



T.C.

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ

İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ

ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**BİPOLAR BOZUKLUK TİP I TANILI EBEVEYN ÇOCUKLARINDA
PSİKOPATOLOJİ, TRAVMA, DISSOSİYASYON SIKLIĞI
VE İLİŞKİSİ**

Uzmanlık Tezi

Dr. Zeynep ZORLU

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Murat COŞKUN

İSTANBUL 2021



T.C.

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ

İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ

ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**BİPOLAR BOZUKLUK TİP I TANILI EBEVEYN ÇOCUKLARINDA
PSİKOPATOLOJİ, TRAVMA, DISSOSİYASYON SIKLIĞI
VE İLİŞKİSİ**

Uzmanlık Tezi

Dr. Zeynep ZORLU

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Murat COŞKUN

İSTANBUL 2021

ÖNSÖZ

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı (ABD)'nda, bir kısmı uzakta olmak üzere geçirdiğim 6 yıl boyunca, eğitimim için destek ve yönlendirmede bulunan; bilgi ve deneyimlerini paylaşan, çalışma ve öğrenme azimlerini her zaman örnek aldığım başta ABD başkanımız ve tez danışmanım Prof. Dr. Murat COŞKUN olmak üzere hocalarım Doç. Dr. Nusret SOYLU, Dr. Öğr. Üyesi İlyas KAYA, Doç. Dr. A. Cahid ÖRENGÜL, Doç. Dr. Ali KARAYAĞMURLU ve Uzm. Dr. Yaşar TANIR'a,

Tez yazım sürecimde olan desteği ve üzerimdeki tüm emekleri için tekrar kıymetli hocam Prof. Dr. Murat COŞKUN'a, istatistik konusundaki yardımları için; her zaman sabrı ve güler yüzü ile bilgilerini bizimle paylaştığı için Doç. Dr. Ali KARAYAĞMURLU'ya,

Asistanlığım boyunca bana çalışan anneler olarak güzel bir rol model ve motivasyon kaynağı olan Dr. Sevede TAŞCI, Dr. Tuba BİLBAY KAYNAR, Dr. Şeyda ÇELİK GÖKSOY'a ve zorlandığım zamanlarda gayret etmem için bana destek veren arkadaşlarım Dr. Zeynep Nur GÜLLE, Dr. Hüsna KAAAN, Dr. Gökçe GÜLDİKEN ve tezimi oluştururken teknik destekleri için Dr. A. Tuğçe VARLI, Dr. Nur Seda GÜLCÜ ÜSTÜN ve ismini sayamadığım, tanışmış ve birlikte çalışmış olmaktan keyif aldığım diğer tüm asistan arkadaşlarıma,

Bir ekip olarak birlikte çalıştığımız tüm psikolog, hemşire, sekreter ve personelimize,

Psikiyatri ve Çocuk Nörolojisi rotasyonlarım sırasında birlikte çalıştığım ve mesleki anlamda bana bir çok katkıda bulunan başta Prof. Dr. Alp ÜÇÖK ve Prof. Dr. Zuhâl YAPICI olmak üzere değerli hocalarım, asistan arkadaşlarım ve diğer tüm sağlık çalışanı arkadaşlarıma,

Tezimi yazıp bitirmiş olduğum bu güne gelene dek benden her türlü desteği esirgemeyen annem, babam, sevgili eşim Adem ZORLU'ya ve kardeşlerime ve aslında onun biricik vaktini aldığım için en büyük sabrı göstermek durumunda kalan bir tanecik oğlum Ahmet Necmi'ye,

Sevgi ve saygılarımı sunar; en içten şekilde teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

Sayfa No:

ÖNSÖZ	I
İÇİNDEKİLER	II
TABLO DİZİNİ	IV
ŞEKİL DİZİNİ	V
KISALTMALAR DİZİNİ	VI
1. ÖZET	1
2. SUMMARY	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER	5
4.1 Bipolar Bozukluk	5
4.1.1 Duygudurum Bozuklukları Terminoloji ve Tanımı.....	5
4.1.2 Bipolar Bozukluk Tarihçesi.....	6
4.1.3 Bipolar Bozukluk Tanı Kriterleri	7
4.1.4 Epidemiyoloji	13
4.1.5 Başlangıç yaşı ve Gidişat.....	13
4.1.6 Etyoloji ve Risk Faktörleri	15
4.1.6.a Çevresel Risk Faktörleri.....	16
4.1.6.b Biyolojik Risk Faktörleri	17
4.1.6.c Prodromal Dönem	18
4.1.7 Bipolar Ebeveyn Çocuklarında Psikopatoloji	19
4.1.8 Erken Tedavi Stratejileri.....	20
4.2 Çocukluk çağı Travması ve Bipolar Bozukluk	22
4.2.1 Gelişimsel Perspektif ve Yatkınlık Perspektifinden Teoriler	23
4.3 Disosiyasyon ve Bipolar Bozukluk	25
4.4 Amaçlar	26
5. GEREÇ ve YÖNTEM	27
5.1 Yöntem	27
5.2 Gereçler	29
5.2.1 Veri Formu	29
5.2.2 Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Çizelgesi (ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T).....	30
5.2.3 Güçler ve Güçlükler Anketi.....	31
5.2.4 Ergen Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği (ADES).....	32

5.2.5 Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği(CTQ).....	32
5.3 İstatistiksel Yöntem.....	33
6. BULGULAR.....	35
6.1 Sosyodemografik Özellikler.....	35
6.2 Güç Güçlükler Anketi (SDQ).....	37
6.3 ADES ve CTQ Ölçeği.....	37
6.3.1 ADES.....	37
6.3.2 CTQ	38
6.3.3 ADES – CTQ Korelasyon	39
6.3.4 Bipolar Bozuklukta ADES	41
6.3.5 Dissosiyatif Bozukluk ile Gruplar ve Cinsiyetler Arasında ilişki var mı?	42
6.4 Yaşam Boyu Psikopatoloji.....	42
6.4.1 Eşik Altı Psikopatolojiler	42
6.4.2 Yaşam Boyu Psikopatoloji Gruplandırılmış.....	44
6.4.3 Toplam Psikopatoloji Sayıları (Kesin Tanı).....	44
7. TARTIŞMA.....	45
7.1 Sosyodemografik Özellikler.....	45
7.2 SDQ.....	45
7.3 Psikopatoloji Oranları	45
7.4 CTQ.....	47
7.5 ADES	49
8. SONUÇ.....	52
9. KAYNAKLAR	53
10.EKLER.....	72
10.1.Ek1 Etik Kurul Onayı.....	72
10.2.Ek 2 Sosyodemografik Veri Formu	74
10.3.Ek 3 Onam Formu	77
10.4.Ek 4 Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği.....	80
10.5.Ek 5 Ergen Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği	81
10.6.Ek 6 Güçler ve Güçlükler Anketi	86
11. ÖZGEÇMİŞ.....	88

TABLO DİZİNİ

Sayfa No:

Tablo 1. DSM-5 Major Depresif Atak Tanı Ölçütleri.....	8
Tablo 2. DSM-5 Manik Atak Tanı Ölçütleri.....	9
Tablo 3. DSM-5 Hipomanik Atak Tanı Ölçütleri	10
Tablo 4. Demografik Özelliklere ait Frekans Tablosu.....	35
Tablo 5. Katılımcılara ait Tanımlayıcı İstatistikler	36
Tablo 6. Gebelik Dönemi ile İlgili Frekans Tablosu.....	36
Tablo 7. SDQ Ölçeği Toplam Puan ve Alt Boyutlarına ait Karşılaştırma Tablosu	37
Tablo 8. ADES Ölçeği Toplam, Ortalama Puan ve Alt Boyutlarına ait Karşılaştırma Tablosu.....	38
Tablo 9. CTQ Ölçeği Toplam Puan ve Alt Boyutlarına ait Karşılaştırma Tablosu	38
Tablo 10. ADES Ölçeği İle CTQ Ölçeği Korelasyon Tablosu	40
Tablo 11. Yaşam Boyu Psikopatoloji, Tüm Tanılar	43
Tablo 12. Gruplandırılmış Kesin Tanılar (Yaşam Boyu, En Az Bir Tanı).....	44
Tablo 13. Gruplar Arası Kesin Tanıların Kıyaslanması (Ortalama).....	44

ŞEKİL DİZİNİ**Sayfa No:**

Şekil 1. Örneklem Seçimi Diyagramı.....	29
Şekil 2. ADES CTQ Korelasyon Grafiği.....	41



KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	: Ana Bilim Dalı
ADES	: Ergen Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği
APA	: Amerikan Psikiyatri Birliği
BB	: Bipolar Bozukluk
BPNOS	: Bipolar Bozukluk, Başka Türü Adlandırılmayan
ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T	: Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli DSM 5 versiyonu
DEHB	: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
DES	: Dissosiyatif yaşantılar ölçeği
ÇÇT	: Çocukluk çağı travması
CTQ	: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği
DSM	: Ruh Hastalıkları Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı
SDQ	: Güçler ve Güçlükler Anketi
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu
UHR	: Bipolar bozukluk tanılı ebeveynlerin çocukları(Yüksek Risk Grubu)

1. ÖZET

Arka plan ve Amaç: Bipolar Bozukluk tanılı kişilerin çocukları, hem bipolar bozukluk hem de diğer psikopatolojiler için yüksek riskli bir grubu oluşturur. Patolojinin ortaya çıkması için tanımlanan çevresel risk faktörlerinden birisi çocukluk çağı travmasıdır. Travma ve dissosiyasyon ilişkisi de literatürde tanımlanmış olup, bipolar bozukluk tanılı kişilerin çocuklarında dissosiyasyon bildiğimiz kararıyla daha önce araştırılmamıştır. Çalışmanın amacı bu yüksek riskli grupta psikopatoloji, travma ve dissosiyasyonu kontrol grubuyla kıyaslamaktır.

