

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN RUH SAĞLIĞI VE SİNİR
HASTALIKLARI
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
1.Psikiyatri Kliniği
Başhekim: Doç. Dr. Erhan KURT
Klinik Şefi: Uzm. Dr. Nihat ALPAY

**BİPOLAR I DUYGUDURUM BOZUKLUĞU OLAN
ANNE VEYA BABALARIN ERİŞKİN
ÇOCUKLARINDA ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMASI
VE I.EKSEN TANILARI ÜZERİNE ETKİSİ**

Dr. Filiz ALKAN ÇİÇEK

PSİKİYATRİ UZMANLIK TEZİ

Tez danışmanı: Uzm. Dr. Nesrin Buket TOMRUK

İSTANBUL-2011

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN RUH SAĞLIĞI VE SİNİR
HASTALIKLARI
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
1.Psikiyatri Kliniği
Başhekim: Doç. Dr. Erhan KURT
Klinik Şefi: Uzm. Dr. Nihat ALPAY

**BİPOLAR I DUYGUDURUM BOZUKLUĞU OLAN
ANNE VEYA BABALARIN ERİŞKİN
ÇOCUKLARINDA ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMASI
VE I.EKSEN TANILARI ÜZERİNE ETKİSİ**

Dr. Filiz ALKAN ÇİÇEK

PSİKİYATRİ UZMANLIK TEZİ

Tez danışmanı: Uzm. Dr. Nesrin Buket TOMRUK

İSTANBUL-2011

T.C
SAĞLIK BAKANLIĞI
BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN RUH SAĞLIĞI VE SİNİR HASTALIKLARI
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

TEZ DEĞERLENDİRME FORMU

ADI SOYADI: DR. Filiz ALKAN ÇİÇEK

UZMANLIK DALI: PSİKİYATRİ

TEZİN ADI: BİPOLAR 1 DUYGU DURUM BOZUKLUĞU OLAN ANNE VEYA BABALARIN ERİŞKİN ÇOCUKLARINDA ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMASI VE 1.EKSEN TANILARI ÜZERİNE ETKİSİ.

1-Sayfa Sayısı:	: 79
2-Tablo Sayısı	: 29
3-Şekil Sayısı:	: 0
4-İstatistik Sayısı:	: 4
5-Literatür Sayısı ve Faydalanma Durumu	: 106
6-Yazı Tertibi	: BAŞARILI
7-Konuyu Anlatma ve Konuya Hakimiyet	: BAŞARILI
8-İncelemenin Bilimsel Bakımdan Tutumu	: BAŞARILI
9-Orijinal Olup Olmadığı	: ORJİNAL

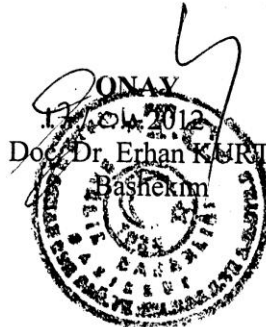
SONUÇ: BAŞARILI

TEZ DEĞERLENDİRME JÜRİSİ

Üye
Uz. Dr. Nihat ALPAY
B.Köy Prof. Dr. Mazhar Osman
Ruh Sağlığı ve Sinir Hast. Eğt ve Arş Hast.
Psikiyatri Klinik Şefi
Sicil No: 17504

Üye
Doç. Dr. Güliz ÖZGEN
B.Köy Prof. Dr. Mazhar Osman
Ruh Sağlığı ve Sinir Hast. Eğt ve Arş Hast.
Psikiyatri Klinik Şef V.
Sicil No: 37430

Üye
Doç. Dr. Murat ERKİRAN
B.Köy Prof. Dr. Mazhar Osman
Ruh Sağlığı ve Sinir Hast. Eğt. ve Arş Hast.
Psikiyatri Klinik Şef V.
Sicil No: 5922



ÖNSÖZ

Başhekimimiz Doç. Dr. Erhan KURT'a,

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım, destâğını esirgemeyen klinik şefim Dr. Nihat ALPAY, Dr. Çağatay KARŞIDAĞ, Dr. Umut Mert AKSOY ve Dr. Armağan ÖZDEMİR'e,

Uzmanlık eğitimim sırasında ve tez yazım aşamasında her zaman içten desteğini hissettiğim sevgili tez danışmanım Dr. Nesrin Buket TOMRUK'a

Rotasyon eğitimlerim sırasında yanlarında çalıştığım; Doç. Dr. Hüsnü ERKMEN, Doç. Dr. Duran ÇAKMAK, Doç. Dr. Murat ERKİRAN, Doç. Dr. Cüneyt EVREN, Doç. Dr. Hayrettin KARA, Dr. Ali Rıza ÇELİKER, Dr. Ahmet TÜRKCAN, Doç. Dr. Dursun KIRBAŞ, Prof. Dr. Mehmet Levent KAYAALP, Doç. Dr. N. Özlem KAPTANOĞULLARI'na,

Başta Hemş. Semra ENGİNKAYA olmak üzere tüm I. Psikiyatri servisi çalışanlarına ve asistanlığım sürecinde çalıştığım, bilgi ve tecrübelerini paylaşan tüm doktor, hemşire ve sağlık personeline,

Tezim için hasta almamda yardımlarını esirgemeyen Hemş. Aysel ÖZER'e, Hemş. Nurcihan ÇELİK'e,

Bilgi ve deneyimlerimi borçlu olduğum hastalarım,

İş arkadaşlığımızı hayatımızın her alanına taşıdığımız, beraber çalışmaktan keyif aldığım dostum Dr. Esra SEZGİN DOĞAN'a, asistanlığımız süresince yaşama dair çok şey öğrendiğim Dr. Müberra KILIÇ'a,

Hayatımda dosttan daha öte olan ve tez sürecimde desteklerini esirgemeyen Gökçe ARSLAN'a, Alper ARSLAN'a, Handan ÖZBEK EKİCİ'ye,

Üzerimde çok emeği olan, kızları olmaktan gurur duyduğum annem ve babam, Necla-Bayram ALKAN'a,

Sadece asistanlık sürecinde değil, tıp eğitimimin her aşamasında yanı başımda olan, sabırla bekleyen eşim Ali Özcan ÇİÇEK'e

Sonsuz teşekkürlerimle...

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	I
İÇİNDEKİLER	II
ÖZET	V
ABSTRACT	VII
TABLO LİSTESİ	IX
KISALTMALAR LİSTESİ	XI
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1 Bipolar I Bozukluk	3
2.1.1 Tanımı	3
2.1.2 Tarihçe	3
2.1.3 Bipolar Bozukluğun Etiyolojisi	4
2.1.4 Bipolar Bozuklukta Klinik Görünüm	7
2.2 Bipolar Ebeveynlerin Ailelerinde Ebeveyn Hastalığının Çocuk	
Üzerine Etkileri	9
2.3 Bipolar Ebeveynlerin Çocuklarında Psikopatoloji	11
2.4 Travma	13
2.4.1 Fiziksel İstismar	15

2.4.2 Cinsel İstismar	16
2.4.3 Duygusal İstismar	17
2.4.4 İhmal	17
2.4.5 Çocukluk Çağı Travması Ve Psikiyatrik Hastalıklarla İlişkisi	18
3. YÖNTEM ve GEREÇLER	20
4. BULGULAR	24
4.1 Demografik Özelliklerin Dağılımı	24
4.2 Ebeveyn Ve Aileye İlişkin Özellikler	26
4.3 Kullanılan Ölçeklerle İlgili Puanlar	29
4.3.1 CTQ-28 Toplam Ve Alt Ölçek Puanları	29
4.3.2 Eksen I Psikiyatrik Tanıların Karşılaştırılması	32
4.3.3 Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği(DES) Puanları	35
4.4 Ebeveyn Hastalığının Klinik Özellikleri İle Ölçek Puanlarının İlişkisi	35
4.4.1 Ebeveyn Hastalığının Klinik Özellikleri İle Eksen I Psikiyatrik Tanıların Karşılaştırılması	35
4.4.2 Klinik Özellikler İle CTQ-28 puanlarının ilişkisi	37
4.4.3 Araştırma Grubunda Suisid Girişimi İle CTQ-28 Puanlarının İlişkisi	39
4.5 Kullanılan Ölçek Puanları Arası İlişki	39
4.5.1 Psikiyatrik Tanısı Olan Ve Olmayanların CTQ-28 Puanlarının Karşılaştırılması	39

4.5.2 Psikiyatrik Ek Tanısı Olan Ve Tanısı Olmayanların CTQ-28 Puanlarının Karşılaştırılması	41
4.5.3 Duygudurum Bozukluğu Tanısı Olan Ve Tanısı Olmayanların CTQ-28 Puanlarının Karşılaştırılması	42
4.5.4 Depresif Bozukluk Tanısı Olan Ve Tanısı Olmayanların CTQ-28 Puanlarının Karşılaştırılması	43
4.5.5 Bipolar Bozukluk Tanısı Olan Ve Tanısı Olmayanların CTQ-28 Puanlarının Karşılaştırılması	44
4.5.6 Anksiyete Bozukluğu Tanısı Olan Ve Olmayanların CTQ-28 Puanlarının Karşılaştırılması	45
4.5.7 Alkol/ Madde kullanım Bozukluğu Olan Ve Tanısı Olmayanların CTQ-28 Travma Puanlarının Karşılaştırılması	46
4.6 CTQ-28 Puanlarının DSM-IV Eksen I Tanıları Üzerine Etkisi	47
5. TARTIŞMA	51
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	62
7. KAYNAKLAR	65
8. EKLER	75
Ek 1: Kişisel Bilgi Formu	75
Ek 2: Aile Bilgi Formu	78
Ek 3: Etik Kurul Onay Formu	80

ÖZET

BİPOLAR I DUYGUDURUM BOZUKLUĞU OLAN ANNE VEYA BABALARIN ERİŞKİN ÇOCUKLARINDA ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMASI VE LEKSEN TANILARI ÜZERİNE ETKİSİ

Dr. Filiz ALKAN ÇİÇEK

Amaç: Son zamanlarda bipolar ebeveynlerin çocuklarında psikopatoloji görülme oranları ile ilgili çalışmalar artmasına rağmen psiko-sosyal faktörlerin psikopatoloji gelişimine katkısı ile ilgili araştırmalar kısıtlıdır. Bu çalışmanın amacı, bipolar ebeveynlerin erişkin çocuklarında DSM-IV eksen I psikiyatrik hastalık görülme sıklığını saptamak ve çocukluk çağı travmasının psikiyatrik tanılarla ilişkisini araştırmaktır.

Yöntem: Bipolar I duygudurum bozukluğu tanısı ile Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yatarak ya da ayaktan tedavi gören 53 hastanın 20-65 yaş arası 80 çocuğu ve bilinen herhangi bir psikiyatrik tanısı bulunmayan anne babaların 80 çocuğu araştırmaya alınmıştır. Çalışmaya alınan tüm çocuklar, kendileri ve aileleri için ayrı olarak hazırlanmış sosyodemografik veri formu, DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu (SCID-I), Çocukluk Çağı Travma Ölçeği (CTQ-28) ve Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES) ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Bipolar ebeveynlerin çocuklarında en az bir DSM-IV eksen I psikiyatrik tanı görülme oranı %35 (n=28), duygudurum bozukluğu görülme oranı %20 (n=16), anksiyete bozukluğu görülme oranı %13,8 (n=11) alkol/madde kullanım bozuklukları %6,2 (n=5) olarak tespit edildi. Kontrol grubunda ise en az bir eksen I psikiyatrik tanı görülme oranı %12,5 (n=10), duygudurum bozukluğu görülme oranı %8,8 (n=7), anksiyete bozukluğu görülme oranı %3,8 (n=3), alkol/madde kullanım bozuklukları %2,5 (n=2) olarak bulundu. Bipolar ebeveynlerin çocuklarında ek tanı görülme oranları ve suisid girişimi kontrol grubuna göre yüksek saptandı. Kontrol grubuna göre bipolar ebeveynlerin çocuklarında duygusal istismar, duygusal ihmal, fiziksel ihmal ve toplam travma skoru ortalamaları anlamlı olarak yüksekti. Bipolar ebeveynlerin tanı alan çocuklarında ise duygusal istismar, cinsel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal ve toplam travma skorları anlamlı derecede yüksekti. Duygusal istismar ve fiziksel ihmalin psikiyatrik tanı riskini arttırdığı saptandı.

Sonuç: Çalışmamız bipolar bozukluğu olan ebeveynlerin çocuklarında, özellikle duygudurum bozukluğu olmak üzere çeşitli psikiyatrik bozuklukların gelişmesi riskinin artmış olduğunu ve çocukluk döneminde daha fazla travmatik yaşantıya maruz kaldığını göstermektedir. Ayrıca artmış psikopatoloji, çocukluk travmatik yaşantıları ile ilişkili olarak gözlenmiştir. Bu bulgular doğrultusunda, bipolar ebeveynlerin çocuklarının psikiyatrik belirtiler ve travmatik yaşantılar açısından izlenmesi, gerektiğinde psikiyatrik yardım almaya yönlendirilmesi uygun olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Bipolar I bozukluk, Psikopatoloji, Yetişkin Evlat, Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları

İletişim Bilgileri: alkanfiliz@yahoo.com

ABSTRACT

CHILDHOOD TRAUMA AND ITS EFFECTS ON THE AXIS I PSYCHIATRIC DISORDERS IN THE ADULT OFFSPRING OF PARENTS WITH BIPOLAR I MOOD DISORDER

Dr. Filiz ALKAN ÇİÇEK

Introduction: In recent years, although there is more data on psychopathology in the children of parents with bipolar disorder, there are limited studies about the psychosocial factors and how they affect the development of psychopathology. The aim of this study was to determine the rate of DSM-IV axis I psychiatric disorders in the adult offsprings of parents with bipolar disorder and to examine the relationship between psychiatric disorders and childhood trauma.

Method: The study included 80 children of 53 bipolar parents who were treated in inpatients or outpatient units of Bakirkoy Research and Training Hospital for Psychiatry, Neurology and Neurosurgery and 80 children of parents who had no psychiatric disorders, all between the ages 20 and 65 years. All of the children were evaluated with the demographic forms which were prepared for them and their parents, Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-I), Childhood Trauma Questionnaire (CTQ-28) and Dissociative Experiences Scale (DES).

Results: The rate of DSM-IV axis I diagnosis in the offsprings of bipolar parents was determined as 35% (n=28), mood disorders as 20% (n=16), anxiety disorders as 13,8% (n=11), alcohol/substance use disorders as 6,2% (n=5). In control group, the rate of DSM-IV axis I diagnosis was found as 12,5% (n=10), mood disorders as 8,8% (n=7), anxiety disorders as 3,8 % (n=3) and alcohol/substance use disorders as 2,5% (n=2). It was determined that children of bipolar parents had more comorbid diagnosis and suicide attempts. Compared to the control group, children of bipolar parents, had higher emotional abuse, emotional neglect, physical neglect and total trauma scores. In the bipolar offspring group, children with at least one diagnosis, had higher emotional abuse, sexual abuse, physical neglect, emotional neglect and total trauma scores compared to the children without any psychiatric diagnosis. Exposure to emotional abuse and physical neglect increased the risk of any psychiatric diagnosis.

Conclusion: Our study suggests that children of bipolar parents have increased risk of psychiatric disorders, especially mood disorders and have more traumatic experiences in childhood. These traumatic experiences are also associated with increased rates of psychopathology. Children of parents with bipolar disorder need to be screened for psychiatric symptoms and childhood traumatic experiences, and referred for psychiatric assistance when necessary.

Key Words: Bipolar I disorder, Psychopathology, Adult offspring, Childhood traumatic experiences

Correspondence Address: alkanfiliz@yahoo.com

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Yaş Ortalamasının Gruplara Göre Dağılımı	24
Tablo 2: Cinsiyet, Medeni Durum ve Eğitim Durumunun Gruplara Göre Dağılımı	25
Tablo 3: Meslek ve Gelir Düzeyinin Gruplara Göre Dağılımı	25
Tablo 4: Kardeş Sayısı ve Kardeşler İçindeki Sırasının Gruplara Göre Dağılımı	26
Tablo 5: Ebeveyn Ayrılığı ve Ebeveyn Kaybının Gruplara Göre Dağılımı	27
Tablo 6: İlk 3 Yaş ve Çocukluk Döneminde Bakım Veren Kişilere Göre Grupların Dağılımı	27
Tablo 7: Ebeveynlerin Eğitim Durumlarının ve Mesleklerinin Gruplara Göre Dağılımı	28
Tablo 8: CTQ-28 Puanlarının Gruplara Göre Değerlendirilmesi	29
Tablo 9: Ebeveynlerin Cinsiyetine Göre CTQ-28 Puanlarının Değerlendirilmesi	30
Tablo 10: DSM-IV Eksen I Psikiyatrik Tanılarına Göre Grupların Karşılaştırılması	32
Tablo 11: Ebeveynlerin Cinsiyetine Göre Eksen I Psikiyatrik Tanıların Gruplar Arası Dağılımı	34
Tablo 12: Ortalama DES Puanlarının Gruplar Arası Karşılaştırılması	35
Tablo 13: Ebeveyn Hastalığının Klinik Özellikleri İle Çocuklarındaki Psikiyatrik Tanıların Karşılaştırılması	36
Tablo 14: Ebeveyn Hastalığının Başlangıç Yaşı İle Çocuklarının Eksen I Psikiyatrik Tanılarının Karşılaştırılması	37
Tablo 15: Ebeveyn Hastalığının Klinik Özellikleri İle Çocuklarında CTQ-28 Puanlarının İlişkisi	38
Tablo 16: Bipolar Ebeveynlerin Çocuklarının İntihar Girişimi ile CTQ-28 Puanlarının İlişkisi	39

Tablo 17: Psikiyatrik Tanısı Olan ve Olmayanların CTQ-28 Travma Puanlarının Karşılaştırılması	40
Tablo 18: Ek Psikiyatrik Tanısı Olan ve Tanısı Olmayanların CTQ-28 Puanlarının Karşılaştırılması	41
Tablo 19: Duygudurum Bozukluğu Tanısı Olan ve Tanısı Olmayanların CTQ-28 Puanlarının Karşılaştırılması	42
Tablo 20: Depresif Bozukluk Tanısı Olan ve Tanısı Olmayanların CTQ-28 Puanlarının Karşılaştırılması	43
Tablo 21: Bipolar Bozukluk Tanısı Olan ve Tanısı Olmayanların CTQ-28 Puanlarının Karşılaştırılması	44
Tablo 22: Anksiyete Bozukluğu Tanısı Olan ve Tanısı Olmayanların CTQ-28 Puanlarının Karşılaştırılması	45
Tablo 23: Alkol/ Madde Kullanım Bozukluğu Tanısı Olan ve Tanısı Olmayanların CTQ-28 Puanlarının Karşılaştırılması	46
Tablo 24: Psikiyatrik Tanıyı Etkileyen Travma Alt Tipleri	47
Tablo 25: Ek Psikiyatrik Tanıyı Etkileyen Travma Alt Tipleri	48
Tablo 26: Duygudurum Bozukluğu Tanısını Etkileyen Travma Alt Tipleri	48
Tablo 27: Depresif Bozukluk Tanısını Etkileyen Travma Alt Tipleri	49
Tablo 28: Anksiyete Bozukluğu Tanısını Etkileyen Travma Alt Tipleri	49
Tablo 29: Alkol/ Madde Kullanım Bozukluğu Tanılarını Etkileyen Travma Alt Tipleri	50

KISALTMALAR LİSTESİ

5-HT	:Serotonin
BOS	:Beyin Omurilik Sıvısı
CTQ-28	:Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği
DA	:Dopamin
DEHB	:Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
DES	:Disosiyatif Yasantılar Ölçeği
HPA	:Hipotalamo-Pituitar-Adrenal Eksen
HVA	: Homovalinik Asit
KOKGB	:Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu
MHPG	:3-Metoksi-4-Hidroksifenil Glikol
n	:Kişi Sayısı
NE	:Norepinefrin
Ort	:Ortalama
p	:Olasılık Değeri
R	:Korelasyon Katsayısı
SCID-I	:DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu
SS	:Standart Sapma

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Bipolar I duygudurum bozukluğu, düzensiz bir biçimde tekrarlayan manik ya da mikst dönemlerle seyreden, depresif dönemlerin de eşlik ettiği, ataklar arasında kişinin sağlıklı duygudurum haline dönebildiği kronik seyirli bir psikiyatrik bozukluktur (1).

Bipolar I duygudurum bozukluğunun toplum örneklemelerinde prevalansı % 0,4-1,6 arasında değişmektedir. Bipolar bozukluk, rekürren bir seyir izler, hastaların büyük bir çoğunluğu epizodlar arasında işlevsellik düzeyine tam olarak geri dönerken, yaklaşık %20-30'unda labil duygulanım ve diğer rezidüel semptomlar devam edebilmektedir. Neredeyse hastaların % 60'ı epizodlar arasında kişilerarası veya mesleki zorluklar yaşarlar (2). Komorbid madde kötüye kullanımı ve intihar riski, tamamlanmış intihar oranı yüksektir(3,4).

Genetik epidemiyolojik araştırmalardan elde edilen veriler, bipolar hastaların akrabalarındaki eş hastalanma oranının monozigotik ikizlerde %60-70, dizigotik ikizlerde % 20 olduğunu göstermektedir (5). Birinci derece akrabalarda ise bipolar bozukluk görülme riskinin % 1,5-14,5 arasında olduğu belirtilmiştir (6).

Bipolar I duygudurum bozukluğu tanısı olan ebeveynlerin bazı çocukları kalıtsal yatkınlık nedeniyle mental bozukluk için artmış risk altındayken, bu ebeveynlerin bütün çocukları kronik ve ağır bir hastalığı olan, manik ve depresif ataklar geçiren, madde kullanımı olabilen ve hastanede yatması gerekebilen ebeveyn tarafından büyütülmenin psikososyal etkilerine maruz kalmaktadır (7).

Anne veya babasında bipolar bozukluk tanısı olan çocuklarda duygudurum bozuklukları ve anksiyete bozuklukları başta olmak üzere, psikiyatrik hastalıkların görülme oranı anne ve babası sağlıklı olan çocuklara göre önemli derecede yüksektir.

Lapalme ve arkadaşları tarafından yapılan bipolar ailelerinin erişkin çocuklarının da dahil edildiği bir meta-analiz çalışmasında ise, bipolar ebeveynlerin çocuklarında

duygudurum bozukluğu görülme riskinin 4, herhangi bir psikiyatrik hastalık görülme riskinin ise 2,7 kat daha yüksek olduğu bildirilmiştir (7).

Akdemir ve Gökler bipolar duygudurum bozukluğu olan anne babaların çocuklarıyla herhangi bir psikiyatrik hastalığı bulunmayan anne babaları olan çocukları psikopatoloji görülme oranları açısından karşılaştırmışlardır ve bipolar I duygudurum bozukluğu olan ebeveynlerin çocuklarında kontrol grubuna göre psikopatoloji yaygınlığı hem de bu psikopatolojilerin bir arada bulunma oranları anlamlı derecede yüksek saptanmıştır. Duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) ve karşıt olma karşıt gelme bozukluğu (KOKGB) anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (8). Yazarlar, bipolar ebeveynlerin çocuklarında artmış olarak görülen bipolar duygudurum bozukluğunun etyolojisinde genetik yatkınlığın önemini vurgularken, stresli yaşam olayları, aile işlevselliği gibi psikopatolojiye katkısı olabilecek psiko-sosyal faktörlerin rolünün de değerlendirilmesini önermişlerdir.

Bipolar duygudurum bozukluğu, diğer psikiyatrik hastalıklar gibi, kişinin evlilik, meslek ve aile yaşantısını etkileyebilmektedir. Aile içi sosyal ortamın, evlilik sorunlarının çocukluk çağında travmaya maruz kalma riskini arttırdığı belirtilmektedir (9).

Bipolar ebeveynlerin çocuklarında artmış psikopatoloji oranlarının görülmesinin nedeni, genetik yatkınlığa ek olarak sağlıklı ebeveynlerin çocuklarına oranla daha fazla çocukluk çağı travmatik yaşantılarına maruz kalmalarından ve bu yaşantıların çocuğun gelişimini olumsuz etkilemesinden kaynaklanıyor olabilir.

Anne veya babası bipolar bozukluk tanısı ile takip edilen erişkin çocukların çocukluk çağı travmatik yaşantılarına ne oranda maruz kaldıklarıyla ve bu maruziyetin toplum geneline göre sık görülen psikopatolojiye katkısına yönelik literatürde bilinen çalışma yoktur.

