlı bipolar bozukluk ile ilişkili olabileceğini belirtmişlerdir. Bir başka çalışmada, bipolar bozukluk ya da bipolar bozukluk dışında psikiyatrik hastalığı olan ana babaların çocuklarında dikkat ve davranış problemleri; aynı çocukların genç erişkinlik dönemlerinde ise hem psikopatoloji oranları hem de sosyal ve mesleki uyum sorunları normal kontrollere oranla daha yüksek bulunmuştur. Çocukluk dönemindeki dikkat ve davranış problemlerinin her üç grupta da genç erişkinlik döneminde duygudurum bozuklukları dışındaki psikiyatrik bozukluklar ile ilişkisi bulunurken, yalnızca bipolar risk grubunda duygudurum bozuklukları ile ilişkili olduğu görülmüştür (Carlson ve Weintraub, 1993).

Tüm bu çalışmalar her çocukta görülen DEHB tanısının değil de aile öyküsünde bipolar bozukluk bulunan çocuklardaki DEHB tanısının bipolar bozukluk ile ilişkili olabileceğini göstermektedir. Bu çalışmada, ana babalarında bipolar bozukluk bulunan çocuklarda DEHB tanısı kontrol grubundaki çocuklara göre istatistiksel anlamlılığa yakın düzeyde yüksek olmakla birlikte her iki grup arasında farklılık gösterilememiştir. Bunun nedeni örneklemin küçük olması olabilir. DEHB ile bipolar bozukluk arasındaki ilişkiyi daha iyi anlayabilmek için, bipolar bozukluğu olan ana babalarda DEHB tanısını da araştıran, daha geniş serili ve dikkatin nöropsikolojik testler aracılığıyla objektif olarak değerlendirildiği izlem çalışmalarına gereksinim vardır.

Araştırma ve kontrol grubundaki çocuklar anksiyete bozuklukları açısından karşılaştırıldığında, herhangi bir anksiyete bozukluğunun iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği görülmüştür. Bugüne kadar yapılan çalışmaların birkaçında bipolar bozukluğu olan ana babaların çocuklarında yaygın anksiyete bozukluğu ve ayrılık kaygısı bozukluğunun görülebileceği belirtilmiştir (Decina ve ark. 1983; Gershon ve ark. 1985). Ancak bu bulgu bu araştırmada da olduğu gibi diğer çalışmalarda gösterilebilen bir bulgu değildir ve bugüne kadar anksiyete bozuklukları ile bipolar bozukluk arasında özgül bir ilişki bulunamamıştır.



Araştırma sonuçlarına göre bipolar bozukluğu olan ana babaların çocuklarında çoklu tanı oranları kontrol grubundaki çocuklara göre istatistiksel olarak anlamlı olacak düzeyde yüksek bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.11). Bipolar I ya da bipolar II bozukluğu olan ve herhangi bir psikiyatrik hastalığı bulunmayan ana babaların çocuklarının karşılaştırıldığı bir çalışmada, bipolar gruptaki kız çocuklarında yaygın anksiyete bozukluğunun, erkek çocuklarında ise DEHB'in depresif bozukluğa eşlik ettiği görülmüştür (Decina ve ark., 1983). Hammen ve arkadaşları (1990) unipolar depresyonu, bipolar bozukluğu, kronik tıbbi hastalığı olan ve psikiyatrik bir hastalığı olmayan annelerin çocuklarını üç yıl izlemişler ve unipolar depresyonu ve bipolar bozukluğu olan annelerin çocuklarında daha fazla çoklu tanı belirlemişlerdir. Radke-Yarrow ve arkadaşları (1992) ise unipolar depresyonu ya da bipolar bozukluğu olan annelerin çocuklarını karşılaştırdıklarında, bipolar grubunda yer alan çocuklarda orta çocukluktan geç çocukluğa doğru anksiyete ve depresyon belirtileri ile yıkıcı davranışların arttığını ve bunların eşzamanlı görüldüğünü saptamışlardır. Bu bulgular, ana babalarında bipolar bozukluk bulunan çocukların çoklu psikiyatrik tanı açısından da risk altında olabileceğini, bu çocuklarda herhangi bir psikiyatrik hastalık saptandığında diğer psikiyatrik hastalıkların da gözden geçirilmesi gerektiğini düşündürmektedir.