Yöntem: İstanbul Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları'nda takip edilen Bipolar Bozukluk tip I tanılı ebeveynlerin 11-17 yaş arası çocukları ve İstanbul Tıp Fakültesi personelinin duygudurum bozukluğu bulunmayan yakınlarının 11-17 yaş arasındaki çocukları çalışmaya alınmıştır. Psikiyatrik değerlendirme, Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-DSM 5 versiyonu (ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T) ile yapılmıştır. İki gruba Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği(CTQ), Ergen Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği(ADES), Güçler ve Güçlükler Anketi(SDQ) verilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya 31'i vaka, 31'i kontrol grubu olmak üzere toplam 62 çocuk birey dahil edilmiştir. Çalışmaya katılanların 33'ü (%53,2) erkek, 29'u (%46,8) kız olarak belirlenmiştir. Kızların yaş ortalaması $15,48 \pm 1,55$ iken erkeklerin yaş ortalaması $14,45 \pm 1,94$ olarak saptanmıştır.($p>0,05$). Vaka grubunda eşik altı bipolar bozukluk, duygudurum bozukluğu, anksiyete bozukluğu($p<0,05$) ve yaşam boyu psikopatoloji($p=0,001$) anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Vaka grubunda CTQ total puanı, fiziksel ihmal ve duygusal istismar puanı anlamlı olarak yüksek saptanmıştır.($p<0,05$). ADES ölçeği total ve alt puanları arasında anlamlı fark saptanmamıştır.($p>0,05$)

Sonuç: Araştırmamızda literatürle uyumlu olarak vaka grubunda duygudurum bozukluğu ve diğer psikopatoloji oranları yüksek saptanmıştır. Travma puanlarının yüksek olması riskli grupta hastalığın daha erken başlayacağı ve kötü gidişli olacağı çocukları belirleyebilir. Dissosiyasyon oranlarının toplum örneklemini ile aynı oluşu bipolar bozukluktaki duygudurum değişimlerinin travma ilişkili diğer patolojilere kıyasla daha biyolojik kökenli olduğunu belirleyebilir ve ayırıcı tanıda faydalanılması düşünülebilir. Riskli grubun uzun süreli takibi hem toplum ruh sağlığı açısından hem de bipolar bozukluğun seyrini anlamak açısından gerekli ve önemlidir.

2. SUMMARY

Objective: Offspring of Bipolar parents constitute a high-risk group for both bipolar disorder and other psychopathologies. One of the environmental risk factors defined for the emergence of pathology is childhood trauma. The relationship between trauma and dissociation has also been described in the literature, and dissociation in children of people with bipolar disorder has not been studied before. The aim of the study is to compare psychopathology, trauma and dissociation in this high-risk group with the control group.

Patients and methods: Children aged 11-17 years of parents diagnosed with Bipolar Disorder type I, followed by Istanbul Medical Faculty, Department of Psychiatry, and children aged 11-17 years of relatives of Istanbul Medical Faculty staff who do not have mood disorders were included in the study. Psychiatric evaluation was conducted with the Affective Disorders and Schizophrenia Interview Schedule for School-Age Children-Now and Lifetime Version DSM 5 version (K-SADS-PL-DSM-5-T). Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), Adolescent Dissociative Experiences Scale (ADES), Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) were given to both groups.

Results: 62 children were included in the study (31 case and 31 control). 33 (53.2%) of the participants were male and 29 (46.8%) were female. While the mean age of the girls was 15.48 ± 1.55 , the mean age of the boys was 14.45 ± 1.94 . Subthreshold bipolar disorder, mood disorder, anxiety disorder ($p < 0.05$) and lifelong psychopathology ($p = 0.001$) were found to be significantly higher in the case group. CTQ total score, physical neglect and emotional abuse scores were found to be significantly higher in the case group. ($p < 0.05$). No significant difference was found between ADES scale total and sub-scores.

Conclusions : In our study, mood disorder and other psychopathology rates were found to be high in the case group same as with the literature. High trauma scores may identify children in the risk group who will have earlier onset of the disease and poor prognosis. The fact that dissociation rates are the same as in the population sample can determine that mood changes in bipolar disorder are more biologically based than other trauma-related pathologies, and it can be considered to be useful in differential diagnosis. Long-term follow-up of the risk group is necessary and important both in terms of community mental health and in understanding the course of bipolar disorder.

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Bipolar bozukluk(BB) manik ve depresif ataklarla karakterize, genellikle relaps ve remisyonlarla seyreden yaygın, kronik ve morbiditesi yüksek bir hastalıktır.¹ Dünya popülasyonunun yaklaşık % 1 ini etkiler. Cinsiyet ayırt etmez. Irk ve sosyoekonomik statü açısından eşit dağılıma sahiptir. Sıklıkla fonksiyonel kayıplara ve bilişsel bozulmalara neden olur.² Başlangıç yaşı % 60 a kadar 20 yaşından öncedir.³ Tüm tamamlanmış intiharların dörtte birini BB tanılı hastalar oluşturur.⁴

Hastalığın oluşmasında en güçlü risk faktörü özellikle erken başlangıçlı pozitif aile öyküsüdür.⁵ Ailesinde BB olanlarda risk topluma oranla 8-10 kat artmıştır , BB en sık genetik geçişe sahip psikiyatrik bozukluktur.⁶ BB'ta iyi tanımlanmış çevresel risk faktörleri stresli yaşam olayları/istismar , antidepresan kullanımı, madde kötüye kullanımınıdır.⁵ BB tanılı kişilerin çocukları yüksek risk gurubu(UHR) olarak tanımlanır ve sadece BB ilgili değil bir çok psikopatoloji açısından normal popülasyona kıyasla yaklaşık 2 kat artmış riske sahiptirler.⁷

Yapılan en son metaanalizde UHR grubun BB geliştirme açısından 9 kat, BB dışı duygudurum bozukluğu geliştirme açısından 2,5 kat, anksiyete bozukluğu geliştirme açısından 2 kat daha riskli olduğu saptanmıştır.⁷ Aile ortamı gibi psikososyal stres faktörlerinin BB'nun başlangıcını ne derece öngördüğünü anlamak için daha fazla araştırmaya ihtiyaç olduğu belirtilmiştir.

Son yıllarda ruhsal bir hastalığın erken dönemde tanınması ve o hastalığa özgü koruyucu stratejilerin geliştirilebilmesi amacıyla hastalığın öncül belirtilerinin ve risk etkenlerinin belirlenmesi önem kazanmıştır. Halk sağlığı felsefesi Madde 4⁸ sağlık hizmetlerinde birincil görevin koruyucu hekimlik olduğunu vurgulamaktadır. BB gibi hastalığın başlaması açısından yüksek riskli bir grubun açıkça tanımlandığı bir durumda öncelikli hedef, bu grubun taranması ve koruyucu önlemlerin alınması olmalıdır.

Bu alanda çalışmalar yapılmakta, UHR'nın içinde ileride BB geliştirme ihtimali olan daha da riskli bir grup belirlenmeye çalışılmaktadır.⁹ Dünya'da UHR ile ilgili uzunlamasına çalışmalar yapılıyorken¹⁰⁻¹² bu konuda ülkemizde yapılmış herhangi bir çalışma yoktur.

Genetik yatkınlıkla birlikte hastalığın gelişimini hızlandırdığı bildirilen çocukluk çağı travmasını(ÇÇT) ele alan sadece dört gözden geçirme vardır. ÇÇT ile BB'un başlangıcı ve seyri arasındaki ilişki oldukça sağlam bir şekilde kurulmuştur. Bu alandaki araştırmaların

çoğu fiziksel ve cinsel istismar üzerine yoğunlaşmıştır. Ancak duygusal istismar ve ihmalin travma alt tipleri arasında en yüksek yaygınlığa sahip olduğuna dair göstergeler vardır.¹³

ÇÇT ile ilişkili bir fenomen olan dissosiyasyon; süreklilik üzerinde yaşanan andan hafif kopmadan, amnezi, duyarsızlaşma, farkındalık, kimlik karmaşası ve kimlik değişikliği gibi daha ciddi deneyimlere uzanan geniş bir deneyim dizisini kapsar.¹⁴

Dissosiyatif bozukluğu olan bireyler, genellikle entegre olan bilinç, bellek, kimlik veya algı işlevlerinde ciddi kopukluklar yaşarlar.¹⁵ Dissosiyatif fenomenler ve ÇÇT arasındaki bağlantılar da literatürde tanımlanmıştır.¹⁴

Dissosiyatif bozukluktaki alter değişimleri, borderline bozukluktaki benlik algısındaki ve duygudurumdaki değişiklikler BB'daki duygudurum epizotlarını andırıyor olabilir. Dissosiyatif bozukluk ve borderline kişilik bozukluğundaki travma skorları ve dissosiyasyon skorları topluma oranla yüksek bulunmuştur.^{16,17} BB tanılı kişilerde dissosiyasyonun değerlendirildiği çalışmalar nadirken¹⁸, UHR'nda henüz hiç bakılmamıştır. Görünürdeki bu benzerliği kıyaslamak için araştırmamızda UHR ve sağlıklı popülasyonun ergen dissosiyatif yaşantılar ölçeği(ADES) ile değerlendirilmesi planlanmıştır.