Bu çalışma ile bipolar I duygudurum bozukluğu olan anne ve babaların erişkin çocuklarında DSM-IV'e göre eksen I tanılarının ve çocukluk çağı travmatik yaşantılarının alt boyutlarıyla değerlendirilmesi, bu yaşantıların DSM-IV I. eksen tanıları ile ilişkisinin Türkiye örnekleminde araştırılması amaçlanmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1 BİPOLAR I BOZUKLUK

2.1.1 Tanım

Bipolar I bozukluk, düzensiz bir biçimde tekrarlayan manik ya da karma dönemlerle seyreden, birlikte depresif dönemlerin de eşlik edebileceği, bu dönemler arasında kişinin sağlıklı duygudurum haline dönebildiği kronik seyirli bir psikiyatrik bozukluktur (1). Bipolar I bozukluğun toplum örnekleminde prevalansı % 0,4-1,6 arasında değişmektedir (2).

2.1.2 Tarihçe

Bipolar bozukluk antik yunan döneminden itibaren bilinmesine rağmen 20. yüzyılda diğer psikiyatrik hastalıklardan ayrılmıştır. İlk olarak Alman psikiyatrist Emil Kraepelin şizofreni ve manik depresif hastalık arasındaki farka dikkat çekmiş ve hastalığın görünümünün mizaç özelliklerinden başlayarak depresif, karma, manik ve psikotik durumlara varan bir yelpazede yer aldığını öne sürerek manik-depresif denilen kavramı öne sürmüştür (1, 10). 1960’larda lityum tedavisinin yaygınlaşması ve bipolar bozuklukta etkinliğinin gösterilmesi ile farmakolojiye ve etyolojiye yönelik daha düzenli biyolojik araştırmalar da yapılmaya başlanmıştır (11).

1980’de DSM-III sınıflandırmasının kullanıma girmesiyle birlikte, “afektif bozukluklar” tanımı kabul edilmiş ve afektif bozukluklar içinde temel ayrım, bipolar bozukluk ile major depresyon arasında yapılmıştır. DSM-IV sınıflandırmasında ise bipolar bozukluk; bipolar I bozukluk, bipolar II bozukluk, siklotimi ve başka türlü adlandırılmayan bipolar bozukluk şeklinde dörde ayrılmıştır (2). DSM-IV antidepresan tedavinin yol açtığı manik nöbetleri “maddenin neden olduğu manik dönem” tanımı altında ayrıca ele alarak, bunları bipolar I bozukluğunun içine dâhil etmemiştir. Öte yandan karma ve hipomanik dönemler için de ayrı ölçütler getirilmiştir.

2.1.3 Bipolar Bozukluğun Etyolojisi

Bipolar bozukluk etyolojisi tam olarak bilinmemesine rağmen yapılan birçok çalışmaya göre genetik, biyolojik ve psikososyal faktörlerin rol oynadığı düşünülmektedir.

2.1.3.1 Nörotransmitter Sistemleri

Bipolar bozukluk patofizyolojisinde tümevarım metodu kullanılarak tedaviden yola çıkılmıştır. Rezerpinin beyin biyojenik aminlerinde tükenmeye neden olarak depresyon oluşturması, antidepresan ilaçların ise biyojenik aminlerde aktivite artışı yaratması, mani tablosunun monoaminlerdeki artış ile ortaya çıktığı görüşünün ileri sürülmesine ve monoamin varsayımının oluşmasına neden olmuştur. İlk geliştirilenler, norepinefrin (NE), serotonin (5-HT) ve dopamin (DA) ile ilgili varsayımlardır.

Postmortem çalışmalarda, bipolar hastaların kortikal ve talamik beyin bölgelerinde NE döngüsünde artış olduğu, in vivo çalışmalarda ise NE ve major metaboliti 3-metoksi-4-hidroksifenil glikolün (MHPG) plazma düzeylerinin bipolar depresif hastalarda unipolar hastalara göre daha düşük, manik dönemde ise depresif döneme göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Benzer olarak idrar MHPG düzeyi bipolar depresif dönemdeki hastalarda, manik dönemdekilere göre daha düşük olarak bildirilmiştir (12).

Beyin görüntüleme çalışmaları duygudurum bozukluklarının 5-HT reseptör duyarlılığında azalma ile ilişkili olabileceğini göstermiştir. Bipolar bozuklukta da azalmış 5-HT duyarlılığının olduğu, aile öyküsünde bipolar bozukluk olanlarda 5-HT depleasyonu oluşturulduğunda kognitif defisitinin daha fazla gözlemlendiği bildirilmiştir. Ayrıca yüksek dozlarda verilen 5-HT öncülü L-triptofanın mani benzeri etki yapması da bipolar bozukluğun etyolojisine serotonerjik sistemin katkısının olduğunu düşündürmektedir (12,13).

DA metaboliti olan homovalinik asitin (HVA) depresif hastaların beyin omurilik sıvısında (BOS) azalmış olarak saptanması DA'nın depresyonun patofizyolojisindeki yerine dikkat çekmektedir. Psikomotor retardasyonu olan depresif hastalarda ajitasyonu olanlara göre BOS'da HVA düzeyinin daha düşük olduğu bildirilmiştir. Ayrıca idiyopatik Parkinson hastalığında depresyon %40 oranında tabloya eşlik edebilmektedir. Ek olarak olgu sunumlarında manik dönemler sırasında Parkinson hastalığının

belirtilerinin gerileyebildiği belirtilmiştir. Bipolar bozukluk öyküsü olmayan kişilerde dopaminerjik ajanların kullanımı sonrası manik belirtilerin tetiklenebilmesi ise DA'nın manik dönemlerin psikopatolojisindeki yerini göstermektedir (12).

1970'li yıllarda bipolar bozukluğun kolinerjik ve katekolaminerjik nöronal aktivite arasındaki dengesizlikten kaynaklandığı düşünülmekteydi. Kolinesteraz inhibitörü olan fizostigminin manik hastalarda geçici olarak manik belirtileri azalttığı, ötimik hastalarda ise depresyonu tetiklediği bildirilmiştir (12).

Glutamaterjik ve GABAerjik aktivitedeki değişikliklerin duygudurum bozukluğunun patofizyolojisinde rol oynayabileceği çalışmalarla gösterilmiştir. Depresif hastaların BOS'larında GABA konsantrasyonunda azalmanın gözlemlendiği, özellikle melankolik depresyonda bu azalmanın belirgin olduğu ve antidepresan tedavi ile oksipital GABA seviyelerinin normale döndüğü bildirilmiştir. Artmış glutamat konsantrasyonunun ve antiglutamaterjik ilaçların antidepresan etki ile ilişkilendirilmesi depresyonun hiperglutamaterjik bir durum olabileceğini göstermektedir (14).

2.1.3.2 Epidemiyolojik Ve Moleküler Genetik Çalışmalar

Bipolar hastaların birinci derece akrabalarında hayat boyu bipolar I bozukluk görülme oranı %5-10 iken normal popülasyonda bu oran %0,5-1,5 olarak belirtilmiş, birinci derece akrabalarda unipolar depresyon gelişme riskinin de yüksek olduğu bildirilmiştir (15). Weissman ve arkadaşlarının bipolar ve unipolar hastaların ebeveynlerinde bipolar bozukluk görülme sıklığını araştırdıkları çalışmada, bipolar hastaların anne-babalarında bipolar bozukluk görülme sıklığı %6, unipolar hastaların anne-babalarında %3, kontrol grubunun anne-babalarında ise % 0,6 olarak saptanmıştır (16).

Genetik epidemiyolojik araştırmalardan elde edilen veriler, bipolar bozukluğu olan hastaların akrabalarındaki eş hastalanma oranının monozigotik ikizlerde %60, dizigotik ikizlerde %20, çocuklarında %15, birinci derece akrabalarda %5-10, ikinci derece akrabalarda %5, kuzenlerde ise %3,5 olduğunu göstermektedir (17). Her iki ebeveynde de bipolar bozukluk olması, çocuklarda hastalık görülme riskini %75'lere çıkartmaktadır.

Genom taraması ile ilgili yapılan meta-analiz çalışmalarında, bipolar bozukluk ile 13q ve 22q genom bölgeleri arasında güçlü ilişki olduğu, 5. 11. 17. 18. ve X

kromozomu ile bağlantı olabileceği belirtilmiştir (17,18). Ancak henüz bir genle kesin ilişkisi saptanmamıştır. Son zamanlarda BDNF, G72, G-protein reseptör kinaz 3, XBP1, P2X7 aday genler olarak gösterilmektedir (18,19). Bu sonuçlar bipolar bozukluğun etyolojisinde sadece genetik faktörlerin rolünün olmadığını fakat önemli katkısının olduğunu göstermektedir.

2.1.3.3 Beyin Görüntüleme Çalışmaları

Bipolar bozukluğu olan hastalar ile yapılan PET ve fMR çalışmalarında kognitif ve emosyonel işlevler sırasında amigdalada hiperaktivite saptanmıştır. Ayrıca bipolar hastalarda hipokampus ve prefrontal kortekste azalmış aktivite gözlenmiştir. Fonksiyonel çalışmalara benzer olarak yapısal çalışmalarda prefrontal korteks, bazal gangliyon, hipokampus ve anterior singulat kortekste hacim azalması görülürken, amigdalada volüm artışı bildirilmiştir (13).

2.1.3.4 Nöro-Endokrin Etkenler

Hipotalamo-Pituitar-Adrenal (HPA) eksen başta olmak üzere endokrin sistem ile bipolar bozukluğun patofizyolojisi arasında ilişki olabileceği düşünülmektedir (20).

Karma mani, depresyon ve daha az oranda klasik manik dönemler HPA eksen hiperaktivitesi ile ilişkilendirilmiştir (12). Benzer olarak karma manide ve unipolar depresyonda BOS ve üriner serbest kortizol düzeyi artmıştır. Bipolar bozukluk ve major depresyon gibi afekt ve mizaç dalgalanmaları tiroid hormon metabolizmasındaki dalgalanmalar ile de ilişkilidir (20). Hızlı döngülü bipolar bozuklukta grade II hipotiroidizmle (artmış serum bazal tiroid stimule edici hormon seviyesi ve normal serum tiroksin değeri) %25 daha fazla oranda karşılaşılmaktadır (20).

Melatonin salınımının depresif dönemde azaldığı, bu azalmanın ötimik dönemde normale döndüğü, manide ise melatonin salınımının ötimik ve depresif döneme kıyasla yaklaşık iki kat arttığı belirtilmiştir (21).

2.1.3.5 Kindling Fenomeni

Psikososyal stres etmenlerinin afektif bozukluğun ilk atağında diğer dönemlere göre daha fazla görülmesi ve sonraki atakların kendiliğinden oluşabilmesi tutuşma fenomeni ile açıklanabilir. Sonraki ataklar da kişinin beyinde birtakım biyokimyasal değişikliklere yol açar. Bu değişiklikler de hastalardaki duyarlılığı artırarak onları diğer

stresör etkenlere yatkın hale getirir. Bu duyarlılaşma süreci, bir dış stresör olmadan da hastalık dönemlerinin kendiliğinden oluşmasına kadar devam eder. İşte bu durum hastalığın ilerlemesine paralel olarak ataklardaki sıklığın da artmasını açıklayabilir (22).

2.1.3.6 Çevresel Etkenler

1980’li yılların sonunda araştırmacılar bipolar bozukluğun hastalık sürecindeki izlenen heterojenitenin biyolojik ve genetik modellerle tam olarak açıklanamadığını belirtmişlerdir. Genetik yatkınlığın olmasının psikiyatrik hastalığın ortaya çıkmasında yeterli olmadığı, bunun yanında bazı çevresel uyaranlarında etkili olduğunu bildirmişlerdir (13). Ellicott ve arkadaşları yüksek yaşam olayı ve stres skorları olan bipolar hastaların 2 yıl içinde relaps oranının 4,5 kat daha fazla olduğunu belirtmiştir (23). Hastaneden taburculuk sonrası aileleri ile yaşayan, yüksek oranda duygu dışavurumu, eleştiri, düşmanlık ve suçlamaya maruz kalan bipolar hastalarda relaps oranlarının yüksek olduğu, bu hastalarda depresif yakınmaların yoğun olduğu bildirilmiştir (24).

2.1.3.7 Psikodinamik Yaklaşımlar

Abraham manik dönemlerin altta yatan depresyona karşı bir savunma düzeneği olduğunu, depresyona yol açan aşırı baskıcı ve katı süperegoya karşı bir başkaldırı yaşandığını söylemiştir. Manik dönemde ise süperegounun yasaklarına ya da kurallarına karşı gelmekte ve sınırlayıcı özellikler kalmamaktadır.

Klein da maninin depresyona karşı bir savunma olduğu görüşünde birleşse de bunun üst benliğin baskıcı ya da katı oluşu ile ilgili değil, depresif duruş adını verdiği iyi sevgi nesnesinin kaybı sonucu oluştuğunu söyler. Kişi kötü nesnenin kontrolü ve iyi nesnenin yeniden inşası için manik bir savunma kullanır. Manik durumdaki omnipotans, yadsıma, idealizasyon, kurallara karşı gelme ve karşıdakini küçük görmeyle kişinin kaybedilen iyi nesneye ihtiyaç duymadan da yaşayabileceği kanıtlanmaya çalışılmaktadır (25).

2.1.4 Bipolar Bozuklukta Klinik Görünüm

Bipolar bozukluk, erkekte 18, kadında 20 yaşlarında başlamaktadır. İlk belirtilerin ortaya çıkması 15-19 yaşları arasına rastlamakta, bunu 20-24 yaşları arasında ikinci bir çıkış izlemektedir. Belirtilerin 60 yaşından sonra başlaması genellikle genel tıbbi bir duruma ikincil olarak gelişmektedir (26).

Ortalama olarak manik dönemler genellikle gençlikte, depresif dönemler ileri yaşlarda daha fazladır. Cinsiyet oranı benzer olmasına rağmen erkekler daha fazla manik dönem, kadınlar daha fazla karma ve depresif dönemler geçirmektedir. Hızlı döngü kadınlarda erkeklere oranla daha fazladır. Ayrıca bipolar kadın hastalar postpartum dönemde psikotik bir nüks geliştirme riski altındadır (26,27).

Manik dönem DSM-IV'e göre olağandışı ve sürekli, kabarmış, taşkın ya da iritabl duygudurumun olduğu bir dönem olarak tariflenmektedir. Hipomanik dönemin ve manik dönemin benzer semptomları olmasına rağmen sosyal ve mesleki işlevsellik hipomanik dönemde belirgin olarak etkilenmez. Karma dönem en az 1 hafta süreyle depresif ve manik dönem kriterlerinin karşılandığı dönemle belirlidir. Depresif dönem ise depresif duygudurumun ya da neredeyse bütün etkinliklere karşı bir ilgi kaybının ya da artık bunlardan zevk alamamanın olduğu en az 2 hafta süren bir dönemin olmasıdır.

DSM-IV atakların ya da bozukluğun alt özelliklerini saptamak için iki grup belirleyici kullanmaktadır:

Son atağın tipini belirlerken; şiddet derecesi için hafif, orta, ağır ama psikotik olmayan, ağır ve psikotik olan; psikotik bulguların tipine göre duygudurumla uyumlu ya da uyumsuz olan; düzelme derecesini belirlemek için kısmen düzelmiş ya da tam düzelmiş belirleyicileri kullanılır. Son atak major depresyonsa ve iki yılı aşkın süredir sürüyorsa kronik tanımı kullanılır. Depresyonun şekline göre katatonik, melankolik ya da atipik belirleyicileri kullanılabilir. Eğer son atak doğum yaptıktan sonraki dört hafta içinde oluşmuşsa postpartum başlangıçlı olarak tanımlanır.

Bipolar bozukluğun uzunlama seyrini belirlemek için; ataklar arası tam düzelme var ya da yok belirleyicisi, ataklar yılın belli dönemlerine rastlıyorsa mevsimsel özellik belirleyicisi, son bir yıl içinde tam düzelme döneminden sonra ya da bir diğer atak türüne geçiş şeklinde oluşan en az dört atak varsa hızlı döngülü belirleyicisi kullanılır (2).

Bipolar bozukluğun yinleme oranı oldukça yüksektir. Tek bir manik dönem geçiren hastaların %90'ında ataklarda yinleme gözlenebileceği belirtilmiştir (20).

Geçmiş atak sayısının fazla oluşu, hızlı döngülülük, işlevselliğin kötü oluşu, kişilik bozukluğunun varlığı, madde kötüye kullanımının, tedaviye uyumsuzluğun olması yinlemelerin sıklıkla eşlik edeceğini ve prognozunu kötü olacağını göstermektedir (28).

2.2 BİPOLAR EBEVYNLERİN AİLELERİNDE, EBEVEYN HASTALIĞININ ÇOCUK ÜZERİNE ETKİLERİ

Bipolar bozukluk sadece hasta olan kişiyi etkilemekle kalmaz, özellikle aile çevresini, aile bireylerini de etkiler. Hastalık, aile yapısını etkileyebilir, aile içi problemlere sebep olabilirken, ailenin tutumu da hastalığın prognozunu belirler. Agresif, hiperaktif veya yıkıcı olunabilen manik dönemlerde ya da ilgisiz, içe dönük veya suicidal olunabilen depresif dönemlerde aile bireyleri, öfkeli, kaygılı, üzüntülü olabilirler (29).

Bipolar bozukluk kişinin evliliğini, mesleki yaşantısını, işlevselliğini ve yaşamının istisnasız her yönünü etkilemekte, şiddetli ve oldukça kalıcı bozulmalara yol açmaktadır. İşlevsellikteki bozulma ötimik dönemlerde bile devam etmektedir (30). İyi durumda olan eşler de kronik olarak deprese duruma gelebilir ve çocuklar her iki ebeveynin de içinde bulunduğu duygudurum nedeniyle korunmadan yoksun kalabilir.

Bipolar hastaların olduğu ailelerde aile ilişkilerinde ciddi bozulmaların olduğu, özellikle manik dönemlerinin marital sorunlara yol açabileceği, evliliği sürdürmede zorluklar yaşanabileceği belirtilmiştir (29). Bu evliliklerin ayrılma veya boşanma ile sonlanma oranı genel popülasyona göre 2 kat daha fazladır (7,31-33).

Moreno ve arkadaşları tarafından yapılan bipolar annelerle başka bir psikiyatrik hastalığı olan veya hiçbir hastalığı olmayan annelerin aile planlaması ve ebeveyn niteliklerini karşılaştırdıkları çalışmada; bipolar annelerin daha az evlendiği, daha fazla boşandığı, %31'inin çocuklarının biyolojik babasıyla yaşadığı, %37,5'unun ise tekrarlayan suisid girişiminde bulunduğu gözlenmiştir (34).

Bipolar ebeveynlerin iş performansı, hastalığın kronik ve ciddi seyrettiği durumlarda etkilenebilir, zamanla iş ve maddi gelir kaybına, uzun süreli işsizliğe sebep olabilir. Sosyoekonomik güçlükler ise var olan marital sorunlara katkıda bulunabilir (29,35,36). Marital sorunlar, ebeveynlik işlevlerini, çocuğun sosyal ve duygusal gelişimini, duygularını kontrol etme ve sorunlarla baş etme yetisini etkileyebilir (37). Sonuç olarak çocukta psikopatoloji gelişimine sebep olabilir.

Chang ve arkadaşlarının en az bir bipolar ebeveynin olduğu 37 aileden 56 çocukla yaptıkları aile ortamının değerlendirildiği çalışmada, bipolar aileler daha az aile içi destek ve organizasyon olduğunu, daha fazla çatışma yaşadıklarını belirtmişlerdir (38).

Romero ve arkadaşlarının yaptığı benzer bir çalışmada ise 24 bipolar aile ile 27 sağlıklı aile karşılaştırılmış ve bipolar ailelerde aile içi destek, yardım gibi kohezyon skorlarının ve duygularını ifade edebilmenin daha az olduğu saptanmıştır. Aile içi ortamın duygudurum bozukluğu açısından ailesel risk taşıyan, bipolar ebeveynlerin çocuklarında psikopatolojinin önlenmesinde ya da ilerlemesinde önemli olabileceği belirtilmiştir (39).

Reichart ve arkadaşlarının yaptığı, 80 bipolar ebeveynin 129 çocuğunun katıldığı, ebeveyn yetiştirme stilleri ile çocuklardaki psikopatoloji arasındaki ilişkinin araştırıldığı çalışmada, çocukları bipolar anneleri daha az reddedici, daha sıcakkanlı ve daha az koruyucu, bipolar babaları ise daha az sıcakkanlı, daha az koruyucu ve daha fazla reddedici olarak tariflemişlerdir. Çalışmada reddedilmiş hissetme ile çocukların psikopatolojisi arasında ilişki olduğu, bipolar ebeveynlerin çocuklarının kendisini daha çok reddedilmiş hissettikleri bildirilmiştir (29).

Anne ya da babada bipolar duygudurum bozukluğu varlığında çocukların anne ve babalarından kabul/ilgi görme ve kendi kararlarını vermede bağımsız hissetme algılarının azaldığı, bipolar ebeveynlerin çocukları ile olumsuz ilişki kurduğu ve güvensiz bağlanma stilleri geliştirdiği, çevrelerindeki kişilerin farkına varma ve onları anlama becerilerinin azaldığı belirtilmiştir (8).

Davenport ve arkadaşları bipolar bozukluğu olan anne ve babaların küçük çocuklarıyla yaptıkları çalışmada, bu çocukların normal kontrollere göre anne kaybı karşısında daha az afektif farkındalık gösterdiklerini ve annelerinin geri dönüşlerine de hafif düzeyde itmeyle karşılık verdiklerini saptamışlardır. Bipolar ebeveynlerin olduğu ailelerde çocuğun daha küçük yaşta afektif tepkilerini bastırmayı öğrendiği, duygudurum bozukluğu nedeniyle ebeveynin tutarsız bir ebeveyn davranışı içinde olabileceği ve bu nedenle bebeğin hiçbir zaman ne olacağını bilemediği, kendini tehlikeli bir konumda hissedebileceği ileri sürülmüştür (40).

Bipolar hastaların %25-50' si hayat boyu bir kez suisid girişiminde bulunmakta ve %8-19'u suisid nedeniyle ölmektedir (41,42). Tsuchiya ve arkadaşları, anne veya babanın suisidle ölümünün bipolar bozukluk riskini arttırdığını, annenin suisidle ölümünün babanın ölümünden daha belirleyici olduğunu, özellikle anne ölümü ile 0-9 yaş arasında karşılaşmanın bipolar bozukluk gelişme riskini 7 kat arttırdığını, ebeveynlerin diğer yollardan ölümünün ise bipolar bozukluk gelişme riskine etkisi olmadığını bildirmişlerdir (43).

Alkol kullanımı, borderline ve antisosyal kişilik bozuklukları başta olmak üzere kişilik bozuklukları bipolar bozukluğu olanlarda sık gözlenmektedir. Ailede alkol kullanımı ve antisosyal kişilik bozukluğunun olması çocuklarında davranım bozukluğu görülme riskini arttırmaktadır. Bipolar bozukluğa komorbid olan diğer bozukluklar da çocuklarda mental bozukluk görülme riskini arttırabilir (7).

Yetişkinlerde olumsuz yaşam olayları ile depresif bozuklukların başlangıcı arasında kuvvetli ilişki olduğu gösterilmiştir. Silberg ve arkadaşlarının, yüksek riskli bir grup adolesanla yaptığı, olumsuz yaşam olaylarının duygudurum bozukluklarının başlangıcı üzerine etkisinin araştırıldığı çalışmada, genetik faktörlerin, çevresel stresörlere bireyin yanıtını etkilediği, ebeveynde duygudurum bozukluğu olan ailelerde adolesandan bağımsız yaşam olaylarının depresyon üzerine önemli etkisinin olduğu belirtilmiştir (44). Bipolar ebeveyni olan çocuklarda duygudurum bozukluğu riski ile yaşam olayları arasında güçlü bir ilişki olduğu, bu ilişkinin aile yükünden bağımsız olduğu belirtilmiştir (45).

Bipolar bozukluk tanısı olan ebeveynlerin çocukları kronik ve ağır bir hastalığı olan, manik ve depresif ataklar geçiren, tekrarlayan intihar girişimleri, madde kullanımı olabilen ve hastanede yatması gerekebilen ebeveyn tarafından büyütülmenin zararlı psikososyal etkilerine maruz kalmaktadır (7). Zaman zaman psikotik, işlevsiz, ihmalkâr veya ilgisiz olabilen bir bipolar ebeveynin varlığının çocuğun gelişimini etkileyebileceği göz önünde bulundurulmalıdır (31).

2.3 BİPOLAR EBEVEYNLERİN ÇOCUKLARINDA PSİKOPATOLOJİ

Bipolar ebeveyni olan çocuklar bipolar bozukluk ve diğer psikopatolojiler için genetik risk taşımakla beraber psikososyal stresörler ve aile çevresi de bu riske katkı sağlamaktadır. Bu çocuklar başta bipolar bozukluk olmak üzere, major depresyon, anksiyete bozukluğu, DEHB ve diğer mental bozukluklar gelişimi açısından risk altındadır. Bu risk sadece erişkinlik dönemini değil, çocukluk ve ergenlik dönemini de kapsamaktadır (7,46).