Araştırma ve kontrol grubundaki çocukların HRUÖ sonuçları karşılaştırıldığında, araştırma grubundaki çocukların davranış puanı ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu; ancak ölçeğin kesim noktası göz önüne alındığında araştırma grubundaki çocuklarda daha yüksek oranda sorun saptanmasına karşın her iki grup arasındaki farkın istatistiksel anlamlılığa ulaşmadığı görülmüştür (Bkz. Tablo 4.12, Tablo 4.13). Bipolar ana babaların çocuklarında sosyal uyum ve psikososyal işlevsellik düzeyini araştıran çalışmaların sonuçları farklılık göstermektedir. Bipolar annelerin çocuklarının psikososyal işlevsellik düzeyinin sağlıklı annelerin çocuklarınıninkine benzediğini saptayan çalışmaların (Anderson ve Hammen, 1993) yanında, bu çocukların sosyal uyum sorunları yaşadığını ve sosyal desteklerinin de zayıfladığını saptayan çalışmalar bulunmaktadır (Pellegrini ve ark., 1986). Bu çalışmada, bipolar ana babaların çocuklarında sosyal desteğin varlığı ile psikopatoloji arasında bir ilişki saptanamazken; sosyal desteği olan çocukların HRUÖ davranış ve toplam puanları, sosyal desteği olmayan

çocuklarınkine göre istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde düşük bulunmuştur. Bu bulgular, ülkemizde varolan yakın akraba ilişkilerinin bir sosyal destek sağlayarak psikopatoloji gelişimi üzerine olmasa da sosyal uyum ve işlevsellik üzerine olumlu yönde etkisinin olabileceğini düşündürmektedir.

Bu araştırmada bipolar duygudurum bozukluğu olan ana babaların çocuklarında psikopatoloji varlığı ile bazı klinik değişkenler arasındaki ilişki değerlendirilmeye çalışılmıştır. Bu açıdan bakıldığında, bipolar bozukluk tanısı alan ana babanın cinsiyeti ile çocuklarda psikopatoloji varlığı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Klein ve arkadaşları (1985), bipolar annelerin çocuklarında bipolar babaların çocuklarına göre hem psikiyatrik tanılarının hem de duygudurum bozukluklarının daha yüksek oranda görüldüğünü bildirmişlerdir. Duffy ve arkadaşları (2002) ise lityuma yanıt veren bipolar bozukluğu olan ana babaların çocuklarında annede bipolar bozukluk bulunması durumunda duygudurum bozuklukları riskinin arttığını bulmuşlardır. Yapılan diğer çalışmalarda bipolar bozukluğu olan ana babanın cinsiyeti ile çocuklardaki psikopatoloji arasında anlamlı bir ilişki bildirilmemiştir (LaRoche ve ark. 1987; Grigoriu-Serbanescu ve ark. 1989). Bipolar bozukluğu olan ana babaların çocuklarında daha yüksek oranda bipolar bozukluk tanısının koyulduğu durumlarda ana babanın cinsiyetinin değerlendirilmesi hastalığın genetik geçişinin anlaşılması açısından daha değerli olacaktır.

Araştırma grubunda psikopatoloji bulunan ve bulunmayan çocuklar arasında ana babalardaki bipolar bozukluğun başlama yaşı, tanı yaşı, bipolar bozukluğu olan ana babaların değerlendirilen çocuk ile birlikte geçirdikleri süre ve bipolar bozukluğu olan ana babaların bu nedenle hastaneye yatış sayısı istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemiştir (Bkz. Tablo 4.17). LaRoche ve arkadaşları (1985) manik depresif ana babaların çocuklarında psikopatoloji sıklığının bipolar ana babadaki hastalığın süresi arttıkça yükseldiğini bulmuşlardır. Başka bir çalışmada ana babalarında bipolar bozukluk bulunan çocuklarda görülen psikopatolojilerin şiddetinin, ana babadaki bipolar bozukluğun başlama yaşı, şiddeti, mani ve karma atak sayısı ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (Grigoriu-Serbanescu ve ark., 1989). Duffy ve arkadaşları (2002) lityuma yanıt veren ve vermeyen bipolar ana babaların çocuklarını değerlendirmişler ve lityuma yanıt verenlerin çocuklarındaki

duygudurum bozuklukları riskinin ana babadaki hastalığın süresi uzadıkça arttığını göstermişlerdir. Bu araştırmadaki bulgular yazındaki çalışmaların sonuçlarını desteklememektedir. Bununla birlikte bu çalışmaların az sayıda olması verilerin yorumlanmasını güçleştirmektedir.

Bipolar duygudurum bozukluğu olan ana babaların çocuklarında psikopatoloji varlığı değerlendirilirken, bipolar bozukluğu olan ana/babanın eşinde psikiyatrik bir hastalığın bulunup bulunmaması da önemli olmasına karşın genellikle yapılan çalışmalarda göz ardı edilen bir alan olmuştur. Bu çalışmada araştırma grubunda psikopatoloji bulunan ve bulunmayan çocukların bipolar olmayan ana babalarındaki BTL puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterilememiştir (Bkz. Tablo 4.18). Grigoroiu-Serbanescu ve arkadaşları (1989) bipolar olmayan ana babalarda psikiyatrik hastalık bulunmasının çocuklardaki psikopatoloji şiddetini arttırdığını belirtmişlerdir. Bazı çalışmalarda ise bipolar ana/babanın eşinde psikiyatrik hastalık bulunması ile çocuklardaki psikopatoloji arasında anlamlı bir ilişki gösterilememiştir (Klein ve ark. 1985; Radke-Yarrow ve ark. 1992). Araştırmadaki bu bilgi yorumlanırken BTL'nin psikiyatrik tanı koyma aracı olmadığı ve yalnızca psikiyatrik belirtileri değerlendirdiği göz önünde bulundurulmalıdır.