Bu araştırmada BB tip I tanılı anne babaların 11-17 yaş aralığındaki çocuklarında psikiyatrik bozuklukların yaygınlığının belirlenmesi, çocuklarda psikiyatrik bozukluk varlığı, travma çeşitleri ve dissosiyatif bulgular arasındaki ilişkinin araştırılması ve toplum örneklemiyle kıyaslanması amaçlanmıştır.

İkincil bir amaç eşik altı psikopatoloji bulguları olan daha yüksek riskli gurubu saptamak, psikoeğitim vermek ve uzunlamasına takip etmektir.

4. GENEL BİLGİLER

4.1 Bipolar Bozukluk

Bipolar bozukluk, duygudurum durumunda ve enerjide dalgalanmalar ile karakterize, tekrarlayan epizotlarla giden kronik bir hastalıktır. Milliyet, etnik köken veya sosyoekonomik statüden bağımsız olarak dünya nüfusunun %1'inden fazlasını etkiler. Gençler arasında bilişsel ve işlevsel bozulmaya yol açan engelliliğin ana nedenlerinden biridir ve özellikle intihar sonucu ölüm olmak üzere ölüm oranını arttırır. Psikiyatrik ve tıbbi komorbiditelerin yüksek prevalansı, etkilenen bireylerde tipiktir.

Kesin tanının klinik uygulamada konulması çoğunlukla zordur çünkü başlangıç yaygın olarak depresif epizottur ve tek kutuplu depresyona benzer. Tanı için şu an kullanılabilecek herhangi bir biyobelirteç bulunmamaktadır¹⁹. Bu nedenle, klinik değerlendirmenin rolü anahtar olmaya devam etmektedir. Depresif epizotla başvuran kişilerde hipomanik dönemlerin tespiti ve boylamsal değerlendirme, BB'ü diğer durumlardan ayırt etmek için çok önemlidir.²

4.1.1 Duygudurum Bozuklukları Terminoloji ve Tanımı

Duygulanım, bir düşünce, durum ya da uyarana eşlik eden istenç karışmaksızın meydana gelen duygu olarak tanımlanır. Duygulanım neşe, öfke, üzüntü vb. olabilir.²⁰ Duygudurum(Mood) ise ruhsal yaşantıya hakim olan şiddet, yaygınlık ve kalıcılığa ulaşmış duygudurumu anlatır²¹.

Duygudurumdaki değişimler dört ana başlık altında sınıflandırılabilir; normal duygudurum(ötimi), yükselmiş duygudurum, çökkün duygudurum ve sıkıntılı, tedirgin(irritabl) duygudurumdur²⁰.

Kişi duygudurum ve duygulanımını belirli bir oranda kontrol edebilir. Duygulanımın olağandan fazla uzaması ve aşırılığa kaçması durumunda duygudurum bozukluğundan söz edilir. Duygudurum bozukluğu kişinin genel duygudurumundaki bir bozulma, dış şartlara ve durumlara göre uygun olmayan bir duygudurum halidir. Duygudurum bozukluğu kişide işlevsellik kaybına neden olarak bireyin hayatını etkiler.²¹

Duygudurum bozukluğunu tanımlayabilmek için duygudurum ataklarının özelliğini belirlemek gerekir²¹. Ataklar manik, hipomanik, depresif ataklar olarak tanımlanır. Yükselmiş duyguduruma sahip hastalar (manik atak gibi), aşırı neşeli, bazen de öfkeli,

çoşkulu bir duygudurum içinde azalmış uyku ihtiyacı, konuşmada hızlanma, aşırı hareketlilik, artmış benlik saygısı, büyüklük duyguları ve sanrıları gibi özelliklere sahip olabilirler²². Çökkün duyguduruma sahip hastalar(depresif atak gibi), enerji ve ilgi kaybı, suçluluk hissi, konsantrasyon güçlüğü, iştah kaybı, ölüm ve özkıyım düşüncelerine sahip olabilir²⁰. BB tekrarlayan depresif, manik ya da hipomanik ataklarla giden ve bu ataklar arasında kişinin sağlıklı duyguduruma dönebildiği (ötimi) bir duygudurum bozukluğunu tanımlar²².

BB tip I bozukluk hipomani atakları ile birlikte ya da hipomani atakları olmaksızın mani ataklarını, BB tip II bozukluk ise manik atak olmaksızın bir ya da daha fazla depresyon ve hipomanik atağı tanımlar. Bu bozukluklara bipolar ya da iki uçlu denmesinin nedeni hastalığın seyrinde hem mani hem de depresyon ataklarının görülebilmelerindedir²³.

4.1.2 Bipolar Bozukluk Tarihçesi

Melankoli kelimesinin kökeni “melas” yani “siyah”, ve “kole” yani “safra” kelimelerinden gelmektedir ve Hipokrat zamanında (M.Ö 5. yüzyıl) enerjisizlik, umutsuzluk, hüzün, sinirlilik gibi olumsuz duyguların bir arada görüldüğü klinik durumu ifade etmek için kullanılmıştır. Aynı dönemde sarı safra miktarının artmasıyla ortaya çıkan çoşkulu durumu ifade etmek için mani kelimesi kullanılmıştır.

Kapadokyalı Areatus M.S 2. yüzyılın ortalarında mani ve melankoli durumlarının aynı kişide farklı zamanlarda gözlenebildiğini fark etmiştir.^{24,25}

11. yüzyıl başlarında İbni Sina'nın konuyla ilgili vaka yazınları vardır.²⁶

1854 yılının başında Baillarger ve Falret 2 hafta arayla Fransız Tıp Akademik Kuruluna aynı klinik tabloyu iki farklı isimle; sırasıyla “bifazik ruhsal hastalık” ve “döngüsel ruhsal hastalık” şeklinde sunmuşlardır.

1862'de Griesenger mani ve depresyonun tek bir hastalığın parçası olduğunu söylemiştir. 1882'de Kahlbaum siklotimiye tanımlamış, 1895'de Kraepelin bu kavramdan yola çıkarak günümüz bipolar spektrum hastalıklarını birçok farklı klinik görünümüyle “manik depresif psikoz” olarak ilk defa tanımlamıştır.

1930'lu yıllarda Bleuler bu klinik tabloları “affektif bozukluklar” olarak isimlendirmiştir²⁷.

1952’de Amerika Psikiyatri Birliği (APA) tarafından geliştirilen Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-I)’de ilk defa “manik depresif reaksiyon” tanımlaması kullanılmıştır .

Leonard 1959’da bipolar (manik ve depresif dönemlerin olması) ve monopolar (sadece depresyon ya da sadece manik dönemlerin olması) bozukluk kavramlarından da söz etmiřlerdir²⁸.

Bu terimler kullanıma girdikten sonra bipolar bozukluk tanımı içine sadece manik nöbetleri olanlar dahil edilirken, sadece depresif dönemleri olan hastalar “unipolar” olarak adlandırılmıştır. 1976’da Dunner hastalığın Bipolar 1 ve Bipolar 2 olarak iki alt tipe ayrılmasını önermiştir ²⁹.

DSM- III’de major depresyon ve bipolar bozukluk affektif bozukluklar içinde olan iki ayrı hastalık olarak tanımlanmış, DSM III-R’de ise affektif bozukluklar tanımı, daha kapsayıcı ve genel bir durumu ifade etmesi için duygudurum bozuklukları olarak yeniden isimlendirilmiştir. DSM-IV ve DSM-IV-R’de duygudurum bozuklukları içinde yer alan BB, 2013 yılında yayımlanan DSM-5’te bipolar ve ilişkili bozukluklar olarak ele alınmıştır ⁴.

4.1.3 Bipolar Bozukluk Tanı Kriterleri

2013 te yayınlanan DSM 5 de daha önce duygudurum bozuklukları başlığı altında yer alan BB için ayrı bir başlık oluşturulmuş ve Bipolar ve İlişkili Bozukluklar olarak tanımlanmıştır. Bipolar ve İlişkili Bozukluklar başlığı altında BB I, BB II, siklotimik bozukluk, madde/ilaa kullanımıyla beliren bipolar ve ilişkili bozukluk, diğer tıbbi duruma bağlı bipolar ve ilişkili bozukluk, diğer tanımlanmış bipolar ve ilişkili bozukluk, tanımlanmamış bipolar ve ilişkili bozukluk tanımlanmıřtır⁴.

Duygudurum atakları; *majör depresif atak*, *manik atak*, *hipomanik atak* olarak adlandırılır. BB tanısında yer alan depresif, manik, hipomanik ataklar Tablo 1, Tablo 2 ve Tablo 3 de gösterilmiştir.

Tablo 1. DSM-5 Major Depresif Atak Tanı Ölçütleri

A. Aynı iki haftalık bir dönem boyunca, aşağıdaki semptomlardan beşi (ya da daha fazlası) bulunmuştur ve daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmuştur; semptomlardan en az birinin ya (1) depresif duygudurum ya da (2) ilgi kaybı ya da artık zevk alamama (unhedonia) olması gerekir.