Çocuklardaki bipolar bozukluk ilk başta depresyon ile kendini gösterebilir veya DEHB, yıkıcı davranış bozukluğu gibi sık görülen çocukluk çağı psikiyatrik hastalıklarının belirtileri ile karışabilir (47).

Lapalme ve arkadaşları tarafından yapılan bipolar ailelerin erişkin çocuklarının da dahil edildiği meta-analiz çalışmasında mental bozukluğu olmayan ebeveynlerin çocuklarında duygudurum bozukluğu görülme oranı %8,3 iken, bipolar ebeveyni olan

çocuklarda bu oran %26,5 olarak saptanmıştır. Bipolar ebeveynlerin çocuklarında %52 oranında herhangi bir psikiyatrik hastalık görülürken sağlıklı ebeveynlerin çocuklarında bu oran %29'dur. Bu çocuklarda duygudurum bozukluğu görülme riskinin 4, herhangi bir psikiyatrik hastalık görülme riskinin ise 2,7 kat daha yüksek olduğu belirtilmiştir (7).

Delbello ve Geller, duygudurum bozukluklarının bipolar ebeveynlerin çocuklarında %5- 67 oranları arasında görüldüğünü, sağlıklı ebeveynlerin çocuklarında ise bu oranın %0-38 arasında değiştiğini, diğer psikopatolojilerin ise %5-52 arasında görüldüğünü, sağlıklı ebeveynlerin çocuklarında ise %0-25 arasında değiştiğini bildirmişlerdir (48).

Reichart ve arkadaşları tarafından yapılan bipolar ebeveynlerin 13-23 yaş arası 132 çocuğunda psikopatolojinin araştırıldığı çalışmada, çocukların %49'unun yaşam boyu en az bir psikiyatrik hastalık tanısı aldığı, bu tanıların %43'ünün duygudurum bozukluğu olduğu ve bunların %4'ünün bipolar bozukluk tanısı aldığı saptanmıştır (49).

Waters ve Marchenko-Bouer 16 bipolar ebeveynin 48 erişkin çocuğunu psikiyatrik hastalık açısından değerlendirmişler ve çocukların yarısında psikiyatrik bozukluk tanı kriterlerinin karşılandığını, tanıların yarısını ise afektif bozuklukların oluşturduğunu bildirmişlerdir. Yazarlar, hastalığın geç adolesan dönemde başladığını, kız çocukların erkek çocuklara oranla 3 kat daha fazla hastalandığını belirtmişlerdir (50).

Zappitelli ve arkadaşlarının bipolar ebeveyni olan 6- 17 yaş arası 35 çocukla yaptıkları çalışmada psikopatoloji sıklığı %71,4 olarak saptanmıştır. Bu çocukların duygudurum bozukluğu açısından risk altında olduğu, duygudurum bozukluğunun DEHB, anksiyete bozukluğu ile sıklıkla komorbid olabileceği belirtilmiştir (51).

Türkiye'de yapılan, bipolar I bozukluk tanısıyla izlenen anne veya babaların çocuklarında psikopatoloji yaygınlığının araştırıldığı çalışmada, bipolar ebeveynlerin çocuklarında kontrol grubuna göre hem psikopatoloji yaygınlığı hem de bu psikopatolojilerin yaşam boyu bir arada bulunma oranları anlamlı derecede yüksek saptanmış, duygudurum bozuklukları araştırma grubunun %16,6'sında major depresyon, %5,5'unda distimi ve %2,8'inde bipolar II bozukluk olarak dağılmış, kontrol grubunda ise duygudurum bozukluğu saptanmamıştır. Bipolar ebeveynlerin çocuklarının daha yüksek oranda major depresyon tanısı aldığı, tanı almasalar bile depresyon belirtilerini eşik altı düzeyde gösterdikleri belirtilmiştir (8).

Benzer olarak Singh ve arkadaşları en az bir ebeveyni bipolar bozukluk tanısıyla takipli 8-17 yaş arası 37 çocuğu, 29 sağlıklı ailenin çocuğuyla karşılaştırmışlar ve bipolar ebeveynlerin çocuklarının %78'inin DSM-IV' e göre en az bir tanı aldığını, %16'sının bipolar I bozukluk, %11'inin bipolar II bozukluk, %14'ünün major depresyon veya distimi, %32'sinin anksiyete bozukluğu, %31'inin DEHB tanı kriterlerini karşıladığını, %49'unun ise birden fazla tanı aldığını bildirmişlerdir (46).

Henin ve arkadaşları ebeveyni bipolar bozukluk tanısıyla takipli 117 çocukla, major depresyon veya bipolar bozukluğu olmayan ebeveynlerin 171 çocuğunu psikiyatrik tanı açısından karşılaştırmışlar, bipolar ebeveyni olan çocuklarda görülen psikopatoloji ile yaş arasında ilişki olduğunu, çocukluk döneminde ayrılma anksiyetesi, sosyal fobi, DEHB, yıkıcı davranış bozukluğu ve depresyonun, ergenlik döneminde ise bipolar bozukluk, obsessif kompulsif bozukluk, madde kullanımının sık gözlemlendiğini belirtmişlerdir. Bipolar bozukluğun sıklıkla 12 yaş üzeri, adolesan dönemde başladığı, mikst, hızlı döngülü, irritabl duygudurumun hakim olduğu, depresyonun ise daha erken dönemde başladığı gözlenmiştir. Ayrıca yıkıcı davranış bozukluğu, anksiyete bozukluğu ve erken başlangıçlı depresyonun bipolar bozukluğun prediktörleri olabileceği belirtilmiştir (52).

Birmaher ve arkadaşları bipolar ebeveynlerin çocuklarında bipolar spektrum bozukluklarının önemli derecede yaygın olduğunu, bipolar çocukların %75,6'sında bipolar bozukluk başlangıcının 12 yaş öncesinde olduğunu, %85,4'ünde ise bipolar bozukluğa komorbid bir psikiyatrik hastalığın eşlik ettiğini bildirmişlerdir. Ayrıca her iki ebeveynde bipolar spektrum bozukluğunun bulunmasının tek ebeveynde bulunmasına göre bipolar bozukluk gelişme riskini 3,7 kat arttırdığını ileri sürmüşlerdir (47).

2.4 TRAVMA

Travma, kişinin veya yakınlarının fiziksel bütünlüğünü tehdit eden, insanın deneyim sınırları dışındaki olaylara karşı yaşadığı yoğun korku, dehşet ve çaresizlik olarak tanımlanır. Doğal afetler ve trafik kazaları gibi kasıtlı olmayan travmatik olayların yanı sıra, cinsel taciz, tecavüz, terörist saldırılar, işkence gibi insan eliyle gerçekleştirilen travmatik olayları da kapsamaktadır (53). Travma sırasında kişi karşı konulamaz bir güç tarafından çaresiz bırakılır, olağan baş etme mekanizmaları felce

uğrar. Travmayı olağan olumsuz yaşantılardan ayıran, kişinin yaşamına ya da beden bütünlüğüne yönelik tehdit, şiddet ya da ölümle karşı karşıya gelmesidir (54).

Kişinin böyle bir tehlike yaşamadığı, fakat bu tür travmatik olaylara tanık olduğu durumlar da travma etkisi yapabilmektedir. Bir bireyin akut, ağır, örseleyici bir olaydan etkilenmesi olayın şiddeti, sıklığı ile yakından ilişkiliyken, kişinin dayanma gücü, gelişimsel özellikleri, öğrenmelerle geliştirdiği benlik gücü, böyle bir olaya hazırlıklı olup olmadığına da bağlıdır (54,55).

Dayanılması en güç durum ise, travma ile baş edebilecek gücün olmadığı çocukluk çağında karşılaşmaktır. Çocukluk çağında ortaya çıkan kötüye kullanım, bu dönemde edinilmesi gereken gelişimsel becerileri ve kendiliğin bütünleşmesini engeller. Çocukluk çağında maruz kalınan cinsel istismarın kendilik algısı ve sosyal işlevler üzerinde olumsuz etkisinin olduğu belirtilmiştir (54).

Terr çocuklukta görülebilecek travmaları, genç bireyin savunma ve baş etme mekanizmalarını felce uğratan, aniden gelişen dışsal bir veya daha fazla tekrarlayan yaşantıların mental sonucu olarak tariflemiş ve klinik olarak iki bölüme ayırmıştır.

Tip I travma: Doğal bir afet, kaza veya cinayet gibi beklenmedik ani tek bir olaydır. Akut travma olarak da adlandırılabilir.

Tip II travma: Çocukluk çağındaki fiziksel ve cinsel istismar ve buna eşlik eden korku dolu beklenti gibi uzun süreli veya tekrarlayıcı olay şeklinde tanımlanmıştır. Kronik bir travma sürecidir (56).

Dünya Sağlık Örgütü çocuk istismarını "Bir yetişkin tarafından bilerek ya da bilmeyerek yapılan ve çocuğun sağlığını, fizik gelişimini, psikososyal gelişimini olumsuz yönde etkileyen davranışlar" olarak tanımlamaktadır. Bu tanımda amaç değil, sonuçlar önem taşımaktadır. Başka bir deyişle, yetişkinin niyeti önemli değildir, eylemin çocuk üzerindeki etkisi önem taşımaktadır.

Çocuk ihmali ise, başta anne ve baba olmak üzere, bakmakla yükümlü kimseler ve diğer yetişkinlerin, çocuğun beslenme, giyinme, barınma, eğitim, sağlık ve sevgi gibi temel gereksinimlerini ihmal etmeleri sonucu, çocuğun bedensel, duygusal, ahlaksal ya da sosyal gelişiminin engellenmesi olarak tanımlanmaktadır (57).

Çocuk istismarı; fiziksel, cinsel ya da duygusal istismar olarak, çocuk ihmali ise fiziksel ya da duygusal ihmal olarak ayrılmaktadır (58).

Düşük sosyoekonomik seviye, alkol ve madde kullanımı, ebeveynin psikiyatrik hastalığının olması, genç yaşta anne olmak, ebeveynin travma mağduru olması çocuk istismarı riskini arttırmaktadır (59).

Çengel-Kültür ve arkadaşları çocukluk çağı kötüye kullanımı olan 54 çocuğun sosyodemografik verilerini incelemişler, çocukların annelerinde psikiyatrik bozukluk öyküsünün sıklığının %15,1 olduğunu, babalarda ise %28,3 olduğunu saptamışlardır. Babada depresyon, psikotik bozukluk, dürtü kontrol bozukluğu, alkol ve madde kötüye kullanımı, antisosyal, paranoid ve bağımlı kişilik özellikleri, suisid öyküsü görülürken, annede ise en sık depresyon ve alkol kötüye kullanımının olduğu gözlenmiştir (60).

2.4.1 Fiziksel İstismar

Fiziksel istismar, 18 yaşından küçük çocuk ya da gencin anne babası ya da bakımından sorumlu başka kişi tarafından sağlığına zarar verecek biçimde fiziksel hasara uğraması, yaralanması ya da yaralanma riski taşımasıdır. Bu hasar; elle ya da bir nesneyle vurularak, itilerek, sarsılarak, yakılarak ya da ısırılarak oluşabilmektedir (61).

Cezalandırma yöntemlerinin kültürler arasında farklılık göstermesi nedeniyle, fiziksel istismarın yaygınlığının tam olarak belirlenmesi oldukça güç olmakla birlikte Amerika Birleşik Devletleri'nde 1995 yılında ebeveynlere çocuklarını nasıl cezalandırdıklarının sorulmasıyla saptanan verilere göre fiziksel istismar sıklığı % 0.49 olarak bildirilmektedir (59).

Fiziksel istismarda kız/erkek oranında belirgin bir fark bulunmamasına rağmen, erkek çocuklar sert fiziksel cezalara maruz kalmaktadır. Fiziksel istismar ile en çok 4-8 yaş arasında karşılaşılmaktadır, puberta sonrası ise azalmaktadır. Prematüre bebeklerde, fiziksel veya zihinsel özürlü çocuklarda, ikizlerde fiziksel istismar ve ihmal riski artmaktadır. Sosyal ve ailesel değişkenlerin rolü de oldukça önemlidir. Fiziksel istismarda bulunan ebeveynlerin genç, bekâr, işsiz ve eğitim seviyesi düşük ebeveynler olduğu, bekâr annelerin çocuklarına 3 kat daha fazla fiziksel şiddet uyguladığı bildirilmiştir. Anneler daha fazla fiziksel istismarda bulunurken, babalar kafa travması, fraktür gibi yaşamı tehdit eden yaralanmalara daha çok sebep olmaktadır (58,59).

Fiziksel istismar birçok kişilerarası, bilişsel, duygusal ve davranışsal sorun, madde kötüye kullanımı ve psikiyatrik hastalıklarla ilişkilidir. Fiziksel istismara uğramış çocuklar yakın ilişki kurmakta güçlük çekip, daha çatışmalı, duygusal yoğunluğu az, yoğun öfke ve istismar davranışı içeren ilişkiler kurabilmektedir. Bilişsel

yetilerde bozulma ve akademik başarısızlık sıklıkla gözlenmektedir. Yüksek oranda suicidal düşünce ve girişim, risk alma davranışı fiziksel istismarla sıklıkla birliktelik gösterir (61).

2.4.2 Cinsel İstismar

Cinsel istismar kavramı, ‘henüz cinsel gelişimini tamamlamamış bir çocuğun ya da ergenin, bir erişkin tarafından cinsel arzu ve gereksinimlerini karşılamak için güç kullanarak, tehdit ya da kandırma yolu ile kullanılması’ olarak tanımlanmaktadır. İstismar çocuk ya da ergen ile kan bağı olan ya da ona bakmakla yükümlü birisi tarafından yapılmışsa bu durum ensest olarak adlandırılır. Cinsel istismardan söz ederken bir çocuk ile bir erişkin arasındaki cinsel aktivite üzerinde durulmakla birlikte, iki çocuk arasındaki cinsel aktiviteler; yaş farkının 4 yaş ve üstü olduğu, küçük çocuğun zorlama ya da ikna ile cinsel haz amacı güden aktivitelere maruz bırakıldığı durumlar da cinsel istismar olarak ele alınır (62).

Çocukların maruz kaldığı cinsel istismar çeşitleri; temas içermeyen istismar (cinsel içerikli konuşma, teşhircilik ve röntgencilik), cinsel dokunma, interfemoral ilişki (penetrasyonun olmadığı, sürtünmenin olduğu istismar şekli), cinsel penetrasyon (genital ilişki, anal ilişki, objelerle penetrasyon ve parmakla penetrasyon), cinsel sömürü (çocuk pornografisi ve çocuk fuhuşu) olarak ayrılmıştır (63).

Yaşam boyu çocukluk dönemi cinsel istismarına maruz kalma sıklığı erkeklerde %1-19, kadınlarda ise %0,9-45 arasında değişmektedir. Cinsel istismar her yaşta görülebilmekle birlikte özellikle puberte sonrası ergenlik döneminde ön plana çıkmaktadır. Kız çocuklarının erkek çocuklara oranla 1,5-3 kat daha fazla cinsel istismara uğradığı, erkek çocukların ise daha küçük yaşlarda istismar ile karşılaştığı ileri sürülmüştür (59,64). Cinsel istismarın belirli bir sosyoekonomik grupla ilişkisi saptanmamış ve her sosyoekonomik düzeyde görülebileceği bildirilmiştir (58,65).

Körlük, sağırılık, mental retardasyon gibi fiziksel yetersizlikler, ebeveynlerin birinden veya her ikisinden yoksun olma, üvey babanın olması, annenin hastalığı, alkol madde kullanımı, marital sorunlar cinsel istismar riskini arttırmaktadır (66).

Cinsel istismarda bulunan kişilerin çoğunlukla erkek olduğu gözlenmektedir. Kız çocuklara cinsel istismarda bulunanların % 90’ının, erkek çocuklara cinsel istismarda bulunanların %63-86’sının erkek olduğu bildirilmiştir (59). Çocuğa yönelik

cinsel istismar eylemlerinin birçoğunun aile içinde ya da çocuğa yakın kişilerce yapıldığı; aile dışı cinsel istismarın her şekilde olabildiği ve daha uzun sürdüğü, aile içi istismarlarda ise penetrasyonun daha sık görüldüğü belirtilmiştir (64).

2.4.3 Duygusal İstismar

Duygusal istismar, çocukların gereksinim duydukları ilgi, sevgi ve bakımdan mahrum bırakılarak psikolojik hasara uğratılma durumudur. UNICEF duygusal istismarı ve ihmali çocuğun nitelik, kapasite ve arzularının sürekli kötülenmesi, sosyal ilişki ve kaynaklarla ilişkisinden sürekli yoksun bırakılması, çocuğun sürekli olarak insanüstü güçlerle, sosyal açıdan ağır zararlar verme ya da terk etme ile tehdit edilmesi, çocuktan yaşına ve gücüne uygun olmayan taleplerde bulunulması ve çocuğun, topluma aykırı düşen çocuk bakım yöntemleri ile yetiştirilmesi olarak tanımlamıştır (57).

Duygusal istismar, çoğunlukla fiziksel istismar olgularına eşlik etmekle birlikte, diğer istismar türlerinden bağımsız olarak da görülebilir. Kız/erkek oranı fiziksel istismara benzer olarak eşittir, 6 ile 8 yaş arasında pik yaparak ergenlik dönemine kadar aynı seviyede devam eder. Çocuk ve ergenlerin en çok maruz kaldığı istismar türü olmasına rağmen, cinsel ve fiziksel istismardan daha zararsız gibi değerlendirildiğinden çalışmalar sınırlı kalmıştır. Son yapılan çalışmalar ise duygusal istismarın suisid, psikiyatrik tanı, hastaneye yatış gibi birçok probleme sebep olabileceğini göstermiştir. Fiziksel istismar suisidal girişim ihtimalini 5 kat artırırken, duygusal istismarın ise 12 kat artırdığı bildirilmiştir (61). Duygusal istismar, erişkinlik döneminde artmış depresyon seviyeleri, kişilik bozuklukları, düşük beden algısı ile ilişkili bulunmuştur (67).

2.4.4 İhmal

İhmal, çocuğun fiziksel, duygusal ve psikolojik temel ihtiyaçlarının karşılanmasında, sağlığını ve gelişimini olumsuz etkileyecek şekilde, eksiklikler gözlenmesidir. Bu durum ebeveyn veya bakıcı tarafından giyecek, barınak, beslenme ihtiyaçlarının karşılanmaması, fiziksel zarardan veya tehlikeden korunmaması, tıbbi yardım ve tedavi alamaması durumlarını kapsamaktadır (68).

İhmal, her türlü çocukluk çağı kötüye kullanımının ana öğelerinden biridir. En sık görülen kötüye kullanım türüdür. 3 yaşın altındaki çocuklar ihmale daha fazla maruz kalırken, ihmal riski yaşın artmasıyla azalmaktadır. Ayrıca yaşı daha büyük olan

çocuklara göre, yaşı küçük olan çocukların ihmalinde ölüm daha fazla gözlenmektedir. Öfkeli mizacı olan, güçlkle sakinleştirilen, davranış problemi olan, düşük IQ'lu çocuklar daha fazla ihmale uğramaktadır. Düşük sosyoekonomik seviye, düşük anne yaşı, kalabalık aile, bakım veren ebeveynin tek olması ihmal riskini arttırmaktadır (69).

Ebeveynin başta depresyon, madde kullanımı olmak üzere psikiyatrik bozukluk tanısının olması, daha önce istismara maruz kalmış olması ihmal riskinde artışa sebep olmaktadır (70).

İhmale uğramış çocukların ergenlik döneminde kendine fiziksel olarak zarar verme, tekrarlayan suisid girişimleri, dissosiyatif belirtiler sıklıkla eşlik etmektedir (71).

2.4.5 Çocukluk Çağı Travması Ve Psikiyatrik Hastalıklarla İlişkisi

Travma ile ilgili yapılan araştırmalar incelendiğinde; çocukluk çağı travmaları ile erişkinlik döneminde görülen psikopatolojiler arasındaki kuvvetli ilişki dikkati çekmektedir.

Depresyon ve anksiyete semptomları, sık suisid girişimi, panik bozukluk ve travma sonrası stres bozukluğu gibi anksiyete bozuklukları çocukluk çağı travma öyküsü olanlarda daha fazla görülmektedir. Erken ebeveyn kaybının, genetik ve ailesel faktörlerin dışında, bipolar ve unipolar depresyon, anksiyete bozukluğu gelişme riskini arttırdığı, prenatal stresin erişkin dönemde major depresyon ile ilişkili olabileceği bildirilmiştir. Erken dönem stres şizofreni ve madde kötüye kullanımı ile de ilişkilidir. Strese duyarlılık ve hastalık gelişimi genetik faktörlerden etkilenmektedir. Genetik, erken yaşam olayları ve süre gelen stres bireyin strese cevabını ve psikiyatrik bozukluğun belirtilerinin ortaya çıkmasını etkilemektedir. Erken dönemde olumsuz deneyimlerin yaşanması hastalık ve strese karşı duyarlılığa sebep olan önceden var olan genetiğin şekillenmesine sebep olabilir (72).

Zlotnik ve arkadaşları çocuklukta ve erişkinlikte travmatik yaşantısı olan bireyleri, travmatik yaşantısı olmayan bireylerle psikiyatrik bozukluklar açısından karşılaştırmışlardır. Travmatik yaşantıyla karşılaşmanın psikiyatrik morbiditeyi ciddi oranda arttırdığını, bu kişilerde distimik bozukluk, panik bozukluk, agorafobi, alkol ve madde kullanımının artmış olduğunu, çocukluk döneminde travmaya maruz kalanlarda ise panik bozukluk, agorafobi ve travma sonrası stres bozukluğunun erişkinlik döneminde travmaya maruz kalanlara göre daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir (73).

Fiziksel istismara uğramış bireylerde depresif bozukluklar, anksiyete bozuklukları, davranım bozuklukları, DEHB, alkol ve madde kullanımı daha sık saptanmaktadır. Bu kişilerde yaşam boyu depresyon görülme sıklığı %40 olarak belirtilmektedir (61). Fiziksel istismara uğramış kadınlar erkeklere göre psikiyatrik hastalık gelişmesi açısından daha fazla risk altındadır (74).

Cinsel istismar erişkinlik döneminde major depresyon, distimi, borderline kişilik bozukluğu, dissosiyatif kimlik bozukluğu, somatizasyon bozukluğu, alkol ve madde bağımlılığı, travma sonrası stres bozukluğu gibi tanılarla ilişkilidir. Çocukluk çağında cinsel istismar edilen kadınlarda major depresyon riski %40 oranında artmakta ve hastalığın klinik görünümü değişmektedir. İştah artışı, kilo alımı, uykuda artış gibi belirtiler eşlik edebilmektedir. Ataklar daha erken başlamakta ve atak süreleri daha uzun olmaktadır (66).

Örsel ve arkadaşları psikiyatrik bozukluk tanısı konan 183 hastanın çocukluk çağı istismarına uğrama sıklığını araştırmış ve tanı gruplarına göre karşılaştırmışlardır. Hastaların %65,7'si çocukluk çağında duygusal, fiziksel ve cinsel istismar yaşantılarından en az birine; %6,1'i üç tür istismara da maruz kaldığını bildirmiştir. Duygusal ihmal %81,6, fiziksel ihmal ise %72,1 sıklığında saptanmıştır. Duygusal istismar yaşadığını belirten grupta duygudurum ve anksiyete bozuklukları daha sık gözlenmiştir (75).

Çocukluk çağı travması bipolar hastalar tarafından unipolar hastalardan daha sık olarak bildirilmektedir. Garino ve arkadaşları 100 bipolar erişkin hastada çocukluk çağı istismar öyküsünü araştırmışlar ve travma sıklığını %51 olarak bildirmişlerdir. Hastaların %37'si duygusal istismar, %24'ü fiziksel istismar, %24'ü duygusal ihmal, %21'i cinsel istismar ve %12'si fiziksel ihmal bildirmiştir (76). Çocukluk çağı travması bipolar bozukluğa yatkınlık sağlamakla kalmayıp, aynı zamanda hastalığın klinik görünümünü ve sürecini de etkilemektedir. Erken başlangıç, hızlı döngü, psikotik özellikler, sık suisid girişimleri, ek psikiyatrik ve tıbbi hastalıklar, alkol ve madde kullanımı çocukluk çağı travması olan bipolar hastalarda daha sık görülmektedir (76-79).