Araştırma grubunda psikopatoloji bulunan ve bulunmayan çocukların akrabalarında bipolar bozukluk öyküsü istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir. Bu durumda çocuklarda görülen psikopatolojilerin tümünün özgül olarak bipolar bozukluk ile ilişkili olmadığı düşünülebilir. Ancak bu bulguyu yorumlarken, bipolar bozukluğu olan ana babaların akrabalarındaki bipolar bozukluk öyküsünün ana babalara sorularak alındığı da hatırlanmalıdır. Herbir psikopatoloji ile akrabalarda bipolar bozukluk öyküsü bulunması arasındaki ilişki ise gruplara düşen hasta sayısının yeterli olmamasından dolayı değerlendirilememiştir. Bugüne kadar yapılan araştırmalarda akrabalarda bipolar bozukluk öyküsü bulunması ile bu çocuklarda görülen özgül psikopatolojiler arasındaki ilişkiyi değerlendiren çalışma bulunmamaktadır.

Araştırma ve kontrol grubundaki çocukların ABTÖ kabul/ilgi ve psikolojik özerklik alt ölçüm puan ortalamaları arasında ve araştırma grubunda psikopatoloji bulunan ve bulunmayan çocukların psikolojik özerklik alt ölçüm puan ortalamaları

arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır (Bkz. Tablo 4.15, Tablo 4.20). Bu bulgular, bipolar bozukluğu olan ana/babanın varlığında çocukların ana babaları tarafından kabul ve ilgi görme ile kendi kararlarını vermede bağımsız hissetme algılarının azaldığını ve bu özelliklerin bu çocuklarda psikopatoloji oluşumuna katkıda bulunabileceğini göstermektedir. Bazı çalışmalarda bu bulguyu destekleyecek şekilde bipolar bozukluğu olan ana babaların çocukları ile olumsuz ilişki kurduğu ve güvensiz bağlanma stilleri geliştirdiği, çevrelerindeki kişilerin farkına varma ve onları anlama becerilerinin azaldığı belirtilmektedir (Zahn-Waxler ve ark. 1984; Inoff-Germain ve ark. 1997).

Bu çalışmanın çeşitli güçlü yanları ve kısıtlılıkları bulunmaktadır. Araştırma ve kontrol grubundaki annelerin ve babaların yaş ve eğitim süresi ortalamaları, çalışma durumları ve ailelerin aylık gelir düzeyi, aile yapısı ve ailedeki çocuk sayısı eşleştirilmiş; her iki gruptaki çocuklar yaş ve cinsiyet açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemişlerdir. Her iki grupta sosyodemografik değişkenlerin eşleştirilmiş olması bu değişkenlerin psikopatoloji üzerindeki etkilerini kontrol etmeyi amaçlamaktadır ve çalışmanın güçlü yanlarından biridir. Araştırma grubunda bipolar bozukluğu olan ana babaların hepsinin bipolar I bozukluk tanısı ile izleniyor olmaları ve bipolar bozukluğa eşlik eden başka bir psikiyatrik hastalıklarının bulunmaması da çalışmanın diğer bir güçlü yanını oluşturmaktadır. Ayrıca çalışmaya alınan ana babaların ve çocukların hiçbirinde psikopatoloji gelişimi üzerinde etkisi olabileceği düşünülen kronik bir tıbbi hastalık bulunmamaktadır. Yazında yer alan çoğu çalışmada bipolar bozukluğu olan ana/babanın eşinin ruhsal durumuna ilişkin bilgi verilmemiştir. Bu çalışmada bipolar bozukluğu olan ana/babanın eşleri psikiyatrik tedavi almamış kişilerdir ve ruhsal durumlarını belirlemek amacıyla psikiyatrik belirti tarama ölçeği kullanılmıştır. Ancak bu amaçla kullanılan BTL psikiyatrik hastalıklara tanı koyma aracı olmadığından bu bireylerin ruhsal durumlarının değerlendirilmesini kısıtlamaktadır. Araştırmaya alınan ana babaların ve çocukların hepsinde psikopatoloji varlığının değerlendirilmesi klinik görüşme ve yapılandırılmış ölçeklerle yapılmış, çocukların çok yönlü değerlendirilmesi amacıyla HRUÖ, HDNDDS ve ABTÖ kullanılmıştır.