Not: Açıkça başka sağlık durumuna bağlı olan belirtileri almayınız.

1. Çökkün duygudurum, neredeyse her gün, günün büyük bölümünde bulunur ve bu durumu ya kişinin kendisi bildirir(örn. kendisini üzgün ya da boşlukta hisseder ya da umutsuzdur) ya da bu durum başkalarınca gözlenir (örn. ağlamaklı bir görünümü vardır). (**Not:** Çocuklarda ve ergenlerde irritabl duygudurum olabilir.)
2. Bütün ya da neredeyse bütün etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da bunlardan zevk almama durumu neredeyse her gün , günün büyük bölümünde bulunur (ya öznel anlatım ya da gözlemle belirlenir)
3. Kilo vermeye çalışmıyorken (diyet yapmıyorken) çok kilo verme ya da kilo alma (örn. ayda, vücut kilosunun % 5'inden fazlası olmak üzere) ya da hemen her gün yeme isteğinde azalma ya da artma. (**Not:** Çocuklarda, beklenen kilo alımının olmaması göz önünde bulundurulmalıdır.)
4. Neredeyse her gün, insomnia (uykusuzluk) ya da hipersomnianın (aşırı uyku).
5. Neredeyse her gün, psikomotor ajitasyon ya da retardasyonun olması (sadece huzursuzluk ya da ağırlaştığı duygularının olduğunun bildirilmesi yeterli değildir, bunların başkalarınca da gözleniyor olması gerekir)
6. Neredeyse her gün, bitkinlik ya da içsel gücün kalmaması (enerji düşüklüğü)
7. Neredeyse her gün, değersizlik ya da aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duygularının (hezeyan düzeyinde olabilir) olması (sadece hasta olmaktan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil)

8. Neredeyse her gün, düşünme ya da düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırma yetisinde azalma ya da kararsızlık (ya hastanın kendisi söyler ya da başkaları bunu gözlemiştir).
9. Yineleyen ölüm düşünceleri (sadece ölmekten korkma olarak değil), özgül bir tasarı kurmaksızın yineleyen intihar etme düşünceleri, intihar girişimi ya da intihar etmek üzere özgül bir tasarının olması.

B. Bu semptomlar klinik açıdan belirgin bir sıkıntı ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

C. Bu dönem, bir maddenin ya da tıbbi bir durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

Not: A-C tanı ölçütleri bir majör depresyon dönemini oluşturur.

Tablo 2. DSM-5 Manik Atak Tanı Ölçütleri

- A. Kabarmış, taşkın ya da çabuk kızan, olağandışı ve sürekli bir duygudurumun ve amaca yönelik etkinlikte ve içsel güçte, olağandışı ve sürekli bir artışın olduğu ayrı bir dönemin , en az bir hafta (ya da hastaneye yatırılmayı gerektirdiyse herhangi bir süre), neredeyse her gün, günün büyük bölümünde sürmesi.
- B. Duygudurum bozukluğunun olduğu ve içsel güçte ya da etkinlikte artıma olduğu dönem boyunca aşağıda belirtilenlerin üçü (ya da daha çoğu) (çabuk kızan duygudurum varsa dördü) belirgin derecede vardır ve bunlar olağan davranışlardan önemli derecede değişiktir:
 1. Benlik saygısında abartılı bir artış ya da büyüklük düşünceleri.
 2. Uyku gereksiniminde azalma (örn. Yalnızca üç saatlik uykuyla kendini dinlenmiş olarak duyumsar).
 3. Her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşmaya tutma.
 4. Düşünce uçuşması ya da düşüncelerinin sanki yarışıyor gibi birbirlerinin peşi sıra geldiğine ilişkin öznel yaşantı
 5. Dikkat dağınıklığı(yani dikkat önemsiz ya da ilgisiz bir dış uyarana

kolaylıkla çekilebilir) olduğu bildirilir ya da öyle olduğu gözlenir.

6. Amaca yönelik etkinlikte artma (toplumsal yönden, işte ya da okulda, cinsel açıdan) ya da psikomotor ajitasyon (bir amaca yönelik olmayan anlamsız etkinlik).
7. Kötü sonuçlar doğurma olasılığı yüksek, zevk veren etkinliklere aşırı katılma (örn. elindeki bütün parayı alışverişe yatırma, düşüncesizce cinsel girişimlerde bulunma ya da gereksiz iş yatırımları yapma)

C. Duygudurum bozukluğu, toplumsal ya da mesleki işlevsellikte belirgin bir bozulmaya yol açacak denli ya da kendisine ya da başkalarına zarar vermesini önlemek için hastaneye yatırmayı gerektirecek denli ağırdır ya da psikotik özellikler gösterir.

D. Bu dönem bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç, bir madde, başka bir tedavi) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

Not: Antidepresan tedavi (örn. ilaç, elektrokonvulsif tedavi, ışık tedavisi) sırasında ortaya çıkan ve söz konusu ilacın fizyolojiyle ilgili etkilerinin ötesinde sendrom düzeyinde süren tam bir mani dönemi, bir mani dönemi için, dolayısıyla bipolar bozukluk 1 tanısı için yeterli bir kanıttır.

Tablo 3. DSM-5 Hipomanik Atak Tanı Ölçütleri

A. Kabarmış, taşkın ya da çabuk kızan, olağandışı ve sürekli bir duygudurumun ve amaca yönelik etkinlikte ve içsel güçte, olağandışı ve sürekli bir artışın olduğu ayrı bir dönemin , en az dört ardışık gün neredeyse her gün, günün büyük bölümünde sürmesi.

B. Duygudurum bozukluğunun olduğu ve içsel güçte ya da etkinlikte artıma olduğu dönem boyunca aşağıda belirtilenlerin üçü (ya da daha çoğu) (çabuk kızan duygudurum varsa dördü) belirgin derecede vardır ve bunlar olağan davranışlardan önemli derecede değişiktir:

1. Benlik saygısında abartılı bir artış ya da büyüklük düşünceleri.
2. Uyku gereksiniminde azalma (örn. Yalnızca üç saatlik uykuyla kendini

dinlenmiş olarak duyumsar).

3. Her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşmaya tutma.
 4. Düşünce uçuşması ya da düşüncelerinin sanki yarışıyor gibi birbirlerinin peşi sıra geldiğine ilişkin öznel yaşantı
 5. Dikkat dağınıklığı(yani dikkat önemsiz ya da ilgisiz bir dış uyarana kolaylıkla çekilebilir)olduğu bildirilir ya da öyle olduğu gözlenir.
 6. Amaca yönelik etkinlikte artma (toplumsal yönden, işte ya da okulda, cinsel açıdan) ya da psikomotor ajitasyon (bir amaca yönelik olmayan anlamsız etkinlik).
 7. Kötü sonuçlar doğurma olasılığı yüksek, zevk veren etkinliklere aşırı katılma (örn. elindeki bütün parayı alışverişe yatırma, düşüncesizce cinsel girişimlerde bulunma ya da gereksiz iş yatırımları yapma)
- C. Bu dönem , kişinin belirtisiz olduğu zamanlarda olduğundan çok daha değişik, işlevsellikte belirgin bir değişikliğin görüldüğü bir dönemdir.
- D. Duygudurum ve işlevsellikte olan değişiklik başkalarınca gözlenebilir.
- E. Bu dönem, toplumsal ya da işle ilgili işlevsellikte belirgin düşmeye neden olacak denli ya da kişinin kendisine ya da başkalarına bir kötülüğünün dokunmaması için hastaneye yatırılmasını gerektirecek denli ağır değildir. Psikoz özellikleri varsa söz konusu dönem, tanım olarak, mani dönemidir.
- F. Bu dönem bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç,bir madde, başka bir tedavi) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

Not: Antidepresan tedavi (örn. ilaç, elektrokonvulsif tedavi, ışık tedavisi) sırasında ortaya çıkan ve söz konusu ilacın fizyolojiyle ilgili etkilerinin ötesinde sendrom düzeyinde süren tam bir hipomani dönemi, bir hipomani dönemi tanısı için yeterli bir kanıttır. Ancak bir ya da iki belirti (özellikle antidepresan kullanımından sonra ortaya çıkan çabuk kızmada artış, sinirlilik ya da kışkıрма belirtileri) bir hipomani dönemi tanısı için ne yeterli sayılmalı , ne de bipolar bozukluğa yatkınlığın bir göstergesi olarak görülmelidir.