3.YÖNTEM VE GEREÇLER

Çalışmamıza, Aralık 2010- Mayıs 2011 tarihleri arasında Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde ayaktan veya yatarak DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre bipolar I duygudurum bozukluğu tanısıyla izlenmekte olan 53 hastanın 20-65 yaş arasında olan 80 çocuğu alınmıştır. Tüm hasta ebeveynler, çocuklarının 18 yaş altı olduğu dönemde bipolar I bozukluk tanısıyla izlenmeye başlamışlardır. Bu gruptaki ailelerin bilgilendirme metni okutulmuş, bilgilendirilmiş onayı alınmış ve çalışmaya katılmayı kabul eden çocukları çalışmaya alınmıştır.

Kontrol grubu olarak yaş, cinsiyet ve eğitim durumu açısından araştırma grubunun özellikleri ile eşleştirilmiş, anne ve babalarında bilinen psikiyatrik hastalık öyküsü olmayan 80 gönüllü erişkin seçildi.

Çalışmaya katılan bipolar I duygudurum bozukluğu tanısıyla takipli ebeveyni olan çocuklara ve kontrol grubuna, kendileri ve aileleri için ayrı olarak hazırlanmış sosyodemografik veri formu, DSM-IV Eksen I bozuklukları için yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu, Çocukluk Çağı Travma Ölçeği ve Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği birebir görüşme yapılarak uygulandı. Hasta ebeveynlerin geçmiş yatış dosyaları incelenerek kaç kez yatışının olduğu, önceki yatışlarında psikotik dönem geçirip geçirmediği, hastalığın ilk başlangıç yaşı ve ilk hastaneye yatışı gibi veriler kaydedildi.

Çalışma için Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Danışma Kurulu'ndan 04.10.2011 tarihinde 130 sayılı etik kurul izni alınmıştır.

Çalışmaya Alınma Kriterleri:

- 1- 20-65 yaş arasında olan
- 2- Bilgilendirilmiş olur veren

3- DSM-IV-TR' e göre ebeveynlerinin en az birinde Bipolar I Duygudurum Bozukluğu tanısı olan

Dışlama Kriterleri:

1. 20 yaş altı ve 65 yaş üzerinde olmak
2. Kafa travması, beyin ameliyatı, dejeneratif beyin hastalığı, epilepsi öyküsü olması
3. Klinik olarak saptanmış mental retardasyon
4. Bipolar ebeveynin tanısının çocukları 18 yaşından büyükken konulmuş olması
5. Ebeveynlerin alkol ve madde kötüye kullanımı öyküsü olması
6. Testlerin uygulanması sırasında alkol ya da psikoaktif madde etkisinde olmak

Araştırmada Kullanılan Gereçler:

a) Kişisel Bilgi Formu

Çalışmaya katılan çocukların sosyodemografik özellikleri, aile tipi, kaçınıcı çocuk olduğu, anne/baba ölümü veya boşanma durumu, madde kullanımı, intihar öyküsü, psikiyatrik özgeçmişiyle ilgili bilgilerin elde edilmesine yönelik maddeler içeren araştırmacılar tarafından hazırlanmış bir formdur. Ayrıca hasta anne/babanın tanı alma tarihi ile çocukların doğum tarihi ilişkisi verilerini elde edecek şekilde düzenlenmiştir.

b) Aile Bilgi Formu

Her bir aile için anne ve babaların yaş, eğitim ve meslek bilgilerini içermektedir. Hasta olan anne/babanın ilk rahatsızlanma yaşı, ilk yatış yaşı, atak sayısı ve her iki ebeveynin duygudurum bozukluğu ve diğer psikiyatrik bozukluklar yönünden aile öyküsünü belirlemeye yönelik bölümler yer almaktadır.

c) DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu (SCID-I)

1983 yılında Spitzer ve arkadaşları tarafından yapılandırılmış bir tanı koyma aracı olarak geliştirilen SCID-I, karşılıklı görüşme ile DSM tanı ölçütlerine göre herhangi bir birinci eksen tanısının geçmişte ve/veya son 1 ay içerisinde olup olmadığının araştırılmasını sağlar. Çalışmada formun First ve arkadaşları tarafından DSM-IV'e uyarlanmış, 1997 yılında yayınlanan versiyonunun, Çorapcıoğlu ve arkadaşları tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan, 1999 yılında yayınlanan Türkçe formu kullanılmıştır (80).

d) Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ-28)

Çocukluk ve ergenlikteki istismar ve ihmal yaşantılarını geriye dönük olarak değerlendirmeyi amaçlar. İngilizce özgün biçimi 1995 yılında Bernstein tarafından geliştirilmiş olup asıl adı Childhood Trauma Questionnaire'dır ve 1996 yılında Prof. Dr. Vedat Şar tarafından Türkçeye uyarlanmıştır (81). Ölçeğin 28 ve 53 soruluk iki versiyonu bulunmaktadır. Çalışmamızda ölçeğin 28 soruluk versiyonu kullanılmıştır. CTQ-28, 28 maddeden oluşan 5'li likert tipi bir ölçektir. 5 alt boyut; fiziksel ihmal, duygusal ihmal, fiziksel istismar, duygusal istismar ve cinsel istismar şeklindedir.

e) Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES)

İngilizce adıyla “Dissociative Experiences Scale” olarak bilinen çoğul kişilik bozukluğu ve diğer kronik karmaşık dissosiyatif bozuklukları saptamada yararlı olan bir ölçme aracıdır. Türkçe versiyonu, Şar, Yargıç, Tutkun tarafından oluşturulmuş olup geçerlilik ve güvenilirlik çalışması da Şar ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (82). Ancak DES tanı koydurucu bir araç olmayıp daha çok tarama ya da dissosiyatif yaşantıları derecelendirme amacıyla kullanılmaktadır. Deneğin 28 sorudan oluşan bu ölçeği doldururken her bir sorunun altında bulunan 0'dan 100'e kadar onar onar artan yüzdelerden birisini işaretleyerek soruda tanımlanan durumu ne sıklıkta yaşadığını belirtmesi istenir. Genel DES puanı, 28 sorunun ortalaması ile elde edilir ve 0 ile 100 arasında değişir.

Verilerin İstatistiksel Analizi

Çalışmanın analizinde SPSS 13.0 paket programı kullanılmıştır. Çalışmada sürekli değer alan değişkenler ortalama ve standart sapma ile kategorik değer alan değişkenler frekans ve yüzde ile gösterilmiştir. Çalışmada değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilk testiyle test edilmiştir. Normal dağılım gösteren sürekli değişkenlerin 2 grup karşılaştırmalarında Bağımsız Örneklem T Testi (Student t testi), 3 grup karşılaştırmasında Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA), normal dağılım göstermeyen sürekli değişkenlerin 2 grup karşılaştırmalarında Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Kategorik değer alan değişkenlerin grup karşılaştırmalarında Pearson Ki-Kare ve Fisher Kesin Ki-Kare Testi kullanılmıştır. Değişkenler arası ilişkiler korelasyon analizi ile incelenmiş Spearman ve Pearson korelasyon katsayıları ile yorumlanmıştır. Psikiyatrik tanıya, ek tanıya, duygudurum bozukluğuna, depresif bozukluğa, bipolar bozukluğa, anksiyete bozukluğuna, alkol/madde kullanım bozukluğuna etki eden faktörler lojistik regresyon analizi ile incelenip, yorumlanmıştır. Çalışmada p değeri 0,05'in altındaki karşılaştırmalar anlamlı kabul edilmiştir.

4.BULGULAR

4.1 Demografik Özelliklerin Dağılımı

Çalışma, 80 araştırma grubu ve 80 kontrol grubu olmak üzere toplam 160 olgu üzerinden yapılmıştır. Her iki grup demografik özellikler açısından karşılaştırılmıştır. Karşılaştırma analizlerinde Pearson Ki-Kare testi kullanılmıştır, göze sayısının yeterli olmadığı değişkenlerde Fisher Kesin Ki-Kare Testi kullanılmıştır.

Tanımlayıcı özelliklerin gruplara göre dağılımı Tablo 1, 2 ve 3'te görülmektedir.

Tablo 1: Yaş Ortalamasının Gruplara Göre Dağılımı

	Toplam	Araştırma Grubu	Kontrol Grubu	P
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	
Yaş	26,79±6,78	26,69±6,90	26,88±6,70	0,853

Bağımsız Örneklem T Testi

Yaş değişkeni sürekli değişken olduğu için Bağımsız T testi ile gruplar arası farklılığı incelenmiştir. İki grup arasında istatistiksel fark olmadığı sonucu bulunmuştur ($p>0,05$).

Cinsiyetin gruplara göre dağılımları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 2: Cinsiyet, Medeni Durum Ve Eğitim Durumunun Gruplara Göre Dağılımı

		Araştırma Grubu	Kontrol Grubu	P
		n (%)	n (%)	
Cinsiyet	Kadın	43 (%53,8)	43 (%53,8)	1,000
	Erkek	37 (%46,2)	37 (%46,2)	
Medeni Durum	Bekar	45 (%56,2)	44 (%55,0)	0,911
	Evli/ Birlikte yaşıyor	30 (%37,6)	32 (%40,0)	
	Dul/Ayrı/Boşanmış	5(%6,2)	4 (%5)	
Eğitim Durumu	İlkokul	15 (%18,8)	15 (%18,8)	0,963
	Ortaokul	13 (%16,2)	12 (%15,0)	
	Lise	26 (%32,5)	24 (%30,0)	
	Y.Okul /Üniversite	26 (%32,5)	29 (%36,2)	

Pearson Ki-Kare Testi

Medeni durumun ve eğitim durumunun gruplara göre dağılımları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 3: Meslek Ve Gelir Düzeyinin Gruplara Göre Dağılımı

		Araştırma Grubu	Kontrol Grubu	P
		n (%)	n (%)	
Meslek	Öğrenci	21 (%26,2)	15 (%18,8)	0,000*
	İşçi	23 (%28,8)	37 (%46,2)	
	Memur	5 (%6,2)	13 (%16,2)	
	Serbest	13 (%16,2)	14 (%17,5)	
	Ev hanımı	18 (%22,5)	1 (%1,2)	
Gelir Düzeyi (TL)	<500	22 (%27,5)	16 (%20,0)	0,072
	500-1000	22 (%27,5)	38 (%47,5)	
	1000-2000	26 (%32,5)	20 (%25)	
	>2000	10 (%12,5)	6 (%7,5)	

Pearson Ki-Kare Testi * $p<0,001$

Gelir düzeyine göre iki grup arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Sadece meslek değişkeninin iki grup arasında farklı olduğu elde edilmiştir ($p<0,001$). Meslek gruplarının frekansları incelendiğinde, bu farklılaşmanın ev hanımı sayısından kaynaklandığı görülmektedir. Kontrol grubunda sadece 1 (%1,3) kişi ev hanımı olduğunu belirtmişken, araştırma grubunda 18 (%22,5) kişi ev hanımı olduğunu belirtmiştir.

Sonuç olarak, meslek grubundaki sadece ev hanımı seçeneğindeki farklılığın iki grup homojenliğine ihmal edilebilir etkisi olduğu göz önünde bulundurularak ve diğer tüm demografik değişkenlerde anlamlı bir fark bulunmadığı sonucuna dayanarak kontrol grubu ile çalışma grubunun homojen olduğu bulgusuna ulaşılmıştır.

4.2 Ebeveyn Ve Aileye İlişkin Özellikler

Kardeş sayısı, kardeşler içindeki sırası, ebeveyn kaybı/ayrılığı, ilk 3 yaşta ve çocukluk döneminde bakım veren kişilere göre grupların özelliklerinin dağılımı Pearson Ki Kare testi ve Fisher Kesin Ki Kare testi kullanılarak değerlendirilmiştir. Ebeveyn ve aileye ilişkin özellikler Tablo 4, 5, 6 ve 7’de gösterilmiştir.

Tablo 4: Kardeş Sayısı Ve Kardeşler İçindeki Sırasının Gruplara Göre Dağılımı

		Araştırma Grubu	Kontrol Grubu	P
		n (%)	n (%)	
Kardeş Sayısı	Yok	3 (%3,8)	3 (%3,8)	0,979
	1	18 (%22,5)	18 (%22,5)	
	2	14 (%17,5)	12 (%15)	
	3	15 (%18,8)	18 (%22,5)	
	≥4	30 (%37,5)	29 (%36,2)	
Kardeş Sırası	Tek	4 (%5,0)	3 (%3,8)	0,554
	En büyük	33 (%41,2)	28 (%35)	
	Ortanca	25 (%31,2)	23 (%28,8)	
	En küçük	18 (%22,5)	26 (%32,5)	

Pearson Ki-Kare Testi

Kardeş sayısı ve kardeşler içindeki sırası değişkenlerine göre iki grup arasında anlamlı bir fark çıkmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 5: Ebeveyn Ayrılığı Ve Ebeveyn Kaybının Gruplara Göre Dağılımı

		Araştırma Grubu	Kontrol Grubu	P
		n (%)	n (%)	
Ebeveyn Kaybı	Var	10 (%12,5)	7 (%8,8)	0,608
	Yok	70 (%87,5)	73 (%91,2)	
Ebeveyn Ayrılığı	Var	4 (%5,0)	7 (%8,8)	0,532
	Yok	76 (%95)	73 (%91,2)	

Fisher Kesin Ki-Kare Testi

Ebeveyn kaybı ve ebeveynlerin ayrılık durumu değişkenlerine göre iki grup arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 6: İlk 3 Yaş Ve Çocukluk Döneminde Bakım Veren Kişilere Göre Grupların Dağılımı

		Araştırma Grubu	Kontrol Grubu	P
		n (%)	n (%)	
İlk Üç Yaşta Bakım Veren	Anne-Baba	72 (%90)	76 (%95)	0,367
	Diğer	8 (%10)	4 (%5)	
Çocukluk Döneminde Bakım Veren	Anne- Baba	23 (%28,8)	15 (%18,8)	0,193
	Diğer	57 (%71,2)	65 (%81,2)	

Fisher Kesin Ki-Kare testi

Araştırma ve kontrol grubu arasında, ilk üç yaşta bakım veren kişi değişkenine göre anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Araştırma ve kontrol grubu arasında, çocukluk döneminde bakım veren kişi değişkenine göre anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 7: Ebeveynlerin Eğitim Durumlarının Ve Mesleklerinin Gruplara Göre Dağılımı

		Araştırma Grubu	Kontrol Grubu	P
		n (%)	n (%)	
Anne Meslek	İşçi	3 (%3,8)	5 (%6,2)	0,124
	Memur	0 (%0,0)	5 (%6,2)	
	Serbest Meslek	1 (%1,2)	1 (%1,2)	
	Ev Hanımı	73 (%91,2)	63 (%78,8)	
	Emekli	3 (%3,8)	6 (%7,5)	
Baba Meslek	İşçi	11 (%13,8)	9 (%11,2)	0,264
	Memur	6 (%7,5)	15 (%18,8)	
	Serbest Meslek	20 (%25,0)	20 (%25,0)	
	Emekli	42 (%52,5)	34 (%42,5)	
	İşsiz	1 (%1,2)	2 (%2,5)	
Anne Eğitim Düzeyi	Okuryazar Olmayan	17 (%21,2)	13 (%16,2)	0,071
	İlkokul	45 (%56,2)	42 (%52,6)	
	Ortaokul	10 (%12,5)	7 (%8,8)	
	Lise	8 (%10,0)	11 (%13,8)	
	Y.okul/Üniversite	0 (%0,0)	7 (%8,8)	
Baba Eğitim Düzeyi	Okuryazar Olmayan	2 (%2,5)	1 (%1,2)	0,307
	İlkokul	39 (%48,8)	37 (%46,2)	
	Ortaokul	12 (%15,0)	6 (%7,5)	
	Lise	20 (%25,0)	22 (%27,5)	
	Y.okul/Üniversite	7 (%8,8)	14 (%17,5)	

Pearson Ki-Kare Testi

Annenin ve babanın mesleği gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Annenin ve babanın eğitim düzeyi gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

4.3 Kullanılan Ölçeklerle İlgili Puanlar

4.3.1 CTQ-28 Toplam Ve Alt Ölçek Puanları

CTQ-28 toplam ölçek ve alt ölçek puanları araştırma grubu (n=80) ve kontrol grubu (n=80) arasında kıyaslanmıştır. Puanların ortalamalarının gruplara göre dağılımı Tablo 8’de görülmektedir.

Tablo 8: CTQ-28 Puanlarının Gruplara Göre Değerlendirilmesi

		Ortalama	P
		Ort±SS	
CTQ Duygusal İstismar	Kontrol	5,66±1,22	0,000*
	Araştırma	7,66±3,24	
CTQ Fiziksel İstismar	Kontrol	5,20±0,56	0,121
	Araştırma	5,50±1,62	
CTQ Fiziksel İhmal	Kontrol	5,79±1,19	0,000*
	Araştırma	6,93±2,17	
CTQ Duygusal İhmal	Kontrol	7,43±2,69	0,000*
	Araştırma	11,01±4,29	
CTQ Cinsel İstismar	Kontrol	5,43±1,21	0,611
	Araştırma	5,54±1,56	
CTQ Total	Kontrol	29,51±4,99	0,000*
	Araştırma	36,65±8,97	

*Bağımsız Örneklem T Testi *p<0,001*

Araştırma grubunda duygusal istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal ve toplam travma puanları kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir (p<0,05).

Her iki grup arasında fiziksel istismar ve cinsel istismar puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (p>0,05).

Araştırma grubu, hasta olan ebeveynin cinsiyetine göre annesi hasta olanlar ve babası hasta olanlar şeklinde gruplandırılarak, CTQ-28 toplam ve alt ölçek puanlarına

göre kontrol grubu ile Tek Yönlü ANOVA testi kullanılarak karşılaştırılmıştır (Tablo 9).

Tablo 9: Ebeveynlerin Cinsiyetine Göre CTQ-28 Puanlarının Değerlendirilmesi

		Sayı	Ortalama	P
		n	Ort±SS	
CTQ Duygusal İstismar	Kontrol	80	5,66±1,222	0,000*
	Anne	41	7,68±3,416	
	Baba	39	7,64±3,082	
	Toplam	160	6,66±2,637	
CTQ Fiziksel İstismar	Kontrol	80	5,20±0,560	0,312
	Anne	41	5,39±1,115	
	Baba	39	5,62±2,034	
	Toplam	160	5,35±1,219	
CTQ Fiziksel İhmal	Kontrol	80	5,79±1,187	0,000*
	Anne	41	6,73±2,000	
	Baba	39	7,13±2,342	
	Toplam	160	6,36±1,834	
CTQ Duygusal İhmal	Kontrol	80	7,43±2,685	0,000*
	Anne	41	10,46±4,249	
	Baba	39	11,59±4,309	
	Toplam	160	9,22±3,995	
CTQ Cinsel İstismar	Kontrol	80	5,43±1,209	0,867
	Anne	41	5,51±1,583	
	Baba	39	5,56±1,553	
	Toplam	160	5,48±1,392	
CTQ Total	Kontrol	80	29,51±4,986	0,000*
	Anne	41	35,80±8,518	
	Baba	39	37,54±9,445	
	Toplam	160	33,08±8,070	

*Tek Yönlü ANOVA Testi *p<0,001*

CTQ-28 alt ölçekleri ve toplam ölçeğe ait sonuçlar incelendiğinde, duygusal istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal ve CTQ toplam ölçek puanlarının üç grup arasında farklılaştığı bulunmuştur ($p<0,001$).

Fiziksel istismar ile cinsel istismarın ise üç grup arasında farklılaşmadığı sonucuna ulaşılmıştır ($p>0,05$).

Farklılaşmanın gözlemlendiği ölçeklerde hangi gruptan kaynaklandığını görebilmek için Post Hoc testi yapılarak daha ayrıntılı inceleme yapılmıştır. Post Hoc testlerinden Dunnett T3 testi kullanılmıştır.

Duygusal istismar alt ölçeğinde hasta grupların her ikisiyle kontrol grubunun farklılaştığı, dolayısıyla farklılığın kontrol grubundan kaynaklandığı sonucuna ulaşılmıştır ($p<0,05$). Duygusal istismar puan ortalaması annesi hasta olanlarda 7,68, babası hasta olanlarda 7,64 iken kontrol grubunda çok daha düşük bir ortalama olan 5,66 olarak elde edilmiştir. Annesi/ babası hasta olan grupların duygusal istismar puanlarının ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Fiziksel ihmal alt ölçeğinde annesi/ babası hasta olan grupların her ikisiyle kontrol grubunun farklılaştığı, dolayısıyla farklılığın kontrol grubundan kaynaklandığı sonucuna ulaşılmıştır ($p<0,05$). Fiziksel ihmal puan ortalaması annesi hasta olanlarda 6,73, babası hasta olanlarda 7,13 iken kontrol grubunda çok daha düşük bir ortalama olan 5,79 olarak elde edilmiştir. Annesi/ babası hasta olan grupların fiziksel ihmal puanlarının ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Duygusal ihmal alt ölçeğinde annesi/ babası hasta olan grupların her ikisiyle kontrol grubunun farklılaştığı, dolayısıyla farklılığın kontrol grubundan kaynaklandığı sonucuna ulaşılmıştır ($p<0,05$). Duygusal ihmal puan ortalaması annesi hasta olanlarda 10,46, babası hasta olanlarda 11,59 iken kontrol grubunda çok daha düşük bir ortalama olan 7,43 olarak elde edilmiştir. Annesi/ babası hasta olan grupların duygusal ihmal puanlarının ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

CTQ-28 toplam puanlarının ortalamasında, annesi/ babası hasta olan grupların her ikisiyle kontrol grubunun farklılaştığı, dolayısıyla farklılığın kontrol grubundan kaynaklandığı sonucuna ulaşılmıştır ($p<0,05$). Toplam puan ortalaması annesi hasta olanlarda 35,80, babası hasta olanlarda 37,54 iken kontrol grubunda çok daha düşük bir ortalama olan 29,51 olarak elde edilmiştir. Annesi/ babası hasta olan grupların CTQ-28 toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

4.3.2 Eksen I Psikiyatrik Tanıların Karşılaştırılması

Araştırma grubunda psikopatoji sıklığı %35 (n=28) olarak saptanırken kontrol grubunda bu oran %12,5 (n=10) olarak saptanmıştır. Araştırma grubunda duygudurum bozukluğu %20(n=16), anksiyete bozukluğu %13,8(n=11), alkol ve madde kullanım bozuklukları %6,2(n=5) oranlarında gözlenmiştir. Kontrol grubunda tanılar %8,8 (n=7) duygudurum bozukluğu, %3,8 (n=3) anksiyete bozukluğu, %2,5 (n=2) alkol madde kullanımı bozuklukları şeklinde dağılmıştır (Tablo 10).

Araştırma grubunda bipolar I duygudurum bozukluğu %1,2 (n=1), bipolar II duygudurum bozukluğu %3,8 (n=3) oranında görülürken, kontrol grubunda bipolar duygudurum bozukluğu saptanmamıştır. Major depresyon araştırma grubunda %10 (n=8), unipolar depresyon %3,8 (n=3), distimi ise %1,2 (n=1) oranında gözlenirken, kontrol grubunda major depresyon %8,8 (n=7) oranında görülen tek depresif bozukluk olmuştur.

Tablo 10: DSM-IV Eksen I Psikiyatrik Tanılarına Göre Grupların karşılaştırılması

SCID	Araştırma Grubu	Kontrol Grubu	P
	n (%)	n (%)	
#Psikopatoloji oranı	28 (%35)	10 (%12,5)	0,001**
#Duygudurum Bozukluğu	16 (%20,0)	7 (%8,8)	0,043*
Bipolar Bozukluk	4 (%5,0)	0 (%0,0)	
Depresif Bozukluk	12 (%15,0)	7 (%8,8)	
°Anksiyete Bozukluğu	11 (%13,8)	3 (%3,8)	0,025*
PB	3 (%3,8)	0 (%0,0)	
OKB	2 (%2,5)	0 (%0,0)	
Özgül Fobi	4 (%5,0)	2 (%2,5)	
Sosyal Fobi	4 (%5,0)	1 (%1,2)	
YAB	1 (%1,2)	0 (%0,0)	
°Alkol/ Madde Kullanım Bozukluğu	5 (%6,2)	2 (%2,5)	0,246
°Uyum Bozukluğu	3 (%3,8)	0 (%0,0)	0,080
°Birden Fazla Tanı Oranı	10 (%12,5)	2 (%2,5)	0,016*

PB=Panik Bozukluk, OKB=Obsesif Kompulsif Bozukluk, YAB= Yaygın Anksiyete Bozukluğu

Pearson Ki-Kare Testi, °Fisher Kesin Ki-Kare Testi *p<0,05 **p<0,01

Araştırma grubunda eksen I psikiyatrik tanı görülme sıklığı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,01$).