Çalışmaya katılmayı kabul eden ana babaların çocuklarının değerlendirilmiş olması bu çalışmanın kısıtlılıklarından birini oluşturmaktadır. Bu ana babaların,

çocuklarında ruhsal bir sorun olduğunu düşündükleri için çalışmaya katılmayı istemiş olmaları olasıdır. Dolayısıyla bu çocuklardaki psikopatoloji yaygınlığının, çalışmanın sonucunda elde edilenden daha düşük olması beklenebilir. Çalışmanın diğer bir kısıtlılığı örneklem grubunun küçük olmasıdır. Özellikle araştırma grubundaki çocuklarda, psikopatoloji gelişimi üzerinde etkili olabileceği düşünülen bazı klinik değişkenlerin araştırılması sırasında gruplara düşen denek sayısının az olması, çalışma sonuçlarının genellenebilirliğini azaltmaktadır. Aynı nedenle bu klinik değişkenlerin, araştırma grubunda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek oranda görülen major depresyon ve davranım bozukluğu gibi hastalıklar üzerindeki olası etkileri değerlendirilememiştir. Kontrol grubu olarak herhangi bir psikiyatrik hastalığı olmayan ana babaların çocuklarının değerlendirilmiş olması, ana babada bipolar bozukluk bulunmasının çocukta psikopatoloji gelişimi üzerindeki etkisini özgül olarak değerlendirmeyi kısıtlamaktadır. Yazında, bipolar bozukluğu olan ana babaların çocuklarında bilişsel yetilerde bozulma olduğu belirtilmese de dikkat eksikliği görülebileceği vurgulandığından, bu çocuklarda dikkatin değerlendirilmesinin klinik görüşme ve ölçeklerin yanında nöropsikolojik testler aracılığıyla yapılması daha güvenilir sonuçların alınmasını sağlayacaktır.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırmada anne ya da babalarında bipolar I bozukluk bulunan çocuklar ile anne ve babalarında herhangi bir psikiyatrik hastalık bulunmayan çocuklar yaşam boyu psikopatoloji varlığı ve psikopatoloji türü açısından karşılaştırılmış ve araştırma grubunda psikopatoloji gelişimi üzerinde etkili olabileceği düşünülen bazı klinik değişkenler incelenmiştir. Araştırma sonucunda bipolar I bozukluğu olan anne ve babaların çocuklarında kontrol grubundaki çocuklara göre daha yüksek oranda psikopatoloji görüldüğü ve bu psikopatolojilerin eş zamanlı bulunduğu saptanmıştır. Bu çocuklardaki psikiyatrik tanıların duygudurum bozuklukları, yıkıcı davranım bozuklukları ve anksiyete bozuklukları gibi geniş bir spektrum içinde dağılım gösterdiği ancak kontrol grubu ile karşılaştırıldığında yalnızca major depresyon ve davranım bozukluğu tanılarının istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde yüksek oranda görüldüğü belirlenmiştir. Bu araştırmanın sonuçları, ana babalarında bipolar bozukluk bulunan çocuklarda duygudurum bozuklukları ve yıkıcı davranım bozukluklarının yüksek oranda görüldüğünü ve bu hastalıkların ileride gelişebilecek bipolar bozukluğun öncülü olabileceğini vurgulayan çalışmaların sonuçlarını desteklemektedir. Bu çalışmada bipolar bozukluğu olan ana babaların çocuklarında ana baba tutumlarının psikopatoloji gelişimi üzerinde etkili olabileceği bulunmuş, diğer klinik değişkenlerin psikopatoloji varlığı ile ilişkisi gösterilememiştir. Bipolar duygudurum bozukluğu bulunan ana babaların çocuklarında psikopatoloji gelişimini etkileyen biyolojik ve psikososyal risk etkenlerinin daha büyük gruplarla çalışılmasına gereksinim duyulmaktadır.

Bipolar duygudurum bozukluğu bulunan ana babaların çocuklarında yüksek oranda psikopatoloji görülmesi nedeni ile, bu hastaları değerlendiren ya da izleyen hekimlerin çocuklardaki psikiyatrik belirtileri sorgulaması ve gerektiğinde psikiyatrik yardım almaya yönlendirmesi uygun olacaktır.

Bu araştırmanın sonuçları bazı önerilerin belirlenmesine katkıda bulunmuştur:

1. Bu çalışmada elde edilen bulguların bipolar bozukluğa özgül olup olmadığının değerlendirilebilmesi amacıyla kontrol grubu olarak başka bir psikiyatrik hastalığı olan ana babaların çocuklarının alınması gerekli olabilir.

2. Ana babalarında bipolar bozukluk bulunan çocuklarda bipolar bozukluğun öncül belirtilerinin anlaşılabilmesi için bu çocuklarda psikiyatrik tanı kümelerinin değil de psikiyatrik belirtilerin araştırılması daha uygun olacaktır.

3. Bipolar bozukluk tanısı ile izlenen ana babaların çocuklarında görülen psikopatolojilerin bipolar bozukluk ile ilişkisinin değerlendirilebilmesi için uzun süreli izlem çalışmalarına gereksinim duyulmaktadır.