DSM-5'e Göre Bipolar Bozukluk Ölçütleri ;

- Bipolar Tip I Bozukluğu: Bir ya da birden fazla manik ya da karışık atakla belirlidir, genellikle majör depresif ataklar eşlik eder.
- Bipolar Tip II Bozukluğu: Bir ya da birden fazla majör depresif atak yanı sıra en az bir hipomanik atak olması ile belirlidir.
- Siklotimik Bozukluk: En az 2 yıl süreyle bir manik atağın tanı ölçütlerini karşılamayan hipomanik belirtilerin olduğu birçok dönemin ve bir majör depresif atağın tanı ölçütlerini karşılamayan depresif belirtilerin olduğu birçok dönemin olması ile belirlidir. Çocuk ve ergenler için belirtilerin olması gereken süre az 1 yıl olarak kabul edilmektedir.
- Madde/İlaç Kullanımıyla Beliren Bipolar ve İlişkili Bozukluk: Duygudurum bozukluğu madde entoksikasyonu ya da yoksunluğu sırasında veya ertesinde, ya da ilaç alımına bağlı olarak gelişmiştir.
- Diğer Tıbbi Duruma Bağlı Bipolar ve İlişkili Bozukluk: Duygudurum bozukluğunun başka bir sağlık durumunun patofizyolojisi ile ilgili doğrudan bir sonucu olduğuna yönelik kanıtlar vardır.
- Diğer Tanımlanmış Bipolar ve İlişkili Bozukluk:
 1. Kısa süren hipomani ve major depresyon dönemleri,
 2. Yeterli belirti göstermeyen hipomani dönemleri ve major depresyon dönemleri,
 3. Major depresyon öyküsü olmaksızın hipomani ve
 4. Kısa süren siklotimi bu alt başlıkta toplanmıştır.
- Tanımlanmamış Bipolar ve İlişkili Bozukluk: Tanımlanan bozukluklardan herhangi biri için tanı ölçütlerinin tam karşılanmadığı veya klinisyen tarafınca karşılamamanın özel nedeni belirlenmek istenmediğinde ya da daha özgül tanı koymak için yeterli zaman olmadığında kullanılır⁴.

4.1.4 Epidemiyoloji

Erişkinlerde BB-I ve BB spektrum bozukluklarının prevalansı sırasıyla %1-2 ve %3-6 civarındadır ve çoğunluğu 20 yaşından önce başlamıştır.^{30,31}

Bazı çalışmalar, özellikle Amerika Birleşik Devletleri'ndekiler, son 20 yılda gençlerde ve çocuklarda BB'nin tanınmasında ve oranlarında çarpıcı artışlar göstermiştir ve bazı yazarlar aşırı tanı olasılığını gündeme getirirken, diğerleri bu durumun varlığını ihmal etme olasılığını vurgulamaktadır.³² Dünya çapında gençlerde BB epidemiyolojisi hakkında 1985'ten 2007'ye kadar 7 ile 21 yaşları arasındaki 16.222 genci kapsayan bir meta-analiz, genel oranın %1.8 (%95 GA, %1.1-%3.0) olduğunu bildirmiştir.³³

Dünya çapındaki başka bir zihinsel sağlık araştırmasında, bipolar bozuklukların prevalansı çeşitli kültürler ve etnik gruplar arasında tutarlılık göstermiştir; BB'un yaşam boyu sıklığı BB Tip I için % 0,6 , BB Tip II için % 0,4 , eşik altı BB için % 1.4 ve BB spektrumu için % 2.4 olarak saptanmıştır.³⁴

Dünya Sağlık Örgütü , BB'un engelliliğin 6. önde gelen nedeni olduğunu belirtmektedir. Gençlerde BB, genellikle bozulmuş aile ve akran ilişkileri, zayıf akademik performans, yüksek oranlarda kronik duygudurum belirtileri, psikoz, yıkıcı davranış bozuklukları, anksiyete bozuklukları, madde kullanım bozuklukları, tıbbi sorunlar, hastaneye yatışlar ve intihar girişimleri ve tamamlanmış intihar ile ilişkili önemli bir halk sağlığı sorunu olarak giderek daha fazla tanınmaktadır.³² Ayrıca, BB tanılı gençlerin, tek kutuplu depresyon veya duygudurum dışı bozuklukları olan gençlere kıyasla daha yüksek davranışsal sağlık maliyetleri ve tıbbi hizmetlerden daha fazla yararlanmaları söz konusudur. Teşhis edilmemiş BB'lu hastalar, teşhis edilmiş BB'lu hastalara göre daha yüksek sağlık maliyetlerine neden olabilmektedir. Yüksek morbidite ve mortalite oranları ve durumun kronik seyri göz önüne alındığında, erken tanı ve tedavi kritik öneme sahiptir.^{30,35}

4.1.5 Başlangıç Yaşı ve Gidişat

BB'lu erişkinlerde yapılan retrospektif çalışmalar, hastalığın kişilerin %10-20'sinde 10 yaşından önce ve %60'a kadarında 20 yaşından önce başladığını bildirmiştir.^{3,31} Yetişkinlerde BB, sıklıkla çocuklukta yıkıcı davranış bozuklukları ve anksiyete bozukluğundan sonra gelişir. Erken başlangıçlı BB, hastalığın daha şiddetli seyri ve daha kötü prognoz ile ilişkilidir. Ergenlik öncesi başlangıçlı BB olan çocukların iyileşme

olasılığının ergenlik sonrası başlangıçlı olanlara göre yaklaşık 2 kat daha az olduğu bildirilmektedir.

Ek olarak, ergenlik öncesi başlangıçlı bireylerin daha fazla kronik semptomları olduğu, subsendromal duygudurum semptomları ile daha uzun süre takip edildikleri ve ergenlik sonrası başlayanlara göre bir yılda daha fazla atak geçirdikleri saptanmıştır.^{30,36,37} BB'li gençler, sık duygudurum dalgalanmaları ile birlikte, subsendromalden tam sendroma kadar bir semptom şiddeti değişikliği gösterirler. Gençlerde yapılan daha önceki çalışmalar, 6 ay sonra %14 iyileşme oranları olan³⁸ ve epizodlar arası neredeyse hiç iyileşme olmayan yüksek hızlı döngü (%50) gibi manik atakları olanların daha yüksek kronikleşme oranlarını göstermiştir³⁹.

Takip çalışmaları, BB tanılı gençlerin %70 ila %100'ünün eninde sonunda indeks ataklarından iyileştiklerini (örn. 2 ay boyunca önemli bir semptom göstermediğini), bununla birlikte, devam eden tedaviye rağmen, %80'e varan (örn., 2-5 yıl içinde bir veya daha fazla) nüks oranları olduğunu bildirilmiştir.

Ek olarak, yetişkinlere yönelik bulgulara benzer şekilde, BB tanılı gençlerdeki ileriye dönük seyir, takip süresinin %60 ila %80'i boyunca değişen yoğunluklarda, özellikle depresif ve karma belirtilerle karakterize, duygudurum dalgalanmaları bildirilmiştir. Ergenlik döneminde intihar düşüncesi ve girişimleri ile madde kötüye kullanımı oranlarında ciddi bir artış vardır. Ayrıca, BB'lu gençler yüksek oranda yasal, sosyal, ailevi ve akademik sorunlar göstermektedir.^{32,36}

Yakın tarihli bir çalışma, 9 yıllık bir süre boyunca daha bireyselleştirilmiş kursları dört boylamsal ruh hali yörüngesi şeklinde belirledi:

- “Ağırlıklı olarak ötimik” kurs (%24)
- “Orta derecede ötimik” kurs (%35)
- “İyi seyirli hasta” (%19) ve
- “Ağırlıklı hasta” kurs (%22) .⁴⁰

Her grup içinde, ortalama olarak gençler takip süresinin sırasıyla %84, %47, %43 ve %12'sini ötimikti. Daha iyi seyir, duygudurum semptomlarının daha geç başlangıcı, daha az aile öyküsü ve madde kötüye kullanımı ve başlangıçta daha az şiddetli depresyon, manik semptomlar, intihar, subsendromal duygudurum atakları ve cinsel istismar öyküsü ile

ilişkilendirildi. ⁴⁰. İlginç bir şekilde, bir BB genç alt grubunun esas olarak ötimik bir kursa sahip olması, bu alt grubun ömür boyu tedaviye ihtiyacı olup olmadığını sorgulamaktadır. BB ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan bireyler, vakaların sadece %20'sinde 4 yılda fonksiyonel iyileşme göstermiştir. ⁴¹

Bununla birlikte, artık gençlerde BB'un ultra hızlı döngü veya kronik mani ile karakterize olmadığı, ancak BB'li yetişkinlerden daha sık tekrarlayan duygudurum atakları ile kendini gösterdiği kabul edilmektedir. ³⁶

4.1.6 Etiyoloji ve Risk Faktörleri

Gençlerde BB'un en iyi tek belirleyicisi aile öyküsüdür. İkiz ve aile çalışmaları, BB'un tek yumurta ikizleri arasında yaklaşık %70'lik bir uyum ile oldukça kalıtsal bir hastalık olduğunu göstermiştir; bu oran çift yumurta ikizlerinin 2-3 katıdır. ⁴² Mevcut çalışmalar, birden fazla genin BB'dan sorumlu olabileceğini göstermektedir, ancak şimdiye kadar bunlar tanımlanmamıştır. ⁴³

Eşik altı manik veya hipomanik dönemlerin , BB'li ebeveynlerin çocuklarında manik, karma veya hipomanik dönemlerin gelişimi için bir risk faktörü olduğu saptanmıştır. ⁴⁴

Uzunlamasına ileriye dönük çalışmalar, duygudurum değişkenliği(labilite), depresyon/anksiyete, subsendromal manik semptomlar ve erken başlangıçlı ebeveyn BB'si olan BB ebeveynlerinin yavrularının, BB geliştirme için %50 risk altında olduğunu göstermektedir. ⁹

Çalışmalar, bir bütün olarak BB'li ebeveynlerin çocuklarında BB gelişimi için risk faktörleri hakkında bizi bilgilendirmektedir. Ancak, bize bireysel bir çocuk için BB geliştirme riski hakkında bilgi vermezler. Bunu yapmak için yakın zamanda Pittsburg Üniversitesi bir risk hesaplayıcı geliştirmiştir. ⁴⁵ Bu risk hesaplayıcı harici olarak doğrulanırsa, klinik uygulama ve araştırma için yararlı bir araç haline gelebilir.