Araştırma grubunda duygudurum bozukluğu görülme sıklığı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Bipolar bozukluk görülme sıklığı açısından araştırma grubu ile kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Depresif bozuklukların görülme sıklığı açısından araştırma grubu ile kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Araştırma grubunda anksiyete bozukluğu görülme sıklığı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0,05$).

Araştırma grubunda alkol/madde kullanımı ile ilgili bozuklukların görülme sıklığı açısından kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Bipolar ebeveynlerin çocuklarında uyum bozukluğu görülme sıklığı açısından kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Bipolar ebeveynlerin çocuklarında ek psikiyatrik tanı sıklığı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0,05$).

Araştırma grubu, bipolar ebeveynin cinsiyetine göre iki gruba ayrılmıştır. Eksen tanıların dağılımı annesi hasta olan grupta %34,1 ($n=14$) iken, babası bipolar olan grupta %35,9 ($n=14$) olarak bulunmuştur (Tablo 11).

Annesi bipolar olan grupta duygudurum bozuklukları %22 ($n=9$), anksiyete bozukluğu %12,2 ($n=5$), alkol/ madde kullanım bozuklukları %2,4 ($n=1$), birden fazla tanı oranı %9,8 ($n=4$) olarak saptanmıştır.

Babası bipolar olan grupta duygudurum bozuklukları %17,9 ($n=7$), anksiyete bozukluğu %15,4 ($n=6$), alkol/ madde kullanım bozuklukları %10,3 ($n=4$), ek tanı görülme oranı %15,38 ($n=6$) sıklığında bulunmuştur.

Tablo 11: Ebeveynlerin Cinsiyetine Göre Eksen I Psikiyatrik Tanıların Gruplar Arası Dağılımı

SCID	Anne BP	Baba BP	P
	n (%)	n (%)	
#Psikopatoloji Oranı	14 (%34,1)	14 (%35,9)	0,870
#Duygudurum Bozukluğu	9 (%22)	7 (%17,9)	0,675
Bipolar Bozukluk	3 (%7,3)	1 (%2,6)	
Depresif Bozukluk	6 (%14,7)	6 (%15,4)	
#Anksiyete Bozukluğu	5 (%12,2)	6 (%15,4)	0,679
PB	3 (%7,3)	0 (%0,0)	
OKB	1 (%2,4)	1 (%2,6)	
Özgül Fobi	1 (%2,4)	3 (%3,8)	
Sosyal Fobi	1 (%2,4)	3 (%3,8)	
YAB	0 (%0,0)	1 (%2,6)	
°Alkol /Madde Kullanım Bozuklukları	1 (%2,4)	4 (%10,3)	0,195
°Uyum Bozukluğu	2 (%4,9)	1 (%2,6)	0,586

PB=Panik Bozukluk, OKB=Obsesif Kompulsif Bozukluk, YAB= Yaygın Anksiyete Bozukluğu

Pearson Ki-Kare Testi, °Fisher Kesin Ki-Kare Testi

Annesi veya babası bipolar olan gruplar arasında DSM-IV eksen I psikiyatrik tanı görülme sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Annesi veya babası bipolar olan gruplar arasında duygudurum bozukluğu görülme sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Annesi veya babası bipolar olan gruplar arasında anksiyete bozukluğu görülme sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Annesi veya babası bipolar olan gruplar arasında alkol/madde kullanım bozukluğu görülme sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Annesi ve babası bipolar olan gruplar arasında uyum bozukluğu görülme sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

4.3.3 Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği(DES) Puanları

Araştırma grubunun ortalama DES puanı $12,92 \pm 11,59$ olarak saptanırken, kontrol grubunun ortalama DES puanı $8,68 \pm 11,20$ olarak saptanmıştır. Toplam ortalama DES puanı ise $10,80 \pm 11,55$ 'tir (Tablo 12).

Tablo 12: Ortalama DES Puanlarının Gruplar Arası Karşılaştırılması

DES	Sayı	Ortalama	P
	n	Ort $\pm$ SS	
Araştırma	80	$12,92 \pm 11,59$	0,020*
Kontrol	80	$8,68 \pm 11,20$	
Toplam	160	$10,80 \pm 11,55$	

Bağımsız Örneklem T Testi * $p < 0,05$

Her iki grup arası DES puanlarının ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$). Araştırma grubunda DES puanları daha yüksektir.

4.4 Klinik Özellikler İle Ölçek Puanlarının İlişkisi

4.4.1 Ebeveyn Hastalığının Klinik Özellikleri İle Eksen I Psikiyatrik Tanıların Karşılaştırılması

Araştırma grubu DSM-IV'e göre eksen I psikiyatrik tanısı olanlar ve olmayanlar şeklinde gruplara ayrılarak, ebeveyndeki bipolar bozukluğun klinik özellikleri, tanısı olan ve olmayan gruplar arasında karşılaştırılmıştır (Tablo 13).

Psikiyatrik tanısı olan grupta ebeveynlerinin toplam hastalık süresi $27,93 \pm 11,35$, tanısı olmayan grupta ebeveynlerinin toplam hastalık süresi ise $25,87 \pm 10,50$ yıl olarak bulunmuştur.

Ebeveynlerin geçirdiği toplam atak sayısı, tanısı olan grupta $12,81 \pm 10,54$ iken, tanısı olmayan grupta $12,32 \pm 9,73$ 'dür.

Ebeveynlerin hastanede yatış sayısı tanısı olan grupta $6,50 \pm 7,10$, tanısı olmayan grupta $4,75 \pm 6,15$ olarak bulunmuştur.

Tablo 13: Ebeveyn Hastalığının Klinik Özellikleri İle Çocuklarındaki Psikiyatrik Tanıların Karşılaştırılması

		Sayı	Ortalama	Medyan	P
		n	Ort±SS		
Ebeveynin Hastalık Süresi	SCID/ tanısı olmayan	52	25,87±10,50	26,50	0,418
	SCID/ tanısı olan	28	27,93±11,35	28,50	
Toplam Atak Sayısı	SCID/ tanısı olmayan	52	12,81±10,54	9	0,840
	SCID/ tanısı olan	28	12,32±9,73	8,5	
Manik Dönem Sayısı	SCID/ tanısı olmayan	48	7,25±7,76	5	0,754
	SCID/ tanısı olan	27	6,70±6,11	5	
Depresif Dönem Sayısı	SCID/ tanısı olmayan	46	3,70±5,49	2	0,721
	SCID/ tanısı olan	25	4,20±5,93	2	
Mikst Dönem Sayısı	SCID/ tanısı olmayan	46	0,26±0,53	0,00	0,771
	SCID/ tanısı olan	23	0,22±0,67	0,00	
Hipomanik Dönem Sayısı	SCID/ tanısı olmayan	46	1,00±1,19	1,00	0,889
	SCID/ tanısı olan	23	1,04±1,58	0,00	
Hastanede Yatış Sayısı	SCID/ tanısı olmayan	52	4,75±6,15	2,0	0,254
	SCID/ tanısı olan	28	6,50±7,10	4,5	

Bağımsız Örneklem T Testi

Ebeveynin hastalık süresinin eksen I psikiyatrik tanısı olan ile olmayan grup için farklılaşmadığı bulunmuştur ($p>0,05$).

Toplam atak sayısı ve atak türüne göre sayıların, tanısı olan grup ile tanısı olmayan grup arasında farklılaşmadığı bulunmuştur ($p>0,05$).

Hastanede yatarak tedavi görme sayısının da iki grup arasında farklılaşmadığı sonucuna ulaşılmıştır ($p>0,05$).

Atak döneminde psikotik özelliklerin görülmesiyle eksen I psikiyatrik tanıları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tanısı olan ve olmayan grupların ebeveyn hastalığı başladığında çocuklarının bulunduğu yaş aralığı ile karşılaştırılması Tablo 14’te görülmektedir.

Tablo 14: Ebeveyn Hastalığının Başlangıç Yaşı İle Çocuklarının Eksen I Psikiyatrik Tanılarının Karşılaştırılması

Ebeveyne Bipolar Tanısı Konulduğunda Çocukların Yaşı	SCID/ tanısı olmayan	SCID/ tanısı olan	P
	n(%)	n(%)	
Henüz doğmamış	23 (%44,2)	9 (%32,1)	0,015*
0-3 yaş	5(%9,6)	8(%28,6)	
3-6 yaş	14(%26,9)	2(%7,1)	
6-12 yaş	8(%15,4)	4(%14,3)	
12-18 yaş	2(%3,8)	5(%17,9)	

*Pearson Ki-Kare Testi *p<0,05*

Eksen I tanısı olan ve olmayan gruplar arasında ebeveynin bipolar tanısı konulduğundaki çocuklarının yaş dağılımlarında anlamlı fark olduğu bulunmuştur (Ki kare=65,730 p=0,015<0,05).

Tanısı olan çocukların %60,7'sinin ebeveynlerine bipolar tanısı koyulduğunda henüz doğmamış veya 0-3 yaş arası olduğu gözlenmiştir.

4.4.2 Ebeveyn Hastalığının Klinik Özellikleri İle CTQ-28 Puanlarının İlişkisi

Bipolar ebeveynlerin hastalığının klinik özellikleri ile CTQ-28 travma puanları arasındaki ilişki araştırılmıştır (Tablo 15).

Toplam atak, mikst dönem, hastanede yatış sayısı ve atak dönemlerinde psikotik özelliklerin görülmesi, ebeveynin intihar girişiminin olması ile travma skorları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p>0,05).

Ebeveynin manik dönem sayısı ile duygusal istismar arasında ters yönlü ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p<0,05).

Ebeveynin depresif dönem sayısı ile fiziksel ihmal, duygusal ihmal ve CTQ-28 toplam puanları arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p<0,05).

Ebeveyn hipomanik dönem sayısı ile duygusal ihmal ve CTQ-28 toplam puanları arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p<0,05).

Ebeveyne bipolar tanısı konulduğunda çocuklarının bulunduğu yaş aralığı ile CTQ-28 skorları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Bipolar ebeveynlerin suisid girişimi ile çocuklarında suisid girişimi arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 15: Ebeveyn Hastalığının Klinik Özellikleri İle Çocuklarında CTQ-28 Puanlarının İlişkisi

		Duygusal İstismar	Fiziksel İstismar	Fiziksel İhmal	Duygusal İhmal	Cinsel İstismar	CTQ toplam
Toplam Atak Sayısı	R P	-0,054 0,635	0,065 0,567	0,098 0,389	0,118 0,297	0,057 0,613	0,081 0,475
Manik Dönem Sayısı	R P	-0,259 0,025*	-0,013 0,915	-0,009 0,942	-0,054 0,646	-0,096 0,415	-0,105 0,370
Depresif Dönem Sayısı	R P	0,232 0,052	0,008 0,948	0,380 0,001**	0,325 0,006**	0,195 0,103	0,343 0,003**
Mikst Dönem Sayısı	R P	-0,089 0,466	-0,109 0,371	0,021 0,865	0,034 0,780	0,120 0,326	-0,019 0,875
Hipomanik Dönem Sayısı	R P	0,108 0,375	0,191 0,116	0,229 0,058	0,356 0,003**	0,156 0,201	0,306 0,011*
Yatış Sayısı	R P	-0,027 0,813	0,093 0,411	0,088 0,440	-0,019 0,865	-0,047 0,677	0,045 0,691
Psikotik Özellikler	R P	-0,005 0,968	-0,002 0,988	0,076 0,503	0,082 0,470	-0,002 0,988	0,081 0,477
Ebeveyn Suisid Girişimi	R P	0,115 0,308	-0,147 0,192	-0,074 0,515	0,029 0,800	-0,137 0,225	-0,010 0,933
Düzenli İlaç Kullanımı	R P	0,132 0,245	-0,061 0,594	-0,278 0,013*	-0,029 0,796	0,090 0,425	-0,050 0,662

R: Spearman Rho

Spearman Korelasyon Testi * $p<0,05$

** $p<0,01$

4.4.3 Araştırma Grubunda Suisid Girişimi İle CTQ-28 Puanlarının İlişkisi

Suisid girişimi açısından araştırma grubu (n=80) ile kontrol grubu (n=80) karşılaştırıldığında, araştırma grubunda suisid girişimi %6,2 (n=5) oranında görülürken, kontrol grubunda suisid girişimi görülmemiştir. Suisid girişimi kontrol grubu ile araştırma grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (Ki Kare:5,161 p:0,023<0,05).

Bu doğrultuda bipolar ebeveyni olan çocukların suisid girişimleri ile CTQ-28 skorları arasındaki ilişki araştırılmıştır (Tablo 16).

Tablo 16: Bipolar Ebeveynlerin Çocuklarının İntihar Girişimi ile CTQ-28 Puanlarının İlişkisi

		Duygusal İstismar	Fiziksel İstismar	Fiziksel İhmal	Duygusal İhmal	Cinsel İstismar	CTQ Toplam
Suisid Girişimi	Pearson	0,428	0,400	0,009	0,072	0,344	0,323
	P	0,000**	0,000**	0,937	0,526	0,002*	0,003*

*Pearson Korelasyon Testi *p<0,05 **p<0,001*

Araştırma grubundaki suisid girişimi ile duygusal istismar, fiziksel istismar, cinsel istismar ve CTQ-28 toplam skorları arasında anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur (p<0,05).

Suisid girişimi var ise travma skorları daha yüksektir. Suisid girişimiyle duygusal istismar ve fiziksel istismar ilişkisi daha yüksek çıkmıştır (p<0,001).

4.5 Kullanılan Ölçek Puanları Arası İlişki

4.5.1 Psikiyatrik Tanısı Olan Ve Olmayanların CTQ-28 Puanlarının Karşılaştırılması

Toplam araştırma grubu (n=80) eksen I psikiyatrik tanısı olanlar (n=28) ve olmayanlar (n=52) olarak iki gruba ayrılarak, toplam travma ve alt ölçek puanlarının ortalamaları Mann-Whitney U testi kullanılarak karşılaştırılmıştır (Tablo 17).

Tablo 17: Psikiyatrik Tanısı Olan Ve Olmayanların CTQ-28 Travma Puanlarının Karşılaştırılması

		Sayı	Ortalama	Medyan	P
		n	Ort±SS		
Duygusal İstismar	SCID/ tanısı olmayan	52	6,79±2,35	6,00	0,001*
	SCID/ tanısı olan	28	9,29±3,99	8,50	
Fiziksel İstismar	SCID/ tanısı olmayan	52	5,21±0,63	5,00	0,048*
	SCID/ tanısı olan	28	6,04±2,54	5,00	
Fiziksel İhmal	SCID /tanısı olmayan	52	6,42±1,99	5,00	0,004*
	SCID/ tanısı olan	28	7,86±2,20	7,50	
Duygusal İhmal	SCID /tanısı olmayan	52	10,00±3,55	9,50	0,009*
	SCID /tanısı olan	28	12,89±4,93	13,50	
Cinsel İstismar	SCID /tanısı olmayan	52	5,12±0,42	5,00	0,001*
	SCID/ tanısı olan	28	6,32±2,40	5,00	
Total	SCID/ tanısı olmayan	52	33,54±5,68	33,50	0,000**
	SCID /tanısı olan	28	42,43±11,00	41,50	

*Mann-Whitney U Testi *p<0,05 **p<0,001*

Tanısı olan ile olmayan gruplarda, travma alt ölçek ve toplam travma puanları karşılaştırıldığında duygusal istismar, cinsel istismar, fiziksel istismar puanlarının ortalamasının her iki grup arasında farklılaştığı görülmüştür ($p<0,05$).

Araştırma grubunda, tanısı olan ile olmayanların fiziksel ihmal ve duygusal ihmal puanlarının ortalaması, her iki grup arasında karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$).

Toplam travma puan ortalaması, her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,001$).

Travma puanları tanısı olan grupta çok daha yüksek çıkmıştır.

4.5.2 Ek Psikiyatrik Tanısı Olan Ve Tanısı Olmayanların CTQ-28 Puanlarının Karşılaştırılması

Toplam araştırma grubunda (n=80), ek psikiyatrik tanısı olanlar (n=10) ve tanısı olmayanlar (n=52) olarak iki grup oluşturulmuş, toplam travma ve alt ölçek puanlarının ortalamaları karşılaştırılmıştır (Tablo 18).

Tablo 18: Ek Psikiyatrik Tanısı Olan Ve Tanısı Olmayanların CTQ-28 Puanlarının Karşılaştırılması

		Sayı	Ortalama	Medyan	P
		n	Ort±SS		
Duygusal İstismar	SCID/ Tanısı olmayan	52	6,79±2,35	6,00	0,007*
	SCID/ Ek tanısı olan	10	9,50±3,71	8,50	
Fiziksel İstismar	SCID/ Tanısı olmayan	52	5,21±0,63	5,00	0,108
	SCID/ Ek tanısı olan	10	6,60±3,77	5,00	
Fiziksel İhmal	SCID/ Tanısı olmayan	52	6,42±1,99	5,00	0,003*
	SCID/ Ek tanısı olan	10	8,30±1,76	8,00	
Duygusal İhmal	SCID/ Tanısı olmayan	52	10,00±3,55	9,50	0,014*
	SCID/ Ek tanısı olan	10	13,50±4,37	14,50	
Cinsel İstismar	SCID/ Tanısı olmayan	52	5,12±0,42	5,00	0,000**
	SCID/ Ek tanısı olan	10	6,40±2,45	5,50	
Total	SCID/ Tanısı olmayan	52	33,54±5,68	33,50	0,003*
	SCID/ Ek tanısı olan	10	44,30±12,08	42,50	

*Mann-Whitney U Testi *p<0,05 **p<0,001*

Ek tanısı olan ile tanısı olmayan gruplarda, travma alt ölçek ve toplam travma skorları karşılaştırıldığında, duygusal istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal ve toplam travma puanlarının ortalamasının her iki grup arasında farklılaştığı görülmüştür ($p<0,05$). Cinsel istismar puanlarının ortalaması ek tanısı olanlarda çok daha yüksek bulunmuştur ($p<0,001$). Travma puanları ek tanısı olanlarda daha yüksek çıkmıştır.

Ek tanısı olan ve tanısı olmayan gruplar arasında fiziksel istismar puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

4.5.3 Duygudurum Bozukluğu Tanısı Olan Ve Tanısı Olmayanların CTQ-28 Puanlarının Karşılaştırılması

Toplam araştırma grubunda (n=80), duygudurum bozukluğu tanısı olanlar (n=16) ve tanısı olmayanlar (n=52) olarak iki grup oluşturulmuş, toplam travma ve alt ölçek puanlarının ortalamaları karşılaştırılmıştır (Tablo 19).

Tablo 19: Duygudurum Bozukluğu Tanısı Olan Ve Tanısı Olmayanların CTQ-28 Puanlarının Karşılaştırılması

		Sayı	Ortalama	Medyan	P
		n	Ort±SS		
Duygusal İstismar	Tanısı Olmayan	52	6,79±2,35	6,00	0,000**
	DDB/ Tanısı Olan	16	10,81±4,56	10,00	
Fiziksel İstismar	Tanısı Olmayan	52	5,21±0,63	5,00	0,146
	DDB/ Tanısı Olan	16	6,19±3,06	5,00	
Fiziksel İhmal	Tanısı Olmayan	52	6,42±1,99	5,00	0,009*
	DDB/ Tanısı Olan	16	8,06±2,29	8,00	
Duygusal İhmal	Tanısı Olmayan	52	10,00±3,55	9,50	0,021*
	DDB/ Tanısı Olan	16	13,38±5,30	13,00	
Cinsel İstismar	Tanısı Olmayan	52	5,12±0,42	5,00	0,011*
	DDB/ Tanısı Olan	16	6,38±2,63	5,00	
Total	Tanısı Olmayan	52	33,54±5,68	33,50	0,001*
	DDB/ Tanısı Olan	16	44,81±12,73	45,00	

DDB=Duygudurum Bozukluğu

Mann-Whitney U Testi * $p<0,05$ ** $p<0,001$

Duygusal istismar, cinsel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal ve toplam travma puanlarının ortalamaları, her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Travma puanları duygudurum bozukluğu tanısı olanlarda daha yüksek bulunmuştur. Duygusal istismar puan ortalaması duygudurum bozukluğu olan grupta çok daha yüksek saptanırken ($p<0,001$), fiziksel ihmal, duygusal ihmal ve cinsel istismar puan ortalaması yüksek saptanmıştır ($p<0,05$).

Fiziksel istismar puan ortalamaları açısından her iki grup arasında farklılaşma olmadığı sonucuna ulaşılmıştır ($p>0,05$).

4.5.4 Depresif Bozukluk Tanısı Olan Ve Tanısı Olmayanların CTQ-28 Puanlarının Karşılaştırılması

Toplam araştırma grubunda (n=80), depresif bozukluk tanısı alanlar (n=12) ve tanı almayanlar (n=52) olarak iki grup oluşturularak, toplam travma ve alt ölçek puanlarının ortalamaları karşılaştırılmıştır (Tablo 20).

Tablo 20: Depresif Bozukluk Tanısı Olan Ve Tanısı Olmayanların CTQ-28 Puanlarının Karşılaştırılması

		Sayı	Ortalama	Medyan	P
		n	Ort±SS		
Duygusal İstismar	Tanısı Olmayan	52	6,79±2,35	6,00	0,007*
	Depresif Boz./ Tanısı Olan	12	10,08±4,23	9,50	
Fiziksel İstismar	Tanısı Olmayan	52	5,21±0,63	5,00	0,044*
	Depresif Boz./ Tanısı Olan	12	6,58±3,47	5,00	
Fiziksel İhmal	Tanısı Olmayan	52	6,42±1,99	5,00	0,088
	Depresif Boz./ Tanısı Olan	12	7,58±2,31	7,50	
Duygusal İhmal	Tanısı Olmayan	52	10,00±3,55	9,50	0,133
	Depresif Boz./ Tanısı Olan	12	12,17±4,74	12,50	
Cinsel İstismar	Tanısı Olmayan	52	5,12±0,42	5,00	0,061
	Depresif Boz./ Tanısı Olan	12	6,17±2,48	5,00	
Total	Tanısı Olmayan	52	33,54±5,68	33,50	0,038*
	Depresif Boz. / Tanısı Olan	12	42,58±13,22	39,00	

*Mann-Whitney U Testi *p<0,05*

Depresif bozukluk tanısı alan ve tanı almayanların oluşturdukları grupların duygusal istismar, fiziksel istismar ve toplam travma puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır (p<0,05). Depresif bozukluk tanısı olanların oluşturduğu grupta travma puanları daha yüksektir.

Her iki grup arasında fiziksel ihmal, duygusal ihmal ve cinsel istismar alt ölçek puan ortalamasının farklılaşmadığı bulunmuştur (p>0,05).

4.5.5 Bipolar Bozukluk Tanısı Olan Ve Tanısı Olmayanların CTQ-28 Puanlarının Karşılaştırılması

Toplam araştırma grubundaki (n=80), bipolar bozukluk tanısı olanlar (n=4) ve tanısı olmayanlar (n=52) iki gruba ayrılarak, toplam travma ve alt ölçek puanlarının ortalamaları karşılaştırılmıştır (Tablo 21).

Tablo 21: Bipolar Bozukluk Tanısı Olan Ve Tanısı Olmayanların CTQ-28 Puanlarının Karşılaştırılması

		Sayı Ortalama		Medyan	P
		n	Ort±SS		
Duygusal İstismar	Tanısı Olmayan	52	6,79±2,35	6,00	0,002*
	BPB/ Tanısı Olan	4	13,00±5,47	11,00	
Fiziksel İstismar	Tanısı Olmayan	52	5,21±0,63	5,00	0,724
	BPB/ Tanısı Olan	4	5,00±0,00	5,00	
Fiziksel İhmal	Tanısı Olmayan	52	6,42±1,99	5,00	0,008*
	BPB/ Tanısı Olan	4	9,50±1,73	10,00	
Duygusal İhmal	Tanısı Olmayan	52	10,00±3,55	9,50	0,018*
	BPB/ Tanısı Olan	4	17,00±5,88	17,00	
Cinsel İstismar	Tanısı Olmayan	52	5,12±0,42	5,00	0,163
	BPB/ Tanısı Olan	4	7,00±3,36	5,50	
Total	Tanısı Olmayan	52	33,54±5,68	33,50	0,000**
	BPB/ Tanısı Olan	4	51,50±9,46	48,50	

BPB:Bipolar Bozukluk

Mann-Whitney U Testi * $p<0,05$ ** $p<0,001$

Bipolar bozukluk tanısı olan ve tanısı olmayan gruplar arasında duygusal istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal ve toplam travma puanlarının ortalamasında, istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Bipolar bozukluk tanısı olanlarda travma puanları daha yüksek bulunmuştur.