4. Bipolar bozukluğu bulunan ana babaların çocuklarında psikopatoloji gelişimi üzerinde etkili olabileceği düşünülen çevresel etkenlerin daha fazla çalışılması ve bu etkenlerin rolünün daha iyi belirlenebilmesi amacıyla ikiz ve evlat edinme çalışmalarının yapılması yararlı olacaktır. Bizim çalışmamızda ana babalarda bipolar bozukluğun başlama ve tanı yaşı, hastaneye yatış sayısı, bipolar bozukluğu olan ebeveyn ile birlikte geçirilen süre ve sosyal desteğin varlığı gibi çevresel etkenler incelenmiştir.

5. Ana babalarında bipolar bozukluk bulunan çocukların bilişsel işlevlerini değerlendiren çalışma sayısı çok azdır. Yazında bu çocuklarda dikkat eksikliği görülebildiği belirtildiğinden, en azından dikkatin objektif bir şekilde nöropsikolojik testler aracılığıyla değerlendirilmesi daha doğru sonuçların elde edilmesine katkıda bulunacaktır.

**KAYNAKLAR**

1. Ackenheil M. (2001), Neurotransmitters and signal transduction processes in bipolar affective disorders: a synopsis. *J Affect Disord*, 62:101-111.
2. Akiskal HS, Downs J, Jordan P ve ark (1985), Affective disorders in referred children and younger siblings of manic-depressives. *Arch Gen Psychiatry*, 42:996-1003.
3. Akiskal HS. (1995), Developmental pathways to bipolarity: are juvenile-onset depressions pre-bipolar? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 34:754-763.
4. Akiskal HS, Bourgeois ML, Angst J ve ark. (2000), Re-evaluating the prevalence of and diagnostic composition within the broad clinical spectrum of bipolar disorders. *J Affect Disord*, 59:5-30.
5. American Psychiatric Association. (1980), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. III. baskı, (DSM-III)*, Washington DC.
6. American Psychiatric Association. (1987), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. III. baskı, Revised (DSM-III-R)*, Washington DC.
7. American Psychiatric Association. (1994), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. IV. baskı, (DSM-IV)*, Washington DC.
8. American Psychiatric Association. (2000), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. IV. baskı, (DSM-IV-TR)*, Washington DC.
9. Anderson CA ve Hammen CL. (1993), Psychosocial outcomes of unipolar depressed, bipolar, medically ill and normal women: A longitudinal study. *J Consult Clin Psychology*, 61:448-454.
10. Ateşçi FÇ, Karadağ F, Özdel O ve ark. (2000), Bipolar ve unipolar hastalarda gidiş. 36. Ulusal Psikiyatri Kongresi Bildiri Özetleri Kitapçığı, s:42.
11. Ballenger JC, Reus VI, Post RM. (1982), The "atypical" clinical picture of adolescent mania. *Am J Psychiatry*, 139:602-606.



12. Biederman J, Wozniak J, Kiely K ve ark. (1995), CBCL clinical scales discriminate prepubertal children with structured interview-derived diagnosis of mania from those with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 34:464-471.
13. Biederman J, Faraone S, Milberger S ve ark. (1996), A prospective 4 year follow-up study of attention-deficit hyperactivity and related disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 53:437-446.
14. Bottlender R, Rudolf D, Strauss A ve ark. (2001), Mood-stabilisers reduce the risk of developing antidepressant-induced manic states in acute treatment of bipolar I depressed patients. *J Affect Disord*, 63:79-83.
15. Bowring MA, Kovacs M. (1992), Difficulties in diagnosing manic disorders among children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 31:611-614.
16. Burke KC, Burke JD Jr, Regier DA ve ark. (1990), Age of onset of selected mental disorders in five community population. *Arch Gen Psychiatry*, 48:789-795.
17. Carlson GA. (1990), Child and adolescent mania: diagnostic considerations. *J Child Psychol Psychiatry*, 31:331-342.
18. Carlson GA ve Weintraub S. (1993), Childhood behavior problems and bipolar disorder- relationship or coincidence?. *J Affect Disord*, 28:143-153.
19. Carlson GA, Bromet EJ, Sievers S. (2000), Phenomenology and adulthood outcome of subjects with early-onset and late-onset psychotic mania. *Am J Psychiatry*, 157:213-219.
20. Chang KD, Steiner H, Ketter TA. (2000), Psychiatric phenomenology of child and adolescent bipolar offspring. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 39:453-460.
21. Chang KD, Blasey CM, Ketter TA ve ark. (2003), Temperament characteristics of child and adolescent bipolar offspring. *J Affect Disord*, 77:11-19.