BB kalıtsal bir hastalık olmasına rağmen, BB'u hızlandırabilecek veya genetik olarak yatkın kişilerde koruyucu faktörler olarak hizmet edebilecek başka biyolojik, sosyal veya duygusal değişkenler vardır. ⁴⁶

Araştırma ve klinik deneyimler travmanın veya stresli yaşam olaylarının bir BB epizodunu tetikleyebileceğini düşündürmektedir; bununla birlikte, birçok epizod bariz veya tanımlanabilir bir neden olmaksızın ortaya çıkar.

Kısaca etiyoloji, biyolojik kırılganlıkların ve çevresel etkilerin karmaşık etkileşimi ile çok faktörlüdür.

Manyetik rezonans görüntüleme (MRI) ve fonksiyonel MRG (fMRI) gibi nörogörüntülemelemedeki son gelişmeler, BB tanılı gençlerde duygu işleme ve düzenlemede yer alan nöral devrelerin sağlıklı akranlardan farklı olduğunu göstermektedir.^{45,47,48} BB'lu ergenlerde azalmış amigdala hacmi, en tutarlı beyin görüntüleme bulgularından biridir. Set değiştirme, görsel-uzaysal bellek, çalışma belleği, bilişsel esneklik ve yürütücü işlevler gibi nörobilişsel alanlarda eksiklikler⁴⁹⁻⁵¹ de BB tanılı gençleri tek kutuplu depresif gençlerden ayırmıştır.⁵² Akut duygudurum epizodunun iyileşmesi, nörobilişsel işlevsellikteki (örneğin, sözlü ve işleyen bellek) iyileşmeye eşlik edebilir; ancak araştırmalar, nörobilişsel eksikliklerin çocuğun duygudurum durumundan bağımsız olabileceğini, mani veya depresyon belirtileri olmadığında bile var olabileceğini ve işlevsel yeteneğin azalması için uzun vadeli etkileri olabileceğini düşündürmektedir.^{53,54}

Risk altındaki bir aşamayı tanımlayan risk faktörlerinin veya prodromal semptomların belirlenmesi, erken aşamaların tedaviye daha duyarlı olması beklendiğinden ve bu nedenle daha az karmaşık müdahalelere ihtiyaç duyabileceğinden, önemli tedavi etkilerine sahiptir.^{55,56} Ayrıca, psikiyatrik tedaviler, hastalığın erken evrelerinde uygulandığında muhtemelen daha faydalı bir etkiye sahiptir.⁵⁷ Kilit bir konu, bipolar bozukluk da dahil olmak üzere çoğu bozuklukta risk altındaki durumun pleomorfik ve nonspesifik olması ve çeşitli biçimlerde fenotiplere dönüşme veya bozukluk olmama potansiyeline sahip olmasıdır.

4.1.6.a Çevresel Risk Faktörleri

Bipolar bozukluk yüksek bir genetik yüke sahip olmasına rağmen⁵⁸, çevresel faktörlerden etkilenen⁵⁹, bazıları potansiyel olarak modifiye edilebildiğinden erken müdahale stratejilerinin hedefi olarak kullanılabilen çok faktörlü bir hastalık olarak kabul edilir⁶⁰. Yaşam olaylarının gelecekteki bipolar bozukluğun tetikleyicileri olduğu öne sürülmüştür⁶¹, ancak sonuçlar tartışmalıdır. Bazı çalışmalar^{62,63} (UHR çalışmaları) ortalama yaşam olayları ile duygudurum bozukluğu riski arasında pozitif bir ilişki kurarken, Wals ve meslektaşları⁶⁴ 14 aylık bir follow up çalışmasında stresli yaşam olaylarının önceki endişeli veya depresif belirtiler için düzeltme yapıldıktan sonra duygudurum epizodlarının başlangıcı ile ilişkili olmadığını bulmuştur.

Yaşam olaylarının hastalık gidişatındaki etkisi göz önüne alındığında, yaşam boyu cinsel istismar, bipolar bozukluğun daha kötü seyri ile ilişkili görünmektedir.^{40,65-67}

Depresyondaki gençlerde antidepresan kullanımı da bir risk faktörü olabilir⁶⁸, çünkü antidepresanlar (hipo)manik semptomlara neden olabilir⁶⁹. Madde kötüye kullanımı, hastalık prognozunu kötüleştiren ve duygudurum bozukluklarında yaygın olan bir durumdur⁷⁰. Ayrıca, depresyon, anksiyete veya madde kullanım bozukluğu varlığı için yardım arayan hastalarda izlemde bipolar bozukluk riskinin artmasıyla ilişkilendirilmiştir⁷¹.

Bazı çalışmalarda, ilk mani epizotu olan hastalarda, çoklu epizotlu hastalarla karşılaştırıldığında⁷²⁻⁷⁴ daha düşük bir madde kullanım bozukluğu prevalansı bulunmasına rağmen, bu bulgu, ikincil bir durumun birincil olarak önlenmesinin, bu durumda, bipolar bozukluk düşünülmelidir⁷⁴. Madde kullanım bozukluğu, yaşam boyu alkol deneyi, yaşam boyu karışık olma karşı gelme bozukluğu ve panik bozukluğu, ailede madde kullanım bozukluğu öyküsü, ya da düşük aile uyumu ile tahmin edilebilir⁷³; bu risk faktörleri bileşik bir etki gösterir. Sigara içmek, depresyondan şizofreniye kadar artan psikiyatrik bozukluk riski ile ilişkili olabilir⁷⁵. Endişe verici bir şekilde, annenin sigara içmesi bile yavrularda riski artırabilir^{76,77}.

4.1.6.b Biyolojik Risk Faktörleri

Bipolar bozukluğun aile öyküsü, bipolar bozukluk için en sağlam risk faktörlerinden biridir⁷⁸ ve belirtilen önleme stratejilerinde birincil bir eşittir. Bipolar çocuklar üzerinde yapılan boylamsal araştırmalar, probandların başlangıç yaşı ve duygudurum bozukluğu alt tipinin bipolar bozukluğun kalıtsallığını ve seyrini etkilediğini bulmuştur.^{9,72,79} Örneğin, bu çalışmalar, erken başlangıçlı BB tanılı ebeveynlerin yavrularının herhangi bir bipolar bozukluk için daha yüksek risk altında olduğunu^{9,79} ve ebeveynlerdeki lityum tepkisizliğinin daha kötü premorbid işlevsellik, daha kronik bir seyir ve daha yüksek psikotik bozukluk ile ilişkili olduğunu göstermiştir⁷².

Nörogelişimsel faktörler, belirli akıl hastalığının potansiyel erken belirteçleri olarak incelenmektedir. Bir doğum öncesi kohort çalışması, ince ve kaba motor becerileri, dili ve kişisel-sosyal gelişimi ölçen Denver Gelişimsel Tarama Testi ile değerlendirilen çocuk gelişimsel gecikmenin, daha sonraki maninin bir yordayıcısı olduğunu, ancak depresyon veya psikozun olmadığını bulmuştur.⁸⁰ Aynı çalışmada hastalık öncesi bilişsel yetenek sadece psikozu öngörmüştür.⁸⁰ Bununla birlikte, akademik başarısı en yüksek olan çocukların BB açısından en yüksek risk altında olabileceğini, en zayıf notları olanların ise orta derecede yüksek risk altında olduğunu gösteren veriler vardır.⁸¹

4.1.6.c Prodromal Dönem

Boylamsal çalışmalardan elde edilen sonuçlar, bipolar çocukların genel popülasyona göre bipolar bozukluk geliştirme riskinin daha yüksek olduğunu göstermektedir^{79,82-84}. Ayrıca majör depresif bozukluk, anksiyete bozuklukları veya psikotik bozukluklar gibi diğer psikopatolojileri geliştirme riski de aynı derecede yüksektir.^{9,64,70,78,85-87}

Toplum kohort çalışmalarında BB geliştiren ergenler de önemli ölçüde yüksek oranda eşlik eden anksiyete bozuklukları ve yıkıcı davranış bozuklukları olduğunu göstermiştir⁸⁸. Hem bipolar çocuklarda hem de toplum kohortlarında indeks (hipo)manik epizodun sıklıkla diğer afektif veya afektif olmayan semptomlardan önce geldiğine dair güçlü kanıtlar olduğu için^{44,72,85,88} boylamsal çalışmalar, bu durumlardan herhangi birinin bipolar bozukluğun erken belirtileri olarak kabul edilip edilemeyeceğini çözmeye ve gelecekte bipolar bozukluğun başlangıcını tahmin etmeye yardımcı olmaya çalışmıştır.

Hollandalı bipolar çocuk kohortunda, bipolar spektrum bozukluğu geliştiren yavruların %88'inin başlangıçta depresif epizotla başvurduğu ve BB dönüşümü için ortalama geçen sürenin 5,1 yıl olduğunu saptamıştır.⁸⁵. Öznel uyku sorunları bipolar bozukluğun gelişimi ile de ilişkili olabilir⁸⁹ ancak kesin sonuçlara varılmadan önce daha fazla kanıtı ihtiyacı vardır.