Her iki grubun cinsel istismar ve fiziksel istismar alt ölçek puanlarının farklılaşmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

4.5.6 Anksiyete Bozukluğu Tanısı Olan Ve Tanısı Olmayanların CTQ-28 Puanlarının Karşılaştırılması

Toplam araştırma grubundaki (n=80), anksiyete bozukluğu tanısı olanlar (n=11) ve tanı almayanlar (n=52) iki gruba ayrılarak, toplam travma ve alt ölçek puanlarının ortalamaları karşılaştırılmıştır (Tablo 22).

Tablo 22: Anksiyete Bozukluğu Tanısı Olan Ve Tanısı Olmayanların CTQ-28 Puanlarının Karşılaştırılması

		Sayı	Ortalama	Medyan	P
		n	Ort±SS		
Duygusal İstismar	Tanısı Olmayan	52	6,79±2,35	6,00	0,019*
	Anksiyete Boz./ Tanısı Olan	11	8,36±2,58	8,00	
Fiziksel İstismar	Tanısı Olmayan	52	5,21±0,63	5,00	0,171
	Anksiyete Boz./ Tanısı Olan	11	5,55±1,03	5,00	
Fiziksel İhmal	Tanısı Olmayan	52	6,42±1,99	5,00	0,001*
	Anksiyete Boz. / Tanısı Olan	11	8,55±1,86	8,00	
Duygusal İhmal	Tanısı Olmayan	52	10,00±3,55	9,50	0,004*
	Anksiyete Boz./ Tanısı Olan	11	14,09±4,41	16,00	
Cinsel İstismar	Tanısı Olmayan	52	5,12±0,42	5,00	0,001*
	Anksiyete Boz. / Tanısı Olan	11	6,18±2,08	5,00	
Total	Tanısı Olmayan	52	33,54±5,68	33,50	0,001*
	Anksiyete Boz. / Tanısı Olan	11	42,73±8,58	43,00	

Mann-Whitney U Testi * $p<0,05$

Anksiyete bozukluğu tanısı olan ve tanısı olmayan gruplar arasında duygusal istismar, cinsel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal ve toplam travma puanlarının ortalamasında, istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Anksiyete bozukluğu tanısı olan grupta travma puanlarının ortalaması daha yüksek saptanmıştır.

Her iki grup arasında fiziksel istismar alt ölçek puanları arasında anlamlı fark olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$).

4.5.7 Alkol/ Madde kullanım Bozukluğu Olanların Ve Tanısı Olmayanların CTQ-28 Puanlarının Karşılaştırılması

Toplam araştırma grubunda (n=80) alkol/madde kullanım bozukluğu tanısı olanlar (n=5) ve tanısı olmayanlar (n=52) olarak iki grup oluşturulmuş, toplam travma ve alt ölçek puanlarının ortalamaları karşılaştırılmıştır (Tablo 23).

Tablo 23: Alkol/ Madde Kullanım Bozukluğu Tanısı Olan Ve Tanısı Olmayanların CTQ-28 Puanlarının Karşılaştırılması

		Sayı	Ortalama	Medyan	P
		n	Ort±SS		
Duygusal İstismar	Tanısı Olmayan	52	6,79±2,35	6,00	0,262
	Alkol-Madde Kul.Boz/Tanısı Olan	5	8,80±4,76	8,00	
Fiziksel İstismar	Tanısı Olmayan	52	5,21±0,63	5,00	0,076
	Alkol-Madde Kul.Boz/Tanısı Olan	5	7,60±5,27	5,00	
Fiziksel İhmal	Tanısı Olmayan	52	6,42±1,99	5,00	0,501
	Alkol-Madde Kul. Boz/Tanısı Olan	5	7,20±2,49	7,00	
Duygusal İhmal	Tanısı Olmayan	52	10,00±3,55	9,50	0,593
	Alkol-Madde Kul. Boz/Tanısı Olan	5	11,00±4,63	14,00	
Cinsel İstismar	Tanısı Olmayan	52	5,12±0,42	5,00	0,044*
	Alkol-Madde Kul. Boz/Tanısı Olan	5	7,60±3,43	6,00	
Total	Tanısı Olmayan	52	33,54±5,68	33,50	0,227
	Alkol-Madde Kul. Boz/Tanısı Olan	5	42,20±16,45	41,00	

*Mann-Whitney U Testi *p<0,05*

Alkol/ madde kullanım bozukluğu tanısı olan ve tanısı olmayan gruplar arasında cinsel istismar puanında, istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p<0,05). Alkol/ madde kullanım bozukluğu tanısı olan grupta travma puanları daha yüksek saptanmıştır.

Her iki grup arasında fiziksel istismar, duygusal istismar, duygusal ihmal, fiziksel ihmal ve toplam travma alt ölçek puanları arasında fark olmadığı bulunmuştur (p>0,05).

4.6 CTQ-28 Puanlarının DSM-IV Eksen I Tanıları Üzerine Etkisi

Araştırma grubu içerisindeki psikiyatrik tanısı olanlarda, travma alt ölçek ve toplam travma puanlarının daha yüksek bulunması nedeniyle; CTQ-28 alt ölçek ve toplam travma puanlarının psikiyatrik tanı, ek tanı, duygudurum bozukluğu, depresif bozukluklar, bipolar bozukluk, anksiyete bozukluğu, alkol/madde kullanım bozukluğu üzerine etkisi araştırılmıştır. Bu amaç doğrultusunda lojistik regresyon yöntemi kullanılmıştır.

Psikiyatrik tanıya; duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal, cinsel istismar ve toplam travma puanının etkisi araştırılmıştır. Sonuçlar Tablo 24'te görülmektedir.

Tablo 24: Psikiyatrik Tanıyı Etkileyen Travma Alt Tipleri

	B	S.E.	Wald	df	p	Exp(B)	%95 G.A.	
							Alt	Üst
Duygusal istismar	0,245	0,079	9,538	1	0,002	1,278	1,094	1,493
Fiziksel ihmal	0,224	0,105	4,525	1	0,033	1,251	1,018	1,537

Psikiyatrik tanıyı etkileyen faktörler incelendiğinde duygusal istismar ve fiziksel ihmalin etkili olduğunu bulunmuştur.

Duygusal istismardaki 1 birimlik artış psikiyatrik tanı konma riskini 1,28 kat arttırmaktadır.

Fiziksel ihmaldeki 1 birimlik artış psikiyatrik tanı konma riskini 1,25 kat arttırmaktadır.

Ek psikiyatrik tanıya; duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal, cinsel istismar ve toplam travma puanının etkisi araştırılmıştır (Tablo 25).

Tablo 25: Ek Psikiyatrik Tanıyı Etkileyen Travma Alt Tipleri

	B	S.E.	Wald	df	p	Exp(B)	%95 G.A.	
							Alt	Üst
Fiziksel ihmal	0,354	0,139	6,491	1	0,011	1,424	1,085	1,870

Ek tanıyı etkileyen faktörler incelendiğinde fiziksel ihmalin etkili olduğu saptanmıştır.

Fiziksel ihmaldeki 1 birimlik artış ek tanı konma riskini 1,42 kat arttırmaktadır.

Duygudurum bozukluğu tanısına; duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal, cinsel istismar ve toplam travma puanının etkisi araştırılmıştır (Tablo 26).

Tablo 26: Duygudurum Bozukluğu Tanısını Etkileyen Travma Alt Tipleri

	B	S.E.	Wald	df	p	Exp(B)	%95 G.A.	
							Alt	Üst
Duygusal istismar	0,322	0,081	15,792	1	0,001	1,380	1,177	1,617

Duygudurum bozukluğu tanısını etkileyen faktörler incelendiğinde duygusal istismarın etkili olduğu bulunmuştur.

Duygusal istismardaki 1 birimlik artış duygudurum bozukluğu tanısı koyma riskini 1,38 kat arttırmaktadır.

Depresif bozukluk tanısına; duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal, cinsel istismar ve toplam travma puanının etkisi araştırılmıştır (Tablo 27).

Tablo 27: Depresif Bozukluk Tanısını Etkileyen Travma Alt Tipleri

	B	S.E.	Wald	df	p	Exp(B)	%95 G.A.	
							Alt	Üst
Duygusal istismar	0,199	0,074	7,250	1	0,007	1,220	1,056	1,410

Depresif bozukluğu etkileyen faktörler incelendiğinde duygusal istismarın etkili olduğu saptanmıştır.

Duygusal istismardaki 1 birimlik artış depresif bozukluk tanısı koyma riskini 1,22 kat arttırmaktadır.

Bipolar bozukluk tanısına; duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal, cinsel istismar ve toplam travma puanının etkisi araştırıldığında yukarıda belirtilen faktörlerin etkisi saptanamamıştır.

Anksiyete bozukluğu tanısına; duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal, cinsel istismar ve toplam travma puanının etkisi araştırılmıştır (Tablo 28).

Tablo 28: Anksiyete Bozukluğu Tanısını Etkileyen Travma Alt Tipleri

	B	S.E.	Wald	df	p	Exp(B)	%95 G.A.	
							Alt	Üst
Duygusal ihmal	0,195	0,065	8,889	1	0,003	1,215	1,069	1,381

Anksiyete bozukluğunu etkileyen faktörler incelendiğinde duygusal ihmalin etkili olduğu saptanmıştır.

Duygusal ihmaldeki 1 birimlik artış anksiyete bozukluğunu görülme riskini 1,22 kat arttırmaktadır.

Alkol/madde kullanım bozukluğu tanılarına; duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal, cinsel istismar ve toplam travma puanının etkisi incelenmiştir (Tablo 29).

Tablo 29: Alkol/ Madde Kullanım Bozukluğu Tanılarını Etkileyen Travma Alt Tipleri

	B	S.E.	Wald	df	p	Exp(B)	%95 G.A.	
							Alt	Üst
Fiziksel istismar	0,366	0,171	4,571	1	0,033	1,442	1,031	2,018

Alkol/madde kullanım bozukluğunu etkileyen faktörler incelendiğinde fiziksel istismarın etkili olduğu bulunmuştur.

Fiziksel istismardaki 1 birimlik artış alkol/madde kullanım bozukluğu görülme riskini 1,44 kat arttırmaktadır.

5.TARTIŞMA

Bu çalışma, bipolar ebeveynlerin erişkin çocuklarında, DSM-IV'e göre eksen I tanılarının görülme sıklığını belirlemek, çocukluk çağı istismar ve ihmalinin I.eksen tanılarını üzerine nasıl bir etkisinin olduğunu araştırmak üzere planlanmıştır.

Çalışmamızın sonuçları genel olarak değerlendirildiğinde herhangi bir psikiyatrik hastalığı olmayan ebeveyne sahip olan kontrollere göre, bipolar I bozukluk tanısıyla takip edilen ebeveynlerin çocuklarında duygudurum bozukluğu, bipolar bozukluk, anksiyete bozukluğu artmış oranlarda görülmektedir ve komorbidite oranı daha yüksektir. Bu bulgular bipolar ebeveynlerin çocuklarının çeşitli psikiyatrik bozuklukların gelişimi açısından artmış risk altında oldukları hipotezini desteklemektedir. Ayrıca bipolar ebeveynlerin çocuklarında çocukluk çağı istismar ve ihmal skorları, herhangi bir psikiyatrik hastalığı olmayan ebeveynlerin çocuklarına göre daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda duygudurum bozukluğu başta olmak üzere, psikopatoloji gelişiminde özellikle duygusal istismarın etkisinin olduğu saptanmıştır.

Literatürde bipolar ebeveynlerin çocuklarında psikopatoloji görülme sıklığının sağlıklı ebeveynlerin çocuklarına göre artmış olduğu kabul edilmekle birlikte, bildirilen psikopatolojilerin görülme oranları ve artmış olarak görülen hastalık tipleri değişkenlik göstermektedir. Değişken sonuçların bir kısmı çalışmaların metodolojik farklılıklarından kaynaklanmaktayken, çalışmalardaki örneklem grubunun yaş aralığının da bu değişken sonuçlara katkısı bulunmaktadır. Yapılan çalışmalarda genellikle çocukluk ve ergenlik dönemlerine ağırlık verilirken, psikopatolojilerin belirginleştiği erişkinlik dönemini içeren çalışmalar kısıtlıdır.

Lapalme ve arkadaşları tarafından yapılan bipolar ailelerin erişkin çocuklarının da dahil edildiği meta-analiz çalışmasında, bipolar ebeveynlerin çocuklarında herhangi bir psikiyatrik hastalık görülme oranının %52, duygudurum bozukluğu görülme oranının %26,5 olduğu belirtilirken, sağlıklı ebeveynlerin çocuklarında herhangi bir

psikiyatrik hastalık görülme oranının %29, duygudurum bozukluğu görülme oranının ise %8,3 olduğu belirtilmiştir. Bipolar ebeveynlerin çocuklarında bipolar bozukluk %5,4 oranında görülürken, sağlıklı ebeveynlerin çocuklarında hiç bildirilmemiştir. Unipolar bozukluklar ise bipolar ebeveynlerin çocuklarında %8,5, sağlıklı ebeveynlerin çocuklarında ise %7,5 oranında saptanmış ve her iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (7).

Delbello ve Geller, duygudurum bozukluklarının bipolar ebeveynlerin çocuklarında %5- 67 oranları arasında görüldüğünü, sağlıklı ebeveynlerin çocuklarında ise bu oranın %0-38 arasında değiştiğini, diğer psikopatolojilerin ise %5-52 arasında görüldüğünü, sağlıklı ebeveynlerin çocuklarında ise %0-25 arasında değiştiğini bildirmişlerdir (48). Walls ve arkadaşları bipolar ebeveyni olan 12-21 yaş arası çocuklarda DSM-IV'e göre herhangi bir hastalık görülme oranını %29, duygudurum bozukluğu görülme oranını, %14 bipolar spektrum bozukluğu görülme oranını %3, anksiyete bozukluğu görülme oranını ise %8 olarak bildirmişlerdir (83). Çalışmaların çoğunda, bipolar ebeveynlerin çocuklarında psikiyatrik tanı görülme oranının yüksek olduğu, özellikle duygudurum bozuklukları başta olmak üzere, anksiyete bozuklukları ve alkol madde kullanım bozukluklarının artmış olduğu belirtilmektedir (8,47,51,52,84,85).

Bizim çalışmamızda eksen I psikiyatrik hastalık görülme oranı bipolar ebeveynlerin çocuklarında %35 oranında saptanmıştır. Kontrol grubunda ise bu oran %10'dur. Psikopatoloji görülme oranları kontrol grubuna göre yaklaşık olarak 3 kat daha fazladır. Bipolar ebeveynlerin çocuklarında psikopatoloji görülme sıklığı diğer çalışmalarda daha yüksek oranlarda bildirilmiştir (7,8,51,52). Zaitelli ve arkadaşları psikopatoloji görülme sıklığını %71,4 olarak bildirirlerken, Grigoriu-Serbanescu ve arkadaşları %61 olarak belirtmişlerdir (51,84). Türkiye örnekleminde yapılan Akdemir ve Gökler'in çalışmasında, bipolar ebeveynlerin 6-17 yaş grubu çocuklarında %75 olarak saptanmıştır (8). Bu çalışmada psikopatoloji oranlarının düşük olmasının sebebi metodolojik farklılıklar olabileceği gibi, diğer çalışmalardaki çocukluk çağında başlayan ve erişkinlikte de sürebilen sıklıkla komorbidite gösteren DEHB gibi tanılarının araştırmaya dahil edilmeyişi olabilir (7,8,84).

Çalışmamızda ağırlıklı olarak görülen tanılar duygudurum bozukluğu ve anksiyete bozukluğu iken, komorbidite oranlarının yüksekliği de dikkat çekmektedir. Bipolar hastaların çocuklarının %20'sinde duygudurum bozukluğu görülmekteyken, %5'ini bipolar bozukluk oluşturmaktadır. Major depresyon, distimi ve unipolar

depresyon %15’inde görülmüştür. Kontrol grubunda ise bipolar bozukluk hiç görülmezken, depresif bozukluklar %8,8’inde saptanmıştır. Kontrol grubunda görülen depresif bozukluğun sadece major depresyon olduğu gözlenmiştir. Depresif bozuklukların görülme oranı açısından bipolar ve sağlıklı ebeveyni olan gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Chang ve arkadaşları bipolar ebeveynlerin çocuklarında depresyon ve distimi görülme oranını %15 olarak bildirmişlerdir (85). Grigoriu-Serbanescu ve arkadaşları ise depresif bozuklukların görülme oranını bipolar ebeveynlerin çocuklarında %8, kontrol grubunda ise %1 olarak belirtmişlerdir (84). Depresif bozuklukların görülme oranları arasında fark olmaması, Lapalme ve arkadaşlarının çalışmasında bildirilenlerle uyumlu olmakla beraber, bipolar ebeveynlerin çocuklarında depresyon görülme oranının sağlıklı ebeveynlerin çocuklarından daha fazla olduğunu belirten çalışmalar bulunmaktadır (8,84,86). Çocuk ve ergen yaş grubunda yapılan çalışmalarda, örneklem grubunun henüz depresyon ve bipolar bozukluk için riskli yaş döneminde olmadıkları ve bu hastalıkların görülme oranlarının artabileceği vurgulanmıştır. Bununla birlikte diğer çalışmaların sonuçlarıyla kıyaslandığında, çalışmamızda duygudurum bozukluklarının görülme sıklığı açısından belirgin bir fark gözlenmemiştir. Henin ve arkadaşları ise bipolar ebeveynlerin çocuklarında, depresyon başlangıcının erken çocukluk döneminde ve bipolar bozukluğun başlangıcının prepubertal veya adolesan dönemde olduğunu bildirmişlerdir (52). Çalışmamızdaki depresyon ve bipolar bozukluk oranlarının erken dönem çalışmalarıyla benzerlik göstermesi, Henin ve arkadaşlarının belirttikleri, bipolar ebeveynlerin çocuklarında duygudurum bozukluklarının erken başlangıçlı olduğu bulgusunu destekler niteliktedir.

Çalışmamızda bipolar ebeveyni olan çocukların %13,8’inde anksiyete bozukluğu, %6,2’sinde alkol/ madde kullanım bozukluğu olduğu, kontrol grubunda ise %3,8’inde anksiyete bozukluğu, %2,5’inde alkol/madde kullanım bozukluğu olduğu saptanmıştır. Literatürle benzer olarak anksiyete bozukluğu görülme oranının bipolar ebeveynlerin çocuklarında daha yüksek olduğu ve sıklıkla komorbid olduğu gözlenmiştir (84-87). Buna rağmen alkol ve madde kullanım bozuklukları diğer çalışmaların aksine oldukça düşük saptanırken, kontrol grubu ile anlamlı farklılık gözlenmemiştir. Kontrol grubumuzda da düşük görülen alkol ve madde kullanım bozukluğu oranları göz önünde bulundurulduğunda, bu sonuçlar diğer ülkelere oranla Türkiye’de daha düşük alkol/madde kullanımının olmasından etkilenmiş olabilir.

Bipolar hastaların çocuklarında birden fazla tanı alma oranları yüksektir. Çalışmamızda komorbidite oranı bipolar ebeveynlerin çocuklarında %12,5, herhangi bir psikiyatrik hastalığı olmayan ebeveynlerin çocuklarında %2,5 olarak tespit edilmiştir. Çalışmamızdaki en sık görülen ek tanımlar anksiyete bozukluğu ve alkol/madde kullanım bozuklukları iken literatürde özellikle DEHB'nun ve davranım bozukluğunun da sıklıkla komorbid olduğu belirtilmiştir (52,85).

Çalışmamızda ek olarak dissosiyatif belirtiler de araştırılmış ve bu araştırma için DES ölçeği kullanılmıştır. Bipolar ebeveynlerin çocuklarında kontrol grubuna göre dissosiyatif belirtilerin daha sık yaşandığı gözlenmiştir.

Sonuçta bipolar ebeveynlerin erişkin çocuklarında görülen psikiyatrik belirti ve tanımlar geniş bir yelpaze içine dağılmış bulunmaktadır. Bu psikopatolojilerin görülme sıklığının çocukluk ve ergenlik dönemi çalışmalarıyla benzer olması artmış psikopatoloji riskine ek olarak psikiyatrik hastalıkların erken dönem başlangıçlı olabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda, hasta ebeveynin cinsiyeti ve hastalığın klinik özellikleriyle, çocuklarında görülen psikopatoloji arasında nasıl bir ilişki olduğu araştırılmıştır. Hasta ebeveynin cinsiyetine göre çocuklarında görülen psikiyatrik tanı görülme sıklığı incelendiğinde herhangi bir farklılık saptanmazken, ebeveynin hastalık süresi, geçirilmiş atak ve hastaneye yatış sayısı, klinik tabloya psikotik özelliklerin eşlik etmesi ile çocuklarında görülen psikopatoloji arasında da ilişki bulunmamıştır. Ebeveyn cinsiyetinin çocuklarında psikopatoloji görülme oranını etkilemediğini belirten çalışmaların yanı sıra (8,84), annede görülen duygudurum bozukluğunun çocuklarında duygudurum bozukluğu görülme riskini arttırdığını bildiren çalışmalar da vardır (88). Akdemir ve Gökler'in yaptıkları çalışmada ebeveyn hastalığının klinik özellikleri ile çocuklarındaki psikopatoloji arasında ilişki saptanmamıştır (8). Bununla birlikte Duffy ve arkadaşları, ebeveynin hastalığının başlangıç yaşının ve psikotik özelliklerin çocuklarında duygudurum bozukluğunu etkilemediğini ama ebeveyn hastalığının seyri ile çocuklarının hastalığının seyri arasında kuvvetli bir ilişki olduğunu belirtmişlerdir (87). Grigoriu-Serbanescu ve arkadaşları ise ebeveyn hastalığının başlama yaşı, geçirilen manik ve mikst dönem sayıları ile çocuklarında görülen psikopatolojinin şiddeti arasında ilişki olduğunu bildirmişler, geçirilen depresif dönem sayısı ve bipolar ebeveynle yaşama süresi arasında ilişki saptamamışlardır (84).

Çalışmamızdaki psikopatoloji saptanan çocukların %60,7'sinin, ebeveynlerine bipolar I duygudurum bozukluğu tanısı konulduğunda 3 yaşından küçük ya da henüz

doğmamış olduğu gözlenmiştir. Yapılan çalışmalarda, bipolar ebeveynin hastalığıyla, sebep olabileceği marital sorunlarla, etkilenmiş ebeveynlik işlevleriyle erken karşılaşmanın, çocuğun sosyal ve duygusal gelişimini, duygularını kontrol etme ve sorunlarla baş etme yetisini etkileyebileceği, kendisini tehlikeli konumda hissedebileceği ileri sürülmüştür (37,40). Çocuğun nöro-gelişimsel dönemde bipolar ebeveyninin olması, hastalığın sebep olabileceği aile, evlilik ve sosyoekonomik etkilere maruz kalmasına sebep olarak, genetik yatkınlığı olan psikopatoloji gelişimine katkı sağlıyor olabilir.

Literatürde, bipolar ebeveynlerin çocuklarında görülen psikopatoloji ile ilgili yapılan çalışmaların yanı sıra aile ortamı, yaşam olayları ile ilişkisini araştıran çalışmalar bulunmaktadır. Ancak bu çocuklarda çocukluk çağı istismar ve ihmalinin sıklığına ve psikopatolojiye etkisine yönelik çalışma bulunmamaktadır.

Çalışmamızda bipolar ebeveynlerin erişkin çocuklarında çocukluk çağı istismar ve ihmali, duygusal, fiziksel ve cinsel olmak üzere alt boyutları ile araştırılmıştır. Bu araştırma için CTQ-28 ölçeği kullanılmıştır. CTQ-28 ölçek skorlarına göre bipolar ebeveyni olan çocukların duygusal istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal ve toplam travma skorları kontrol grubuna göre çok daha yüksek saptanmıştır. Hasta ebeveynin cinsiyetine göre ise çocukların istismar ve ihmal skorlarının farklılaşmadığı fakat kontrol grubuna göre duygusal istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal ve toplam travma skorlarının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Ebeveynin psikiyatrik hastalığının olmasının çocuklarında istismar riskini arttırdığı bilinmektedir (59,60). Çengel-Kültür ve arkadaşlarının istismar ve ihmal mağduru çocukların demografik özelliklerini araştırdıkları çalışmalarında, çocukların %15,1'inin annesinde, %28,3'ünün babasında psikiyatrik hastalık olduğu belirtilmiştir (60). Bu bulgular doğrultusunda, bipolar ebeveyne sahip olan çocukların da diğer psikopatolojileri olan ebeveynlerin çocukları gibi, çocukluk çağı istismar ve ihmal yaşantılarının daha fazla olduğu söylenebilir. Fakat bu çocuklarda öfkeli mizacın, davranış problemlerinin sık görülmesi, psikopatolojilerin erken yaşta başlaması da mağduriyete katkı sağlıyor olabilir.