22. Coşkun A. (1994), Çocuklarda Davranış Derecelendirme Ölçeği ve Hacettepe Ruhsal Uyum Ölçeğinin Malatya İl Merkezindeki İlkokullarda Uygulanması. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Uzmanlık Tezi, Ankara.
23. Dağ İ. (1991), Belirti tarama listesi (SCL-90-R)'nin üniversite öğrencileri için güvenilirliği ve geçerliliği. Türk Psikiyatri Dergisi, 2:5-12.
24. Decina P, Kestenbaum CJ, Farber S ve ark. (1983), Clinical and psychological assessment of children of bipolar probands. Am J Psychiatry, 140:548-553.
25. Derogatis LR, Rickels K ve Rock AF. (1976), The SCL-90 and the MMPI: A step in the validation of a new self-report scale. Br J Psychiatry, 128:280-289.
26. Dienes KA, Chang KD, Blasey CM ve ark. (2002), Characterization of children of bipolar parents by parent report CBCL. J Psychiatric Res, 36:337-345.
27. Dubovsky SL, Davies R ve Dubovsky AN. (2003), Mood disorders. "Textbook of Clinical Psychiatry" (Ed. R.E. Hales ve S.C. Yudofsky) içinde, IV. baskı, American Psychiatric Publishing, Washington DC, s. 439-542.
28. Duffy A. (2000), Toward effective early intervention and prevention strategies for major affective disorders: A review of antecedents and risk factors. Can J Psychiatry, 45:340-348.
29. Duffy A, Alda M, Kutcher S. (2002), A prospective study of the offspring of bipolar parents responsive and nonresponsive to lithium treatment. J Clin Psychiatry, 63:1171-1178.
30. Dupont RM, Jernigan TL, Heindel W ve ark. (1995), Magnetic resonance imaging and mood disorders: localization of white matter and other subcortical abnormalities. Arch Gen Psychiatry, 52:747-755.
31. Endicott J ve Spitzer RL. (1978), A diagnostic interview: The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia. Arch Gen Psychiatry, 35:837-884.

32. Erkıran M, Karamustafalıoğlu N, Tomruk N ve ark. (2003), Ergen ve erişkin başlangıçlı maninin fenomenolojik farklılıkları: Karşılaştırmalı bir çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 14:21-30.
33. Faraone SV, Biederman J, Wozniak J ve ark. (1997a), Is comorbidity with ADHD a marker for juvenile-onset mania?. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36:1046-1055.
34. Faraone SV, Biederman J, Mennin D ve ark. (1997b), Attention-deficit hyperactivity disorder with bipolar disorder: A familial subtype?. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36:1378-1387.
35. Feinman JA, Dunner DL. (1996), The effect of alcohol and substance abuse on the course of bipolar affective disorder. *J Affect Disord*, 37:43-49.
36. Gabbard GO. (2000), Affective disorders. "Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practise" içinde, III. baskı, American Psychiatric Press, Washington DC, s. 203-231.
37. Geçtan E. (2003), Afektif bozukluklar. "Psikodinamik Psikiyatri ve Normaldişi Davranışlar" içinde, Metis Yayınları, XIV. baskı, İstanbul, s. 141-158.
38. Geller B, Fox LW, Clark KA (1994), Rate and predictors of prepubertal bipolarity during follow-up of 6- to 12-year-old depressed children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 33:461-468.
39. Geller B, Sun K, Zimmerman B ve ark. (1995), Complex and rapid-cycling in bipolar children and adolescents: a preliminary study. *J Affect Disord*, 34:259-268.
40. Geller B, Todd RD, Luby J ve ark. (1996), Treatment-resistant depression in children and adolescents. *Psychiatr Clin North Am*, 19:253-265.
41. Geller B, Luby J. (1997), Child and adolescent bipolar disorder: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36:1168-1176.

42. Gershon ES, McKnew D, Cytryn L ve ark. (1985), Diagnoses in school-age children of bipolar affective disorder patients and normal controls. *J Affect Disord*, 8:283-291.
43. Gittleman R, Mannuzza S, Shenker R ve ark. (1985), Hyperactive boys almost grown up. I. Psychiatric status. *Arch Gen Psychiatry*, 42:937-947.
44. Gökler B. (1978), Nevrotik Kadın Hastaların İlkokul Çağındaki Çocuklarının Ruhsal Belirtiler Yönünden Değerlendirilmesi. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Bölümü, Ankara.
45. Gökler B, Yörükoğlu A, Tunçbilek E. (1985), Ergen çağda başlayan ve ailesel özellik gösteren bir manik-depresif psikoz vakası. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 28:217-222.
46. Gökler B ve Öktem F. (1985), Bir gecekondul ilkokul öğrencilerinde ruhsal uyum taraması. *Toplum ve Hekim*, 36:24.
47. Grigoriu-Serbanescu M, Christodorescu D, Jipescu I ve ark. (1989), Psychopathology in children aged 10-17 of bipolar parents: Psychopathology rate and correlates of the severity of the psychopathology. *J Affect Disord*, 16:167-179.
48. Hammen C, Burge D, Burney E ve ark. (1990), Longitudinal study of diagnoses in children of women with unipolar and bipolar affective disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 47:1112-1117.
49. Inoff-Germain G, Nottelmann ED, Radke-Yarrow M. (1997), Relation of parental affective illness to family, dyadic, and individual functioning: an observational study of family interaction. *Am J Orthopsychiatry*, 67:433-48.
50. Isaac G. (1992), Misdiagnosed bipolar disorder in adolescents in a special educational school and treatment program. *J Clin Psychiatry*, 53:133-136.
51. Işık E. (2003), Bipolar bozukluklar. "Depresyon ve Bipolar Bozukluklar" içinde, Görsel Sanatlar Matbaacılık, Ankara, s. 463-510.