Çocukluk çağı anksiyete bozukluğu, majör duygudurum bozukluklarının prodromal bir belirtisi olarak tanımlanmıştır, ancak bipolar bozukluktan çok tek kutuplu depresyonla ilişkili görünmektedir.^{78,87}. Anksiyete bozuklukları ise sırasıyla, utangaçlık ve duygusallık gibi mizaç özellikleri tarafından tahmin ediliyor gibi görünmektedir.⁸⁷. Bunun aksine, UHR⁹⁰ bipolar yavru kohortlarında^{77,82,83,91,92}, ebeveyn psikiyatrik morbiditesi gibi psikopatoloji ile ilişkili risk faktörlerini ayarladıktan sonra bile^{44,93} eşik altı (hipo)manik semptomlar, toplumda (hipo)maninin gelişiminin anahtar bir yordayıcısı olarak ortaya çıkmıştır^{71,93,94}. Ayrıca, hipomanik semptomların yoğunluğunun artması veya başlangıç yaşının daha erken olması, bipolar bozukluk için işlevselleştirilmiş ölçütleri başlangıçta karşılayan çocuklar ve ergenler arasında bipolar I veya II bozukluğa ilerleme riskinin artmasıyla ilişkilidir.^{95,96}. Bazı çalışmalar, sadece kategorik tahmin edicilerde değil, birkaç boyutlu faktörlerin tahmin değerine odaklanmıştır.^{9,83,92}

Pittsburg Bipolar Offspring gençlik kohortundan çıkan veriler⁹ anksiyete/depresyon, afektif değişkenlik ve subsendromal manik semptomları olan UHR'da bipolar spektrum bozuklukları geliştirme riskinin yüksek olduğunu göstermektedir. Daha sonra bipolar bozukluk gelişen UHR'nda afektif labilite ve anksiyete/depresyon izlem boyunca

yükselirken, manik semptomlar dönüşüm noktasına kadar artmıştır. Bu sayılan risk faktörlerinin tümüne sahip olan çocuklar ve özellikle erken başlangıçlı BB olan ebeveynleri olan çocuklar, %49 oranında bipolar bozukluk geliştirme riskine sahiptir.

Benzer şekilde, UHR'ndan oluşan bir Amish kohortunda⁸³, takipte BB geliştirenlerde okul öncesi dönemde daha yüksek duyarlılık, aşırı uyarılmışlık, anksiyete ve somatik şikayetler ve okul yıllarında daha fazla duygudurum ve enerji dalgalanmaları, ağlamaklılık, uyku bozuklukları ve korku görülmüştür.

Bununla birlikte, bipolar bozukluğu olan pediatrik ve yetişkin örneklerdeki prodromal semptomlara ilişkin verileri bildiren bir meta-analiz, yüksek oranda bildirilen bazı prodromal semptomlar olsa bile, prodromal evrenin bireyler arasında farklılık gösterme eğiliminde olduğuna işaret etmiştir.⁹⁷

Bipolar bozukluk genellikle ilk olarak bir depresif dönemle ortaya çıktığından⁹⁸, boylamsal çalışmalar tek kutuplu depresyondan bipolar bozukluğa dönüşümün prodromal semptomlarının varlığını değerlendirmiştir. Tekrarlanan ana bulgu, psikotik depresyon tanısı ile (hipo)maniye geçiş arasındaki ilişkidir⁹⁹⁻¹⁰². Yakın zamanda yapılan bir meta-analiz, ailede bipolar bozukluk öyküsü, daha erken depresyon başlangıcı yaşı ve psikotik semptomların varlığının depresyondan bipolar bozukluğa dönüşümü en güçlü şekilde öngördüğünü belirlemiştir.¹⁰³. Sadece psikotik depresyon tanısı almış hastalara odaklanıldığında, bipolar bozukluğa dönüşümün temel olarak erken yaşta başlangıç^{100,101} işlevsel bozulma¹⁰⁰, karma özellikler^{102,104} ve önceki hipomanik belirtiler¹⁰⁵ ile ilişkili olduğu bulunmuştur.

Özetle, ebeveyndeki bipolar bozukluğu, özellikle erken başlangıçlı (örn., 21 yaşında), bipolar bozukluğun gelişmesi için en önemli tek risk faktörüdür. Ek olarak, gençte en tutarlı prodromal faktör olan subsendromal manik belirtiler ve devam eden duygudurum değişkenliği veya sinirlilik, kaygı ve depresyon varsa, bu gencin bipolar bozukluk geliştirme olasılığı artar. Bununla birlikte, bu semptomların başlangıcı ve şiddeti heterojendir.⁵

4.1.7 Bipolar Ebeveyn Çocuklarında Psikopatoloji

Pozitif bir aile BB öyküsü, BB gelişimi için en güçlü risk faktörüdür¹⁰⁶ ve birinci derece akrabalar en büyük risk altındadır. BB geliştiren tüm bireylerin aile öyküsü olmasa da, aile öyküsü olanlar daha erken hastalık başlangıcı gösterirler¹⁰⁷.

Ayrıca, hastalığı erken başlayanlar en şiddetli hastalık seyrini gösterir.¹⁰⁸ Çalışmalar, UHR' nın %5-19'unun genç erişkinlik döneminde BB geliştirdiğini göstermektedir^{82,109}.

UHR ayrıca depresyon, anksiyete ve davranış bozuklukları dahil olmak üzere diğer psikiyatrik durumlar için daha büyük risk altındadır. Muhtemelen farklı metodoloji nedeniyle çalışmalar arasında farklılık gösterse de¹¹⁰, %75'e kadarı çocukluk döneminde en az bir eksen I bozukluğu sergilemektedir¹⁰⁹.

Vakaların% 20'sinde diğer psikiyatrik bozukluklar genç erişkinlik döneminde UHR'nda BB gelişiminden önce gelirken,% 55'inde diğer psikiyatrik durumlar görülür, ancak genç erişkinlikte BB gelişmez⁸².

Bu nedenle UHR, erken başlangıçlı psikiyatrik bozukluklar ve özellikle de BB için ultra yüksek risk altında olan kolayca tanımlanabilir bir popülasyonu temsil eder.

4.1.8 Erken Tedavi Stratejileri

Erken müdahale kavramı, intihar riskini artıran ve yaşam kalitesini düşüren, yaşam boyu süren kronik bir hastalık olan BB gibi durumlar için önemlidir. Uygun müdahalelerle hastalığın seyrine erken müdahale etmenin, BB'un gidişatını önemli ölçüde değiştirebileceği ve sonuçları iyileştirebileceği iddia edilmektedir. Bununla birlikte, tedaviye hemen başlamanın bariz yararları olsa da, erken müdahale paradigmasının dayandığı bipolar bozukluğun etyopatogenezine ilişkin anlayışımızdaki boşlukları göz önünde bulundurmamak önemlidir.¹¹¹

BB için erken teşhis ve müdahale stratejilerine duyulan istek anlaşılabilir, çünkü hastalığın gidişatını BB'nin uzun vadeli yükünü azaltacak şekilde değiştirme potansiyeli (yani atakların sıklığını, süresini ve travmasını azaltmak¹¹²)bu şekilde mümkün olabilir. Aynı zamanda işlevselliği artırır ve muhtemelen yaşam boyu profilaktik tedaviye olan ihtiyacı azaltır. Başarılı erken müdahale, aynı zamanda, BB'un başlangıcı ile uygun tedavinin başlatılması arasında halihazırda meydana gelen önemli gecikmeyi de azaltmalıdır.^{113,114} Bu çok önemlidir, çünkü hastalığın erken evresi, en olumlu değişikliğin meydana gelebileceği zaman iken, aynı zamanda en fazla hasarın ya tedaviye başlanmayarak ya da daha kötüsü, yanlış müdahalede bulunarak verilebileceği zaman dilimidir.

Örneğin, Post ve arkadaşları¹¹⁵ tarafından yapılan bir araştırma, ilk tedaviye başlangıçtaki daha uzun süreli gecikmenin daha uzun depresyon süresine ve dolayısıyla daha fazla sayıda ve aynı zamanda daha şiddetli olan depresif ataklara yol açtığını ortaya

koymuştur. BB epizodlarının sayısı ve süresi arttıkça bilişsel işlev bozukluğu, nörobiyolojik anormallikler ve tedaviye direnç riski de artar.¹¹⁶ Bu nedenle BB'ü ilk ortaya çıktığında saptamak ve etkin bir şekilde yönetmek kritik önem taşır.

BB için erken müdahale ile ilgili en önemli sorun, bir depresif bozukluk veya bipolar bozukluğun ayırıcı tanısıdır. İki bozukluğun tedavi algoritmaları büyük ölçüde farklılık gösterdiğinden, geçici teşhisler formüle edilirken çok dikkatli olunmalıdır. Erken müdahale stratejilerinin gerekenden erken alınması, prognoz ve tanının klinik bilgi ve biyobelirteçlerden ziyade tedavi yanıtı tarafından belirlenmesine yol açabilir. Bu nedenle, BB için erken müdahale stratejileri henüz yaygın olarak benimsenmeye hazır değildir ve bunun yerine klinisyenler, dikkatli bir bakım planını içeren “bekle ve gör” yaklaşımında ısrar etmelidir.¹¹⁷ Bu nedenle, erken müdahalenin en önemli yönü farkındalık ve yardım arama davranışının oluşturulmasıdır.