Ebeveynin geçirdiği toplam atak sayısı ile istismar ve ihmal skorları arasında ilişki saptanmazken, depresif dönemlerin sayısı arttıkça duygusal ve fiziksel ihmal skorlarının arttığı, bu artışın toplam travma skorlarına da yansıdığı gözlenmiştir. Benzer olarak geçirilen hipomanik dönem sayısı ile duygusal ihmal ve toplam travma skorları arasında da pozitif bir ilişki saptanmıştır. Depresif ve hipomanik dönemler bipolar

bozukluk seyrinde genellikle gözden kaçabilen ve tedaviye başvurmada gecikmeler yaşanabilen dönemlerdir. Depresif dönemlerin daha sinsi başladığı, belirtilerin başlangıçta hafif seyirli olabileceği, rahatsızlığın fark edilmeyebileceği bildirilmiştir (89). Bipolar depresyonun anjeri, psikomotor retardasyon gibi klinik özellikleri göz önünde bulundurulduğunda çocuğun temel gereksinimlerinin anne veya baba tarafından karşılanmasındaki güçlükler çocukluk çağı ihmaline sebep olmuş olabilir. Geçirilen manik dönem sayısının ise duygusal istismarı azalttığına dair ilişki saptansa da bu ilişki toplam travma skorlarına yansımamıştır.

Bipolar bozukluğun aile işlevselliği üzerine etkileri ile ilgili kısıtlı olan çalışmaların bulguları, (1) manik ve mikst dönemlerin aile yapısını daha çok etkilediği ve daha kötü sonuçlarının olabileceği, (2) depresyonun aileye getirdiği yüke manik ve hipomanik dönemlerin etkisinin belirgin olmadığı, (3) bipolar bozukluğun zaman zaman artan işlevselliğinin depresyonun etkisini azaltabileceği şeklinde özetlenmiştir (90). Aile içi sosyal ortamın, evlilik sorunlarının çocukluk çağında travmaya maruz kalma riskini arttırdığı göz önünde bulundurulduğunda, özellikle geçirilmiş depresif dönem sayısı arttıkça ihmal skorlarının artması, depresyonun ebeveyn işlevselliğini ve aile yapısını daha çok etkilemesinden kaynaklanıyor olabilir.

Bipolar ebeveynlerin çocuklarında, eksen I psikiyatrik tanılarla çocukluk çağı travmasının ilişkisi daha önce ayrıntılı olarak araştırılmamıştır. Çalışmamızda bipolar ebeveynlerin çocuklarında duygusal istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal ve toplam travma skorlarının yüksek olduğu gözlenirken, psikiyatrik tanı alan ve almayan grupların istismar ve ihmal skorları karşılaştırılmıştır ve psikiyatrik tanılara istismar ve ihmal alt tiplerinin etkisi incelenmiştir. Bipolar ebeveynlerin tanı alan çocuklarında duygusal istismar, cinsel istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal ve toplam travma skorları daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda bipolar ebeveynlerin komorbid tanı alan çocuklarında ise duygusal istismar, cinsel istismar, duygusal ihmal, fiziksel ihmal ve toplam travma skorlarının, tanı almayanlara göre daha yüksek olduğu gözlenmiştir.

Literatürde çocukluk çağı travmasının psikiyatrik morbiditeyi arttırdığı vurgulanarak, duygudurum bozukluğu, anksiyete bozukluğu, yeme bozuklukları, dissosiyatif bozukluk, madde bağımlılığı ve psikoz ile ilişkisine dikkat çekilmiştir (61,91,92). Zlotnick ve arkadaşları, çocuklukta veya erişkinlikte, travmatik bir yaşantıya maruz kalmanın distimi, panik bozukluk, alkol/madde kullanım bozukluğu ve antisosyal kişilik bozukluğu başta olmak üzere, artmış psikopatoloji oranları ile ilişkili olduğunu

bildirmişler ve özellikle çocukluktaki travmatik yaşantıların artmış psikopatoloji ile daha fazla ilişkili olduğunu ileri sürmüşlerdir (73). Bulgularımız, çocukluk çağı travması ile psikopatoloji arasındaki ilişki olduğunu belirten çalışmaların sonuçlarıyla uyushmaktadır.

Bununla birlikte, bipolar hastaların psikiyatrik tanı alan çocukları daha fazla travmatik yaşantı bildirmesine rağmen, çocukluk çağı travmasının alt tiplerinin psikiyatrik tanıya etkisi incelendiğinde ise sadece duygusal istismar ve fiziksel ihmalin etkili olduğu saptanmıştır. Duygusal istismardaki 1 birimlik artışın psikiyatrik tanı alma riskini 1,28 kat arttırdığı, fiziksel ihmaldeki 1 birimlik artışın ise psikiyatrik tanı alma riskini 1,25 kat arttırdığı gözlenmiştir. Ek tanıya etkisi incelendiğinde ise fiziksel ihmalin ek tanı riskini 1,42 kat arttırdığı saptanmıştır. Diğer travma alt tipleri ile psikiyatrik tanıların ilişkisi ise non-spesifik olarak kalmıştır.

Duygusal istismarın tanımlanmasında güçlüklerin olması ve diğer travmatik yaşantılarla birlikte görülmesi nedeniyle psikopatoloji gelişimine etkisi tam olarak bilinmemektedir. Bununla birlikte literatürde duygusal istismarın çocuk gelişimine ciddi zarar verebileceği ve bu zararın erişkinlik döneminde de devam edebileceği belirtilmektedir (93). Madde kötüye kullanımı, suisid girişimi, depresyon ve anksiyete bozukluğu gibi birçok olumsuz sonuçla ilişkilendirilmiştir (94).

Çocukluk çağı ihmali en sık görülen travmatik yaşantı olmasına rağmen sonuçları ile ilgili çalışmalar kısıtlıdır. Fiziksel ihmal ise en sık görülen ihmal alt tipidir. İhmal öyküsü olanlarda depresif semptomların, anksiyete ve dissosiyatif belirtilerin daha fazla gözleendiği bildirilmiştir (95). Carter ve Myers, ruhsal hastalığı olan ebeveynlerin çocuklarında fiziksel ihmalin yaklaşık 2 kat daha fazla olduğunu bildirmişlerdir (96).

Çalışmamızda bipolar hastaların duygudurum bozukluğu tanısı olan çocuklarında duygusal istismar, cinsel istismar, duygusal ihmal, fiziksel ihmal ve toplam travma skorları, tanısı olmayanlara göre daha yüksek saptanmıştır. Bipolar bozukluk tanısı alan çocuklarda duygusal istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal ve toplam travma skorları daha yüksekken, depresif bozukluk görülenlerde duygusal istismar, fiziksel istismar ve toplam travma skorları daha yüksek bulunmuştur. Zavachi ve arkadaşları duygudurum bozuklukları ile fiziksel ve cinsel istismarın ilişkisini araştırdıkları çalışmalarında, her iki istismarın da duygudurum bozukluğu olanlarda daha fazla bildirildiğini belirtmişlerdir (92).

Levitan ve arkadaşları ise major depresyon ile çocukluk çağında maruz kalınan fiziksel ve cinsel istismar arasında kuvvetli bir ilişki olduğunu bildirmişlerdir (97). Bu çalışmalara ek olarak duygusal istismarın ve duygusal ihmalin depresyonla kuvvetli ilişkisi olduğu belirtilmiştir (98). Duygusal istismarın depresyon ile ilişkisini araştıran çalışmalarda, duygusal istismarın özellikle depresyon gelişimi için kognitif bir yatkınlık sağladığı, depresif kognisyonların ileride depresyon gelişimine yol açabileceği ileri sürülmüştür (99). Çalışmamızda bipolar ebeveynlerin depresif bozukluk tanısı alan çocuklarında, çocukluk çağı travmasının alt tiplerinin tanıya etkisi incelendiğinde duygusal istismarın depresyon riskini 1,22 kat arttırdığı, cinsel istismarın etkisinin non-spesifik olduğu gözlenmiştir. Bu bulgu, özellikle duygusal istismarın depresyon gelişimine olan etkisi ile ilgili çalışmaların bulgularını destekler niteliktedir.

Çalışmamızda bipolar bozukluk tanısı alan çocuklarda duygusal istismar ve ihmal daha fazla bildirilmesine rağmen, çocukluk çağı travmasının bipolar bozukluk üzerine etkisi incelendiğinde herhangi bir ilişki saptanmamıştır. Literatürde, bipolar bozukluk ile çocukluk çağı travmasının ilişkisini gösteren çalışmalar mevcuttur. Fiziksel istismar, duygusal istismar ve cinsel istismarın bipolar bozuklukla ilişkili olduğu belirtilmiştir (76,92,97,100). Etain ve arkadaşları bipolar hastalarda multipl travma alt tiplerinin bir arada bulunabileceğini belirtmişler ve öncelikli olarak duygusal istismarın bipolar bozukluk ile ilişkili olduğunu saptamışlardır (100). Goldstein ve arkadaşları bipolar ebeveynlerin, bipolar duygudurum bozukluğu tanılı çocuklarında cinsel ve fiziksel istismar öyküsünün daha sık olduğunu bildirmişlerdir (101). Çalışmamızda bipolar ebeveynlerin bipolar çocuklarında çocukluk çağı travmasının etkisinin saptanmamış olması öncelikle hastalık gelişiminde, genetik ve diğer çevresel faktörlerin etkisini düşündürmektedir. Ancak olgu sayısının kısıtlılığı göz önünde bulundurulduğunda sonuçların genelleştirilmesi için, geniş örneklem gruplu izlem çalışmalarına ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda bipolar ebeveynlerin anksiyete bozukluğu tanısı alan çocuklarında duygusal istismar, cinsel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal ve toplam travma skorlarının yüksek olduğu gözlenmiştir. Çocukluk çağı travmasının etkisi incelendiğinde ise duygusal ihmalin anksiyete bozukluğu görülme riskini 1,22 kat arttırdığı saptanmıştır. Anksiyete bozukluğu ve travma ilişkisini araştıran daha önceki çalışmalarda, fiziksel ve cinsel istismarın rolüne öncelik verilirken, anksiyete bozukluğu ve depresyon genellikle birlikte değerlendirilmiştir. Duygusal istismar ve ihmalin rolüne daha az önem verilmiştir. Hovens ve arkadaşları, depresyon ve anksiyete

bozukluklarında travmanın etkisini araştırdıkları çalışmalarında, anksiyete bozukluğu olan hastalarda en çok bildirilen travma tipinin duygusal ihmal olduğunu saptamışlardır. Yazarlar, duygusal ihmal, duygusal istismar ve fiziksel istismarın anksiyete bozukluğu ile ilişkili olduğunu belirtmişlerdir (98).

Çalışmamızda alkol/madde kullanım bozukluğu olan bipolar ebeveynlerin çocuklarında sadece cinsel istismar skorunun tanı almayanlardan yüksek olduğu saptanırken, fiziksel istismarın ise alkol/madde kullanım bozukluğunu 1,44 kat arttırdığı gözlenmiştir. Fiziksel ve cinsel istismarın alkol/madde kullanım bozukluklarıyla ilişkisi bilinmektedir (102). Westermeyer ve arkadaşları, madde kullanım bozukluğu olan 642 hastada yaptıkları çalışmalarında %30,4'ünün fiziksel istismara maruz kaldığını bildirdiklerini saptamışlardır (103). Evren ve arkadaşları, 66 alkol ve 66 madde bağımlılığı olan hasta ile yaptıkları çalışmalarında, madde bağımlılığı olanlarda istismar oranlarının alkol bağımlılığı olanlara göre daha fazla olduğunu, alkol bağımlılığı olanların %33,3'ünde fiziksel istismar, %22,7'sinde duygusal istismar, %10,6'sında cinsel istismar öyküsünün olduğu, madde bağımlılarında ise fiziksel istismarın %47, duygusal istismarın %42,4, cinsel istismarın %13,6 oranında olduğu bildirilmiştir (104). Çalışmamızın bulguları literatürde bildirilenlere benzer olarak, fiziksel istismarın alkol ve madde kullanım bozukluklarındaki önemini göstermektedir. Bununla birlikte bipolar ebeveynlerin alkol ve madde kullanım bozukluğu olan çocuklarında, diğer travma alt tiplerinin etkisinin araştırılabilmesi için geniş örneklem gruplarına ihtiyaç vardır.

Bipolar bozuklukta suisid girişimi %25-50 oranında görülmektedir (42). Ebeveynin suisid girişiminin çocuklarında psikiyatrik hastalık gelişimi ve suisid girişimi açısından risk faktörü olduğu belirtilmiştir. Ebeveyn kaybı sonrası bozulan aile yapısı ve kayıp sonrası olumsuz yaşam olaylarının çocuklarının psikososyal gelişimini etkileyebileceği bildirilmiştir (105). Bipolar annelerin suisid girişimleri ile çocuklarında adolesan dönemdeki suicidal düşünceleri arasında korelasyon olduğu, ileri yaşlarda bipolar annelerin çocuklarında daha fazla suisid düşüncelerinin olabileceği ileri sürülmüştür. Çalışmamızda, suisid girişimi bipolar ebeveynlerin çocuklarında %6,2 oranında gözlenirken, kontrol grubunda gözlenmemesi, bipolar ebeveyni olan çocuklarda sağlıklı ebeveyni olanlara göre suisid girişiminin daha sık gözlendiğini desteklemektedir. Ebeveynlerin ve çocuklarının suisid girişimleri arasında ilişki saptanmaması ise, suisid girişimi olan olgu sayısının yeterli olmamasından kaynaklanıyor olabilir.

Suisid girişimi olan çocuklarda cinsel istismar, fiziksel istismar ve duygusal istismar skorlarının yüksek olduğu, aynı ilişkinin toplam travma skorlarında da gözlemlendiği saptanmıştır. Çalışmalar, çocukluk çağı istismar ve ihmalinin çocukluk, ergenlik ve erişkinlik dönemlerindeki suicidal davranışlarla ilişkili olduğunu göstermektedir. Akyüz ve arkadaşları genel popülasyonda yaptıkları çalışmalarında en az bir tip istismar veya ihmal öyküsü olan kişilerde suisid girişimi oranlarının 15 kat arttığını belirtmişlerdir (106). Özellikle duygusal istismar öyküsünün suisid girişiminde önemli rol oynadığı, suisid riskini 12 kat arttırdığı, fiziksel istismar öyküsünün ise suisid riskini 5 kat arttırdığı bildirilmiştir (61). Bu bulgular doğrultusunda, bipolar ebeveynlerin çocuklarında artmış suisid girişimlerinin görülmesinde çocukluk çağı istismarının da etkisinin olduğu söylenebilir.

Bu çalışmanın çeşitli güçlü yanları ve kısıtlılıkları bulunmaktadır. Konuyla ilgili benzer çalışmalara baktığımızda örneklem sayımız yeterli olsa da nispeten küçük olduğu söylenebilir. Örneklem grubumuzun hastanemizde takipli bipolar hastaların erişkin çocuklarından oluşması nedeniyle çalışmaya katılmak için vakit ayırmalarını gerektirmektedir. Bu nedenle çalışmaya katılımları düşük olmuş olabilir.

Çalışmanın kesitsel nitelikte olması bir diğer kısıtlılıktır. Kimlerde bipolar bozukluk veya diğer psikopatolojilerin gelişebileceğinin, psikopatolojilerin yaşla ve çocukluk çağı travmasıyla olan ilişkisinin saptanması için longitudinal çalışmaların yapılması gerekmektedir.

Çalışmamızdaki diğer önemli bir kısıtlılık ise bipolar olmayan eşlerin ve kontrol grubu ebeveynlerinin psikiyatrik durumlarının geriye dönük olarak, ebeveynlerin psikiyatrik başvurularının, aile öykülerinin yer aldığı formla değerlendirilmesi, psikiyatrik görüşme ve yapılandırılmış bir ölçekle taranmamış olmasıdır. Daha önceden psikiyatrik başvurusu olmayan ebeveynlerin sağlıklı kabul edilmesi, bu ebeveynlerin çocuklarında psikopatoloji gelişimindeki etkisini gözden kaçırmamıza sebep olmuş olabilir.

Çocukluk çağı travma öyküsünün geriye dönük olarak elde edilmiş olması, istismar tanımının değişkenliği ve çalışmaya katılanların travmayı hatırlayamayabileceği ya da abartabileceği göz önünde bulundurulduğunda, bu durum da diğer bir kısıtlılık olarak sayılabilir. Fakat bu söz konusu metodolojik kısıtlılıklar, bu konudaki çalışmaların tümünde ortak bir sorundur.

Bu kısıtlılıklara rağmen kontrol grubunun olması, çalışmaya katılan çocukların hepsinde psikopatoloji değerlendirmesinin klinik görüşme ve yapılandırılmış ölçeklerle

yapılması çalışmanın güçlü yanlarını oluşturmaktadır. Ebeveynlerin cinsiyetine göre çocuklarındaki psikopatoloji görülme oranlarının sınıflandırılması ve travma skorlarının değerlendirilmesi diğer bir güçlü yanı olarak göz önünde bulundurulmalıdır.

Çalışmamızın bulguları, ebeveynlerde görülen bipolar bozukluk, çocukluk çağı travması ve çocuklarında görülen psikopatolojiler arasında neden-sonuç ilişkisiyle ilgili gelecekte yapılacak çalışmalar ve bipolar ebeveynlerin olduğu ailelerin tedavisini üstlenen klinisyenler için temel oluşturmaktadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bipolar I duygudurum bozukluğu olan ebeveynlerin erişkin çocuklarında DSM-IV'e göre psikiyatrik tanı sıklığının ve bu tanıların çocukluk çağı travması ile ilişkisinin araştırıldığı çalışmamızda bipolar ebeveynlerin çocuklarında psikiyatrik tanı alma oranı %35 olarak tespit edildi.

Psikiyatrik tanıların dağılımının, %20 duygudurum bozukluğu, %13,8 anksiyete bozukluğu, %6,2 alkol ve madde kullanım bozuklukları, %3,8 uyum bozukluğu olduğu gözlemlendi. Komorbidite sıklığı ise %12,5 oranında saptandı.

Bipolar ebeveynlerin çocuklarında herhangi bir psikiyatrik tanı alma oranı, duygudurum ve anksiyete bozukluğu görülme oranları sağlıklı ebeveynlerin çocuklarına göre daha yüksekti. Bununla birlikte depresif bozuklukların görülme oranları sağlıklı ebeveynlerin çocuklarıyla benzerdi. Daha yüksek komorbidite oranlarının olduğu gözlemlendi. Bu durum bipolar duygudurum bozukluğu olan hastaları değerlendiren ya da izleyen hekimlerin, bu hastaların çocuklarındaki belirtileri dikkatli değerlendirmesi gerektiğinin bir göstergesidir.

Çalışmamızın bir diğer amacı, bipolar ebeveynlerin çocuklarında çocukluk çağı travmasını alt boyutlarıyla araştırmaktı. Bu amaçla yaptığımız karşılaştırmada, duygusal istismar, duygusal ihmal, fiziksel ihmal ve toplam travma skorları sağlıklı ebeveynlerin çocuklarının skorlarına göre daha yüksek bulundu. Hasta olan ebeveynin cinsiyetinin travma skorlarında farklılık oluşturmadığı saptandı.

Bipolar ebeveynlerin tanı alan çocuklarının fiziksel istismar, duygusal istismar, cinsel istismar, duygusal ihmal, fiziksel ihmal ve toplam travma skorları tanı almayanlara göre daha yüksek saptandı. Komorbid tanısı olanlarda ise duygusal istismar, cinsel istismar, duygusal ihmal, fiziksel ihmal ve toplam travma skorlarının, tanı almayanlara göre daha yüksek olduğu gözlemlendi.

Duygudurum bozukluğu tanısı olanlarda duygusal istismar, cinsel istismar, duygusal ihmal, fiziksel ihmal ve toplam travma skorları tanısı olmayanlara göre daha

yüksekti. Bipolar bozukluk tanısı alanlarda duygusal istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal ve toplam travma skorları daha yüksek saptanırken, depresif bozukluk görülenlerde duygusal istismar, fiziksel istismar ve toplam travma skorları yüksek bulundu.

Ek olarak, bipolar ebeveynlerin anksiyete bozukluğu tanısı alan çocuklarında duygusal istismar, cinsel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal ve toplam travma skorlarının yüksek olduğu gözlenirken, alkol/madde kullanım bozukluğu olanlarda cinsel istismar skorlarının yüksek olduğu saptandı.

Bipolar ebeveynlerin tanısı olan çocuklarında, çocukluk çağı travmatik yaşantıların daha fazla olarak bildirilmesi, bu çocuklarda daha sık olarak görülen psikopatolojilerin etyolojisine yönelik çalışmaların travmatik yaşantıları da kapsamı gerektiğini göstermektedir.

Bipolar hastaların çocuklarında görülen psikiyatrik tanılarla çocukluk çağı travmasının ilişkisi incelendiğinde; duygusal istismarın ve fiziksel ihmalin psikiyatrik tanı görülme riskini, fiziksel ihmalin ek tanı görülme riskini arttırdığı saptandı.

Duygudurum bozukluğu ve depresyon görülme riskinin ise duygusal istismar ile benzer ilişkisinin olduğu gözlemlendi. Bipolar bozukluk ve travma alt tipleri arasında ise benzer bir ilişki bulunmadı.

Anksiyete bozukluğu görülme riskinin duygusal ihmal ile, alkol/madde kullanım bozukluklarının ise fiziksel istismar ile ilişkili olduğu gözlemlendi.

Sonuç olarak; yaptığımız bu çalışmayla bipolar hastaların çocuklarında artmış olarak görülen psikiyatrik tanıların etyolojisine yönelik önemli sonuçlar ortaya koyduğumuzu düşünmekteyiz.

Çalışmamız, bipolar ebeveynlerin çocuklarında psikopatoloji gelişiminde genetik ve diğer çevresel faktörlere ek olarak, çocukluk çağı travmasının da önemini ortaya koymaktadır. Yaptığımız çalışmanın kısıtlılıklarını da göz önünde bulundurarak, bulduğumuz sonuçları genelleştirebilmek ve çocukluk çağı travmasının bipolar ebeveynlerin çocuklarındaki psikopatoloji gelişimindeki rolünü daha iyi anlayabilmek için geniş örneklem gruplarının seçildiği longitudinal çalışmalara ihtiyaç olduğu söylenebilir.

7. KAYNAKLAR

1. Akiskal H. İki Uçlu Bozuklukların Sınıflandırılması, Tanısı ve Sınırları: Gözden Geçirme: Maj M, Akiskal HS, Lopez Ibor JJ, Sartorius N (editörler). İki Uçlu Bozukluk. Oral T (Çeviri Ed.) İstanbul: İyışler Basımevi, 2003, 5-40.
2. Amerikan Psikiyatri Birliği: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Dördüncü Baskı Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin (DSM-IV-TR). Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 2000, Köroğlu E (Çeviri Ed.) 4. Baskı, Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2007,547-562.
3. McElroy SL, Altshuler LL, Suppes T, et al. Axis I psychiatric comorbidity and its relationship to historical illness variables in 288 patients with bipolar disorder. Am J Psychiatry 2001;158:420-426.
4. Dalton EJ, Cate-Carter TD, Mundo E, et al. Suicide risk in bipolar patients: The role of co-morbid substance use disorders. Bipolar Disord 2003;5:58-61.
5. Mitchell P, Mackinnon A, Waters B. The genetics of bipolar disorder. Aust NZ J Psychiatry 1993;27:560-580.
6. Andreasen NC, Rice J, Endicott J, et al. Familial rates of affective disorder. Arch Gen Psychiatry 1987;44:461-469.
7. Lapalme M, Hodgins S, LaRoche C. Children of parents with bipolar disorder: a metaanalysis of risk for mental disorders. Can J Psychiatry 1997;42:623-631.
8. Akdemir D, Gökler B. Bipolar duygudurum bozukluğu olan anne babaların çocuklarında psikopatoloji. Türk Psikiyatri Derg 2008;19:133-140.
9. Mollerstrom WW, Patchner MA, Milner JS. Family functioning and child abuse potential. J Clin Psychol 1992;48:445-454.