52. Kaplan HI, Sadock BJ. (1998), Mood disorders. "Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences, Clinical Psychiatry" içinde, VIII. baskı, Williams and Wilkins, Baltimore, s. 524-580.
53. Kashani JH, Burk JP, Horwitz B ve ark. (1985), Differential effect of subtype of parental major affective disorder on children. *Psychiatry Research*, 15:195-204.
54. Kaufman J, Birmaher B, Brent D ve ark. (1996), Kiddie-Sads-Present and Lifetime Version 1.0, (Çevirenler; Gökler B, Ünal F, Kültür Çengel SE, Pehlivan Türk B, Akdemir D, Taner Y).
55. Kılıç M. (1991), Belirti tarama listesi (SCL-90-R)'nin geçerlilik ve güvenilirliği. *Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 1:45-52.
56. Klein DN, Depue RA, Slater JF. (1985), Cyclothymia in the adolescent offspring of parents with bipolar affective disorder. *J Abnorm Psychology*, 94:115-127.
57. Kovacs M, Pollock M. (1995), Bipolar disorder and comorbid conduct disorder in childhood and adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 34:715-723.
58. Kraepelin E (1921), *Manic-Depressive Insanity and Paranoia*. Edinburgh: Livingstone. Aktaran: McClellan J ve Werry JS (1997), Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with bipolar disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36(10) supp.:157-176.
59. Kutcher SP, Marton P, Korenblum M. (1989), Relationship between psychiatric illness and conduct disorder in adolescents. *Can J Psychiatry*, 34:526-529.
60. Lamborn SD, Mounts NS, Steinberg L ve ark. (1991), Patterns of competence and adjustment among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent and neglectful families. *Child Dev*, 62: 1049-1065.
61. LaPalme M, Hodgins S, LaRoche C. (1997), Children of parents with bipolar disorder: a metaanalysis of risk for mental disorders. *Can J Psychiatry*, 42:623-631.

62. LaRoche C, Cheifetz P, Lester EP ve ark. (1981), Antecedents of bipolar affective disorders in children. *Am J Psychiatry*, 138:986-988.
63. LaRoche C, Cheifetz P, Lester EP ve ark. (1985), Psychopathology in the offspring of parents with bipolar affective disorders. *Can J Psychiatry*, 30:337-343.
64. LaRoche C, Sheiner R, Lester EP ve ark. (1987), Children of parents with manic-depressive illness: a follow-up study. *Can J Psychiatry*, 32:563-569.
65. Lewinsohn PM, Klein DN, Seeley JR. (1995), Bipolar disorders in a community sample of older adolescents: prevalence, phenomenology, comorbidity and course. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 34:454-463.
66. Lish JD, Dime-Meenan S, Whybrow PC ve ark. (1994), The National Depressive and Manic-Depressive Association (DMDA) survey of bipolar members. *J Affect Disord*, 31:281-294.
67. MacKinnon DF, Xu J, McMahon FJ ve ark. (1998), Bipolar disorder and panic disorder in families: An analysis of chromosome 18 data. *Am J Psychiatry*, 155:829-831.
68. Masi G, Toni C, Perugi G ve ark. (2003), Externalizing disorders in consecutively referred children and adolescents with bipolar disorder. *Compr Psychiatry*, 44:184-189.
69. McGlashan TH. (1988), Adolescent versus adult onset of mania. *Am J Psychiatry*, 145:221-223.
70. Merikangas KR, Prusoff BA ve Weissman MM. (1988), Parental concordance for affective disorders: psychopathology in offspring. *J Affect Disord*, 15:279-290.
71. Öktem F ve Baysal B. (1995), Hacettepe Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Ölçeği. Sunum, V. Ulusal Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kongresi, Ankara.
72. Öner Ö, Kılıç EZ. (2000), Çocuk ve ergenlerde bipolar afektif bozukluk ve hiperaktivite ayırıcı tanısı. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 11:58-63.

73. Öztürk MO. (2001), Duygulanım bozuklukları. "Ruh Sağlığı ve Bozuklukları" içinde, VIII. baskı, Nobel Tıp Kitapevi, Ankara, s. 291-342.
74. Pellegrini D, Kosisky S, Nackman D ve ark. (1986), Personal and social resources in children of patients with bipolar affective disorder and children of normal control subjects. *Am J Psychiatry*, 143:856-861.
75. Popper CW, Gammon GD, West SA ve ark. (2003), Disorders usually first diagnosed in infancy, childhood or adolescence, "Textbook of Clinical Psychiatry" (Ed. R.E. Hales ve S.C. Yudofsky) içinde, IV. baskı, American Psychiatric Publishing, Washington DC, s. 833-974.
76. Radke-Yarrow M, Nottelmann E, Martinez P ve ark. (1992), Young children of affectively ill parents: A longitudinal study of psychosocial development. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 31:68-77.
77. Saka MC, Özer S, Uluşahin A. (2001), Bipolar bozukluk bir yıllık izlem çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12:283-292.
78. Sedler MJ. (1983), Falret's discovery: the origin of the concept of bipolar affective illness. *Am J Psychiatry*, 140:1127-1133.
79. Soares JC, Mann JJ. (1997), The anatomy of mood disorders-review of structural neuroimaging studies. *Biol Psychiatry*, 41:86-106.
80. Srinath S, Janardhan Reddy YC, Girimaji SR ve ark. (1998), A prospective study of bipolar disorder in children and adolescents from India. *Acta Psychiatr Scand*, 98:437-442.
81. Strober M, Carlson G. (1982), Bipolar illness in adolescents with major depression. *Arch Gen Psychiatry*, 39:549-555.
82. Strober M, Schmidt-Lackner S, Freeman R ve ark. (1995), Recovery and relapse in adolescents with bipolar affective illness: A five year naturalistic, prospective follow up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 34:724-731.
83. Şirin H. (1980), Manik Depresif Psikozda Kalıtsal Etkenlerle İlgili Bir Araştırma. Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Bölümü, Ankara.

84. Tamam L, Özpoyraz N. (2000a), Bipolar-I bozukluğu olan hastalarda anksiyete bozuklukları komorbiditesinin Araştırılması. 36. Ulusal Psikiyatri Kongresi Bildiri Özetleri Kitapçığı, s. 47.
85. Tamam L, Özpoyraz N. (2000b), Bipolar-I bozukluğu olan hastalarda kişilik bozuklukları. 36. Ulusal Psikiyatri Kongresi Bildiri Özetleri Kitapçığı, s. 71.
86. Tamar M. (1991), Bipolar Bozukluk Tanılı Hastaların Çocuklarında Psikopatoloji. Psikiyatri Uzmanlık Tezi, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir.
87. Tohen M, Waternaux CM, Tsaung MT. (1990), Outcome in mania. Arch Gen Psychiatry, 47:1106-1111.
88. Uluşahin A, Özer SK, Batur S ve ark. (2000), Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi (Türkçe formu geçerlik ve güvenilirlik çalışması). 3P, 8:100-105.
89. Uluşahin A, Uluğ B. (2000), Bipolar bozukluk ve alkol-madde kullanım bozuklukları ek tanı çalışmaları. Bir gözden geçirme. Türk Psikiyatri Dergisi, 11:300-308.
90. Wals M, Hillegers MHJ, Reichart CG ve ark. (2001), Prevalence of psychopathology in children of a bipolar parent. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 40:1094-1102.
91. Waters BGH ve Marchenko-Bouer I. (1980), Psychiatric illness in the adult of bipolar manic-depressives. J Affect Disord, 2:119-126.
92. Werry JS, McClellan JM, Chard L. (1991), Childhood and adolescent schizophrenic, bipolar and schizoaffective disorder. A clinical and outcome study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 30:457-465.
93. Wicki W ve Angst J. (1991), The Zurich study X. Hypomania in a 28- to 30-year-old cohort. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci, 240:339-348.
94. Woods BT, Yurgelun-Todd D, Mikulis D ve ark. (1995), Age-related MRI abnormalities in bipolar illness: a clinical study. Biol Psychiatry, 38:846-847.



95. Wozniak J, Biederman J, Kiely K ve ark. (1995), Mania-like symptoms suggestive of childhood-onset bipolar disorder in clinically referred children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 34:867-876.
96. Yazıcı O. (1997), İki uçlu duygudurum bozuklukları ve diğer duygudurum bozuklukları. "Psikiyatri Temel Kitabı Cilt 1" (Ed. E. Köroğlu, C. Güleç) içinde, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, s. 429-438.
97. Yılmaz A. (2000), Anne Baba Tutum Ölçeği'nin Güvenirlik ve Geçerlik Çalışması. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 7:160-172.
98. Young SN, Smith SE, Pihl RO ve ark. (1985), Tryptophan depletion causes a rapid lowering of mood in normal males. *Psychopharmacology*, 87:173-177.
99. Zahn-Waxler C, McKnew DH, Cummings EM ve ark. (1984), Problem behaviors and peer interactions of young children with a manic-depressive parent. *Am J Psychiatry*, 141:236-240.
100. Zahn-Waxler C, Mayfield A, Radke-Yarrow M ve ark. (1988), A follow up investigation of offspring of parents with bipolar disorder. *Am J Psychiatry*, 145:506-509.