10. Berns GS, Nemeroff CB. The neurobiology of bipolar disorders. *Am J Med Genet C Semin Med Genet* 2003;123:76-84.
11. Angst J, Marneros A. Bipolarity from ancient to modern times: conception, birth and rebirth. *J Affect Disord* 2001;67:3-19.
12. Manji HK, Quiroz JA, Payne JL, et al. The underlying neurobiology of bipolar disorder. *World Psychiatry* 2003;2:136-146.
13. Miklowitz DJ, Johnson SL. The psychopathology and treatment of Bipolar disorder. *Annu Rev Clin Psychol* 2006;2:199-235.
14. Kugaya A, Sanacora G. Beyond monoamines glutamatergic function in mood disorders. *CNS Spectr* 2005;10:808-819.
15. Craddock N, Jones I. Molecular genetics of bipolar disorder. *Br J Psychiatry* 2001;178:128-133.
16. Weissman MM, Gershon ES, Kidd KK, et al. Psychiatric disorders in relatives of probands with affective disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1984;41:13-21.
17. Arisoy O, Oral ET. Bipolar bozuklukla ilgili genetik araştırmalar: bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Derg* 2009;20:282-293.
18. Craddock N, Forty L. Genetics of affective (mood) disorders. *Eur J Hum Genet* 2006;14:660-668.
19. Zuliani R, Moorhead TW, Job D, et al. Genetic variation in the G72 (DAOA) gene affects temporal lobe and amygdala structure in subjects affected by bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2009;11:621-627.
20. Müller-Oerlinghausen B, Berghöfer A, Bauer M. Bipolar disorder. *Lancet* 2002;359:241-247.
21. Srinivasan V, Smits M, Spence W, et al. Melatonin in mood disorders. *World J Biol Psychiatry* 2006;7:138-151.
22. Post RM. Transduction of psychosocial stress into the neurobiology of recurrent affective disorder. *Am J Psychiatry* 1992;149:999-1010.

23. Ellicott A, Hammen C, Gitlin M, et al. Life events and the course of bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 1990;147:1194-1198.
24. Kim EY, Miklowitz DJ. Expressed emotion as a predictor of outcome among bipolar patients undergoing family therapy. *J Affect Disord* 2004;82:343-352.
25. Wallace ER. Dinamik Psikiyatri Kuramı ve Uygulaması. Atalay H (Çeviri Ed.) İstanbul: Okuyan Yayınları, 2008,36-91.
26. Yazıcı O. Bipolar 1 ve Bipolar 2 Bozuklukları. Köroğlu E, Güleç C (editörler). *Psikiyatri Temel Kitabı*, 2. Baskı, Ankara: HYB Basım Yayın, 2007,265-278.
27. Akiskal HS. Affective Disorders: Clinical Features: In Saddock BJ, Saddock VA(editors). *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Eighth Ed., 2007, 1611-1652.
28. Marneros A, Brieger P. İki Uçlu Bozuklukların Prognozu: Gözden Geçirme: Maj M, Akiskal HS, Lopez Ibor JJ, Sartorius N(editörler). *İki Uçlu Bozukluk*. Oral T (Çeviri Ed.) İstanbul: İyışler Basımevi, 2003, 97-148.
29. Reichart CG, Van Der Ende J, Hillegers MH, et al. Perceived parental rearing of bipolar offspring. *Acta Psychiatr Scand* 2007;115:21-28.
30. Goldberg JF, Harrow M, Grossman LS. Course and outcome in bipolar affective disorder: A longitudinal follow-up study. *Am J Psychiatry* 1995;152: 379-384.
31. Crowter JH. The relationship between depression and marital maladjustment: a descriptive study. *J Nerv Ment Dis* 1985;173:227-331.
32. Hoover CF, Fitzgerald RG. Marital conflict of manic-depressive patients. *Arch Gen Psychiatry* 1981;38:65-67.
33. Coryell W, Scheftner W, Keller M, et al. The enduring psychosocial consequences of mania and depression. *Am J Psychiatry* 1993;150:720-727.

34. Moreno DH, Bio D, Petresco S, et al. Parenting and family planning characteristics among bipolar mothers compared to controls. *Eur Neuropsychopharmacol* 2010;20:416-417.
35. Bowden CL. Bipolar disorder and work loss. *Am J Manag Care* 2005;11:91-94.
36. Ramchandani P, Psychogiou L. Paternal psychiatric disorders and children's psychosocial development. *Lancet* 2009; 374:646–653.
37. Buehler C, Gerard, JM. Marital conflict ineffective parenting and children's and adolescents maladjustment. *Journal of Marriage and Family* 2002;64:78-92.
38. Chang KD, Blasey C, Ketter TA, Steiner H. Family environment of children and adolescents with bipolar parents. *Bipolar Disord* 2001;3:73-78.
39. Romero S, DelBello MP, Soutullo CA, et al. Family environment in families with versus families without parental bipolar disorder: a preliminary comparison study. *Bipolar Disord* 2005;7:617-622.
40. Davenport Y, Zahn-Waxler C, Adland ML, Mayfield A. Early child-rearing practices in families with a manic-depressive parent. *Am J Psychiatry* 1984;141:230-235.
41. Jamison KR. Suicide and bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2000;61:47-51.
42. Goldstein TR, Birmaher B, Axelson D, et al. History of suicide attempts in pediatric bipolar disorder: factors associated with increased risk. *Bipolar Disord* 2005;7:525-535.
43. Tsuchiya KJ, Agerbo E, Mortensen PB. Parental death and bipolar disorder: a robust association was found in early maternal suicide. *J Affect Disord* 2005;86:151-159.
44. Silberg J, Rutter M, Neale M, Eaves L. Genetic moderation of environmental risk for depression and anxiety in adolescent girls. *Br J Psychiatry* 2001;179:116-121.
45. Hillegers MH, Burger H, Wals M, et al. Impact of stressful life events, familial loading and their interaction on the onset of mood disorders: study in a high-risk

- cohort of adolescent offspring of parents with bipolar disorder. *Br J Psychiatry* 2004;185:97-101.
46. Singh MK, DelBello MP, Stanford KE, et al. Psychopathology in children of bipolar parents. *J Affect Disord* 2007;102:131-136.
 47. Birmaher B, Axelson D, Monk K, et al. Lifetime psychiatric disorders in school-aged offspring of parents with bipolar disorder: the Pittsburgh Bipolar Offspring study. *Arch Gen Psychiatry* 2009;66:287-296.
 48. DelBello MP, Geller B. Review of studies of child and adolescent offspring of bipolar patients. *Bipolar Disord* 2001;3:325-334.
 49. Reichart CG, Wals M, Hillegers MH, et al. Psychopathology in the adolescent offspring of bipolar parents. *J Affect Disord* 2004;78:67-71.
 50. Waters BG, Marchenko-Bouer I. Psychiatric illness in the adult offspring of bipolar manic-depressives. *J Affect Disord* 1980;2:119-126.
 51. Zappitelli MC, Bordin IA, Hatch JP, et al. Lifetime psychopathology among the offspring of Bipolar I parents. *Clinics* 2011;66:725-730.
 52. Henin A, Biederman, J, Mick E, et al. Psychopathology in the offspring of parents with bipolar disorder: a controlled study. *Biol Psychiatry* 2005;58:554-561.
 53. Aker T, Önen P. Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Fenomenolojisi: Tükel R, Akılın T (editörler). *Anksiyete Bozuklukları*. Ankara: Türkiye Psikiyatri Birliği Yayınları, 2006,385-404.
 54. Türksoy N. Psikolojik Travma Ve Tanım Sorunları: Aker T, Önder ME (editörler). *Psikolojik Travma Ve Sonuçları*. İstanbul, 5US Yayınları, 2003, 9-21.
 55. Öztürk OM, Uluşahin A. Nörotik, Stresle İlgili Ve Somatoform Bozukluklar: Ruh Sağlığı ve Bozuklukları.11 baskı, Ankara, Nobel Tıp Kitapevleri Ltd.Şti., 2008,448-512.
 56. Terr LC. Childhood traumas: an outline and overview. *Am J Psychiatry* 1991;148:10-20.

57. Turhan E, Sangün Ö, İnandı T. Birinci basamakta çocuk istismarı ve önlenmesi. Sürekli Tıp Eğitim Dergisi 2006;15:153-157.
58. Taner Y, Gökler B. Çocuk istismarı ve ihmali: psikiyatrik yönleri. Hacettepe Tıp Dergisi 2004;35:82-86.
59. Runyan D, Wattam C, Ikeda R, Hassan F. Child abuse and neglect by parents and caregivers. In: Krug E, Dahlberg L, Mercy J, Zwi A, Lozano R (editors). World Report on Violence and Health. World Health Organization 2002,59-86.
60. Çengel-Kültür E, Çuhadaroglu-Çetin F, Gökler B. Demographic and clinical features of child abuse and neglect cases. Turk J Pediatr 2007;49:256-262.
61. Kaplan S, Pelcovitz D, Labruna V. Child and adolescent abuse and neglect research: a review of the past 10 years. Part I: Physical and emotional abuse and neglect. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1999;38:1214-22.
62. İşeri E. Cinsel istismar: Çetin FÇ, Pehlivan Türk B, Ünal F, Uslu R, İşeri E, Türkbay T, Coşkun A, Miral S, Motavallı N (editörler) Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı. 1.Baskı, Ankara: Hekimler Yayın Birliği 2008,470-477.
63. Avcı A, Tahiroğlu AY. Cinsel İstismar: Aysev A, Taner YI (editörler). Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. İstanbul: Golden Print., 2007,721-736.
64. Page ZA. Çocuk cinsel istismarı: cinsel istismara neden olan etkenler ve cinsel istismarın çocuklar üzerindeki etkileri. Türk Psikoloji Yazıları 2004;13:103-113.
65. Aktepe E. Çocukluk çağı cinsel istismarı. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2009;1:95-119.
66. Putnam F. Ten-year research update review: child sexual abuse. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2003;42:269-278.
67. Spertus I, Yehuda R, Wong C, et al. Childhood emotional abuse and neglect as predictors of psychological and physical symptoms in women presenting to a primary care practice. Child Abuse Negl 2003;27:1247-1258.

68. Tanner K, Turney D. What do we know about child neglect? A critical review of the literature and its application to social work practice. *Child & Family Social Work* 2003;8:25-34.
69. Connell-Carrik, K. A critical review of the empirical literature: Identifying correlates of child neglect. *Child and Adolescent Social Work Journal* 2003;20:389-425.
70. Tyler S, Allison K, Winsler A. Child neglect: developmental consequences, intervention, and policy implications. *Child and Youth Care Forum* 2006;35:1-20.
71. Zoroğlu SS, Tüzün Ü, Şar V, ve ark. Çocukluk dönemi istismar ve ihmalinin olası sonuçları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2001;2:69-78.
72. Heim C, Nemeroff CB. The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: preclinical and clinical studies. *Biol Psychiatry* 2001;49:1023-1039.
73. Zlotnick C, Johnson J, Kohn R, et al. Childhood trauma, trauma in adulthood, and psychiatric diagnoses: results from a community sample. *Compr Psychiatry* 2008;49:163-169.
74. MacMillan HL, Fleming JE, Streiner DL, et al. Childhood abuse and lifetime psychopathology in a community sample. *Am J Psychiatry* 2001;158:1878-1883.
75. Örsel S, Karadağ H, Kahiloğulları AK, Aktaş EA. Psikiyatri hastalarında çocukluk çağı travmalarının sıklığı ve psikopatoloji ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2011;12:130-136.
76. Garo JL, Goldberg JF, Ramirez PM, Ritzler BA. Impact of childhood abuse on the clinical course of bipolar disorder. *Br J Psychiatry* 2005;186:121-125.
77. Leverich GS, Post RM. Course of bipolar illness after history of childhood trauma. *Lancet* 2006;367:1040-1042.
78. Hammersley P, Dias A, Todd G, et al. Childhood trauma and hallucinations in bipolar affective disorder: preliminary investigation. *Br J Psychiatry* 2003;182:543-547.

79. Etain B, Henry C, Bellivier F, et al. Beyond genetics: childhood affective trauma in bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2008;10:867-876.
80. Çorapçıoğlu A, Aydemir Ö, Yıldız M ve ark. DSM-IV Eksen I bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme, Klinik Versiyon. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 1999.
81. Bernstein DP, Ahluvalia T, Pogge D, Handelsman L. Validity of the childhood trauma questionnaire in an adolescent psychiatric population. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36:340-348.
82. Yargıç LI, Tutkun H, Şar V. The reliability and validity of the Turkish version of the dissociative experiences scale. *Dissociation* 1995;8:10-13.
83. Wals M, Hillegers MH, Reichart CG. Prevalence of psychopathology in children of a bipolar parent. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001;40:1094-1102.
84. Grigoriu-Serbanescu M, Christodorescu D, Jipescu I, et al. Psychopathology in children aged 10-17 of bipolar parents: psychopathology rate and correlates of the severity of the psychopathology. *J Affect Disord* 1989;162-3:167-179.
85. Chang KD, Steiner H, Ketter TA. Psychiatric phenomenology of child and adolescent bipolar offspring. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000;39:453-460.
86. LaRoche C, Cheifetz P, Lester EP, et al. Psychopathology in the offspring of parents with bipolar affective disorders. *Can J Psychiatry* 1985;30:337-343.
87. Hillegers MH, Reichart CG, Wals M, et al. Five-year prospective outcome of psychopathology in the adolescent offspring of bipolar parents. *Bipolar Disord* 2005;7:344-350.
88. Duffy A, Alda M, Kutcher S. A prospective study of the offspring of bipolar parents responsive and nonresponsive to lithium treatment. *J Clin Psychiatry* 2002;63:1171-1178.
89. Öztürk OM, Uluşahin A. Duygudurum Bozuklukları: Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 11 baskı, Ankara, Nobel Tıp Kitapevleri Ltd.Şti., 2008,337-428.

90. Du Rocher Schudlich TD, Youngstrom EA, Calabrese JR, Findling RL. The role of family functioning in bipolar disorder in families. *J Abnorm Child Psychol* 2008;36:849-863.
91. Schäfer I, Fisher HL. Childhood trauma and psychosis- what is the evidence? *Dialogues Clin Neurosci* 2011;13:360-365.
92. Zavaschi ML, Graeff ME, Menegassi MT, et al. Adult mood disorders and childhood psychological trauma. *Rev Bras Psiquiatr* 2006;28:184-190.
93. Glaser D. Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): a conceptual framework. *Child Abuse & Neglect* 2002;26: 697–714.
94. Hornor G. Emotional Maltreatment. *Journal Of Pediatric Health Care* 2011(in press).
95. Hildyard KL, Wolfe DA. Child neglect: Developmental issues and outcomes. *Child Abuse Negl* 2002;26:679-695.
96. Carter V, Myers MR. Exploring the risks of substantiated physical neglect related to poverty and parental characteristics: A national sample. *Child Youth Serv Rev* 2007;29:110-121.
97. Levitan RD, Parikh SV, Lesage AD, et al. Major depression in individuals with a history of childhood physical or sexual abuse: relationship to neurovegetative features, mania, and gender. *Am J Psychiatry* 1998;155:1746-1752.
98. Hovens JG, Wiersma JE, Giltay EJ, et al. Childhood life events and childhood trauma in adult patient with depressive, anxiety and comorbid disorders vs controls. *Acta Psychiatr Scand* 2010;122:66-74.
99. Gibb BE, Chelminski I, Zimmerman M. Childhood emotional, physical, and sexual abuse, and diagnoses of depressive and anxiety disorders in adult psychiatric outpatients. *Depress Anxiety* 2007;24(4):256-263.
100. Etain B, Mathieu F, Henry C, et al. Preferential association between childhood emotional abuse and bipolar disorder. *J Trauma Stress* 2010;23:376-383.

101. Goldstein BI, Shamseddeen W, Axelson DA, et al. Clinical, demographic, and familial correlates of bipolar spectrum disorders among offspring of parents with bipolar disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2010;49:388-396.
102. Simpson TL, Miller WR. Concomitance between childhood sexual and physical abuse and substance use problems: a review. *Clin Psychol Rev* 2002;22:27-77.
103. Westermeyer J, Wahmanholm K, Thuras P. Effects of childhood physical abuse on course and severity of substance abuse. *Am J Addict* 2001;10:101–110.
104. Evren C, Kural S, Cakmak D. Clinical correlates of childhood abuse and neglect in substance dependents. *Addict Behav* 2006;31:475-85.
105. Janet Kuramoto S, Brent DA, Wilcox HC. The impact of parental suicide on child and adolescent offspring. *Suicide Life Threat Behav* 2009;39:137-151.
106. Akyuz G, Sar V, Kugu N, Doğan O. Reported childhood trauma, attempted suicide and self-mutilative behavior among women in the general population. *Eur Psychiatry* 2005;20:268-273.

8. EKLER

8.1 Ek-1: KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Çalışma no:.....

1.Adı,Soyadı:.....

Tarih:.....

2.Cinsiyeti:

0) Erkek 1) Kadın

3.Yaş:.....

4.Medeni Durum:

a-Evli b-Birlikte yaşıyor c-Dul d-Ayrı e-Boşanmış f-Hiç evlenmemiş

5. Eğitim düzeyi:

a- Okur-yazar değil b- ilkokul c-ortaokul d-Lise 5)Üniversite/Yüksekokul

6.Mesleği:

a-Öğrenci b-İşçi c-Memur d-Serbest meslek e-Ev hanımı

7. Çocuk:

a-yok b-var

8.Gelir düzeyi:

a-Çok düşük(<500) b-Düşük(500-1000) c-Orta(1000-2000) d-(>2000)

9.Yaşadığı yer:

a-Köy b-İlçe c-Küçük kent d-Orta kent e-Metropol f-Yurt dışı

10.Kardeş sayısı:

a-Yok b-1 c-2 d-3 e-4 ve üstü

11.Kardeşler içindeki yeri:

a-tek çocuk b-en büyük c-ortanca d-en küçük

12-Ebeveyn kaybı: (13.ve 14. sorular yanıtlanacak)

a-yok b-var

13-Anne kaybında yaşı:

a- 0-3 yaş b- 4-6 yaş c- 7-14 yaş d- 14-18yaş e-daha büyük f-yok

14-Baba kaybında yaşı:

a- 0-3 yaş b- 4-6 yaş c- 7-14 yaş d- 14-18yaş e-daha büyük f-yok

15-Ebeveyn ayrılığı: (16. ve 17. sorular yanıtlanacak)

0-yok 1-var

16-Anne ayrılığında yaşı:

a- 0-3 yaş b- 4-6 yaş c- 7-14 yaş d- 14-18yaş e-daha büyük f-yok

17-Baba ayrılığında yaşı:

a- 0-3 yaş b- 4-6 yaş c- 7-14 yaş d- 14-18yaş e-daha büyük f-yok

18.İlk 3 yaşta bakım veren kişi:

a-Anne b-Baba c-Anneanne/Babaanne d-Bakıcı e-Ev dışında bakım/kreş vb.

19-Bebeklik döneminde anne ya da baba dışında bakım veren var mı?

a-yok b-var

20.Çocukluk döneminde annenin uzun süreli-iyileşmeyen önemli bir hastalığı (fiziksel/ruhsal) olmuş mu?

1)Evet 2) Hayır

21.Çocukluğunuzda babanın uzun süreli-iyileşmeyen önemli bir hastalığı (fiziksel/ruhsal) olmuş mu?

1)Evet 2) Hayır

22-Ebeveyne bipolar bozukluk tanısı konduğundaki çocuğun yaşı:

a-henüz doğmamış b-0-3 yaş c-3-6 yaş d-6-12 yaş e-12-18 yaş

23.Annenin/babanın hastaneye yattığı dönemde bakım vermeyi kim üstlenmiş?

a-Anne b-Baba c-Anneanne/Babaanne d-Bakıcı e-Diğer.

24.Alkol/madde kullanımı: (varsa 25. ve 26.sorular yanıtlanacak)

a-yok b-Sadece alkol c-Sadece madde d-Alkol ve madde

25.Alkol kullanımı varsa miktarı:

a-Sosyal içici b-Kötüye kullanım c-Bağımlılık

26. Madde kullanımı varsa miktarı:

a-Kötüye kullanım b-Bağımlılık

27-Psikiyatrik hastalık tanısı: (varsa 28, 29,30. sorular yanıtlanacak)

0-yok 1-var

28-Hastalık başlangıç yaşı:.....

29-Hastaneye yatış sayısı:.....

30-Kullandığı ilaçlar: 0-yok 1-var

31.Fiziksel/kronik bir hastalığı var mı?

0-yok 1-var

32.Hastalık varsa tanısı:.....

33. İntihar girişimi:

0-yok 1-var

8.2 Ek-2: AİLE BİLGİ FORMU

Tarih:

ATÜ Protokol no:

1. Anne ve Baba Adı:

Soyadı:.....

2. Anne yaşı:

3. Annenin eğitim düzeyi:

a- Okur-yazar değil b- ilkokul c-ortaokul d-Lise e-Üniversite/Yüksekokul

4. Annenin mesleği:

a-İşçi b-Memur c-Serbest meslek d-Ev hanımı e-emekli f-yok/işsiz

5. Baba yaşı:.....

6. Babanın eğitim düzeyi:

a- Okur-yazar değil b- ilkokul c-ortaokul d-Lise e-Üniversite/Yüksekokul

7. Babanın mesleği:

a-İşçi b-Memur c-Serbest meslek d-emekli e-yok/işsiz

8. Anne-Baba:

a-Birlikte yaşıyor

b-Boşanmış ve ayrı yaşıyor

c-Ayrı yaşıyor ama boşanmamış

d-Anne ölmüş

e-Baba ölmüş

f-Her ikisi de ölmüş

9. Bipolar bozukluk tanısı almış ebeveyn:

a-anne

b-baba

10. Ebeveynin hastalık başlangıç yaşı:.....

11. Ebeveynin geçirilmiş toplam hecme sayıları:....

1)Mani..... 2)Depresyon.... 3)Mikst..... 4)Hipomani.....

12. Toplam hastaneye yatış sayısı:.....

13. Atak döneminde psikotik özellikler:

0-yok 1-var

14. Ebeveynin daha önceki intihar girişimi:

a-yok

b-bir kez

c-birden fazla

15.Düzenli ilaç kullanımı:

0-yok 1-var

16.Bipolar bozukluk tanısı olmayan ebeveynin psikiyatrik hastalık tanısı var mı:

0-yok 1-var

17.Bipolar bozukluk tanısı almayan ebeveynin intihar girişimi:

a-yok b-bir kez c-birden fazla

18.Annenin alkol ve/veya madde kullanımı: (varsa 19.ve20. sorular yanıtlanacak)

a-yok b-Sadece alkol c-Sadece madde d-Alkol ve madde

19.Alkol kullanımı varsa miktarı:

a-Sosyal içici b-Kötüye kullanım c-Bağımlılık

20. Madde kullanımı varsa miktarı:

a-Kötüye kullanım b-Bağımlılık

21.Babanın alkol ve/veya madde kullanımı: (varsa 22. ve 23. sorular yanıtlanacak)

a-yok b-Sadece alkol c-Sadece madde d-Alkol ve madde

22.Alkol kullanımı varsa miktarı:

a-Sosyal içici b-Kötüye kullanım c-Bağımlılık

23. Madde kullanımı varsa miktarı:

a-Kötüye kullanım b-Bağımlılık

24.Annenin 1.derecede veya 2.derecede akrabalarında akrabalarında psikiyatrik bozukluk öyküsü:

0-yok 1-var

25.Babanın 1.derecede veya 2.derecede akrabalarında akrabalarında psikiyatrik bozukluk öyküsü:

0-yok 1-var

8.3 Ek-3: ETİK KURUL ONAY FORMU



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN
RUH SAĞLIĞI VE SINIR HASTALIKLARI E. A. HASTANESİ
BAŞHEKİMLİĞİ

SAYI :B.10.4.İSM.04.34.26.08-130
KONU: Etik Kurul Başvurusu Hakkında

04.10.2011

KARAR

Sayın Asist. Dr. Filiz ALKAN,

İlgi; 26.09.2011 tarih ve 40549 sayılı Etik Danışma Kurulu başvuru dilekçeniz,

İlgi yazınızda belirttiğiniz “Bipolar I Duygudurum Bozukluğu Olan Anne ve Babaların Erişkin Çocuklarında Çocukluk Çağı Travmasının I. Eksen Tanıları Üzerine Etkisi” konulu tez protokolünüz, 04.10.2011 tarihinde hastanemiz Etik Danışma Kurul’una sunulmuş makale ve ekleri, Hasta Hakları Yönetmeliği, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, Helsinki Bildirgesi kurallarına göre incelenmiş ve tez protokolünüzün sonuçlarının yayın yapılması Etik Danışma Kurulumuz tarafından uygun görülmüştür.

Doç. Dr. Baki ARPACI
1.Nöroloji Klinik Şefi
Etik Kurul Başkanı

Doç. Dr. Cem İLNEM
7.Psikiyatri Klinik Şefi
Etik Kurul Üyesi

Uz. Dr. Şahap ERKOC
2.Psikiyatri Klinik Şefi
Etik Kurul Üyesi

Uz. Dr. Nihat ALPAY
1.Psikiyatri Klinik Şefi
Etik Kurul Üyesi

Uz. Dr. Ramazan KONKAN
Başhekim Yardımcısı
Etik Kurul Üyesi

Op. Dr. Erhan EMEL
2. Nöroşirürji Kliniği Şefi
Etik Kurul Üyesi