Daha genç popülasyonlar için subsendromal semptomlar için psikotrop ilaçlarla ilgili kanıtların azlığı ve bu ilaçların vücut ve beyin üzerindeki bilinmeyen yan etkileri dikkate alındığında açıkça duygudurum epizodları yaşamamış bireylerde antidepresanlardan veya duygudurum dengeleyici ilaçlardan kaçınılması gerektiği tartışılan bir konudur.¹¹⁸ Klinisyenler ayrıca antidepresanlar gibi bazı ilaçların daha genç hastalarda intihar riskini artırabildiğinin ve bu riskin subsendromal semptomları tedavi etmenin olası yararlarından daha ağır basabileceğinin farkında olmalıdır.¹¹⁹ Bunun yerine psikoeğitim ve bilişsel davranışçı terapiye öncelik verilmelidir.¹²⁰ Bu müdahalelere erişimin sınırlı olması, farmakolojik yönetimin bir sonraki en iyi seçenek olduğunu göstermemektedir.

Bu nedenle, varsayılan prodromun tanımlanması, keşfedilecek en umut verici yol gibi görünse de, erken müdahalenin gerçeğe dönüşmesi için onu uygulanabilir kılmak için artan özgüllük ve duyarlılık gereklidir. Halihazırda, mevcut farmakolojik tedavilere erken teşhis koymanın ve erken müdahale etmeye çalışmanın önemli riski, öngörülebilir faydalardan büyük ölçüde ağır basmaktadır. Bu nedenle, BB'ta erken müdahale için dikkatli olunması önerilir. Şu anda tavsiye edilen tek öneri, risk altındaki bireylerin dikkatli bir şekilde uzunlamasına izlenmesi ve değerlendirilmesidir, çünkü bu, semptomların kötüleşmesi durumunda hemen formülasyona ve tedaviye izin verecektir.¹¹¹

Duygudurum düzenleyiciler veya antipsikotiklerle tedavinin kısa ve uzun vadeli olumsuz etkileri bilinmektedir¹²¹, bu nedenle risk altındaki gençlerde birinci basamak tedavi olarak kullanılmaları önerilmeyebilir¹²².

Bipolar bozukluk, başka türlü adlandırılmayan gençlerde (BPNOS) BB Tip I olanlar kadar psikososyal bozukluk, birçok komorbid bozukluk ve intihar ve madde bağımlılığı riski vardır ve BB Tip I veya II bozukluğa dönüşme riski yüksektir^{95,123}.

Bu nedenle, daha fazla araştırma mevcut olana kadar, semptomların gencin işleyişi ve refahı üzerindeki etkisi ve bireysel BB Tip I veya II dönüşme riski gibi faktörlere bağlı olarak BPNOS olan gençler için mevcut psikolojik ve farmakolojik tedavilerle tedavi edilmesini öneren çalışmalar vardır.⁵

Psikoeğitim seansları ile iletişim ve problem çözme becerileri eğitimi birleştiren aile odaklı terapi, bu popülasyonlarda test edilen tek psikolojik müdahaledir. Bu terapiye ilişkin sonuçlar, BB için yüksek ailesel risk altındaki gençlerde ve BPNOS, majör depresif bozukluk, siklotimik bozukluk veya bipolar I veya II bozukluğu olan ergenler değerlendirildiğinde, daha uzun afektif stabilite ve takip sırasında daha hafif semptomlarla ilişkili olduğunu öne sürmelerine rağmen hala tartışmalıdır.¹²⁴

Çok aileli psikoeğitimsel psikoterapi veya kişilerarası ve¹²⁵ sosyal ritim terapisi¹²⁶ gibi diğer müdahaleler, pozitif aile öyküsü olan bipolar bozukluğu olan yüksek riskli ergenler arasında dönüşüm oranlarını ve semptom şiddetini azaltmada bazı ön ama umut verici sonuçlar göstermiştir.

4.2 Çocukluk Çağı Travması ve Bipolar Bozukluk

Bipolar bozukluk gibi ruhsal bozukluğu olan hastalarda çocukluk çağı travması öyküsü yaygındır. Bipolar bozuklukta travma sonrası stres bozukluğunun (TSSB) yaygınlığı %16 ile %39 arasında değişmektedir.¹²⁷⁻¹²⁹ Geniş anlamda çocukluk çağı travmasının bipolar bozukluğu olan hastaların neredeyse %50'sinde belirgin olduğu düşünülmektedir.¹³⁰

ÇÇT bildiren ve TSSB kriterlerini karşılamayan birçok bipolar hasta vardır. Yine de, çocukluk çağı travmasının bipolar bozukluğun başlangıcını ve klinik seyrini etkilediği varsayılmaktadır. ÇÇT'nı ele alan incelemelerde ÇÇT ile BB'un başlangıcı ve seyri arasındaki ilişki oldukça sağlam bir şekilde kurulmuştur.^{129,131-133}

Aas ve diğerleri tarafından yapılan en son derleme Ocak 2016'da yayınlanmıştır.¹³³ Bu derlemenin en alakalı bulguları şunlardır: Çocukluk çağı travması, daha erken bir başlangıç yaşına yol açarak klinik seyri etkiler. Aynı zamanda hızlı döngü olasılığını, psikotik özelliklerin ortaya çıkışını, yaşam boyu duygudurum epizodlarının sayısını, intihar düşüncesi ve girişimi riskini ve madde kötüye kullanımını artırır. Travma oranları cinsiyet ile de ilişkili

bulunmuştur. Bipolar bozukluğu olan kadınlar, çocukluk çağı travmasını daha sık bildirdiler ve daha şiddetli bir klinik seyirle (yani hızlı döngü, erken başlangıç yaşı, intihar girişimleri ve daha depresif dönemler) daha güçlü bir ilişkiye sahiptiler.¹³³

Bunun aksine, Quarantini Et al. travma bildiren bipolar hastaların kontrollere kıyasla depresif belirtilerden daha şiddetli manik belirtiler yaşadıklarını göstermiştir.¹³⁴

Sala ve ark. çocukluk çağı kötü muamelesinin doz-yanıt etkilerini ve klinik özellikler, tedavi olasılığı ve psikiyatrik komorbiditeler dahil olmak üzere bipolar bozukluğun seyrini araştırmıştır.¹³⁵ BB'li bireylerin yaklaşık yarısında en az bir tür CÇT öyküsü bulmuştur. Genel olarak, klinik özellikler, tedavi olasılığı, yaşam boyu psikiyatrik komorbidite prevalansı, anksiyete bozuklukları insidansı, madde kullanım bozukluğu ve nikotin bağımlılığı dahil olmak üzere çeşitli alanlarda CÇT sayısı ve BB şiddeti arasında açık bir doz-yanıt ilişkisi saptamışlardır.

Fiziksel istismar ve ihmal, duygusal istismar ve ihmal ve cinsel istismar gibi farklı travma türleri vardır. Travma türlerinin epidemiyolojisine ve bunların bipolar bozukluğun başlangıcı ve seyri üzerindeki etkilerine ilişkin sağlam veriler azdır. Bu alandaki araştırmaların çoğu fiziksel ve cinsel istismara odaklanmıştır. Ancak travma alt tipleri arasında duygusal istismar ve ihmalin en yüksek prevalansa sahip olduğuna dair göstergeler vardır.¹³⁶⁻¹⁴¹

Literatürde duygusal istismarın göz ardı edildiği görülmektedir. Olası bir açıklama, değerlendirme anketlerinde duygusal istismarı tespit etmenin zorluğudur. Bipolar hastaların sadece çocukluk çağı travması nedeniyle değil, aynı zamanda manik ataklar sırasında kendi yıkıcı davranışlarının bir sonucu olarak da travmatik deneyim kazandıklarını belirtmekte fayda görülmüştür.¹⁴²

Bipolar bozukluğun gelişimi için bir risk faktörü olarak çocukluk çağı travmasının rolünü daha iyi anlamak için, hem kesitsel hem de boylamsal araştırmalar, çocukluk çağı travması geçirmiş ve bipolar bozukluk belirtileri gösteren veya gelişme riski yüksek olan gençleri içermiştir. Bu nedenle, BB'ün başlangıcını daha iyi anlamak ve gençlerde erken teşhisi optimize etmek için gelişimsel bir bakış açısına ihtiyaç vardır.¹⁴³

4.2.1 Gelişimsel Perspektif ve Yatkinlik Perspektifinden Teoriler

Burada, BB oluşumu ile ilgili en belirgin yatkinlik ve nörogelişim hipotezleri kısaca özetlenecektir:

Diyatez-Stres Modeli

Diyatez-stres modeli, belirli psikolojik ve biyolojik risk faktörlerine sahip bazı gençlerin neden daha sonraki çevresel stres faktörlerinden (ÇÇT gibi) olumsuz etkilenme olasılığının daha yüksek olduğunu açıklamak için en yaygın kabul gören teoridir¹⁴⁴. Bu teoriye göre, mevcut yatkinlıklar, daha sonraki ÇÇT deneyimiyle etkileşime girer ve bu da bir zihinsel sağlık durumu geliştirme olasılığını artırır.¹⁴⁴ Genç bir kişi ne kadar fazla risk faktörü taşırsa, bu kişinin psikopatoloji geliştirme olasılığı o kadar yüksektir. Örneğin, genetik risk varyantları taşıyan bireylerin, ÇÇT deneyiminden sonra, böyle bir deneyimi olmayanlara göre BB geliştirme konusunda daha savunmasız - veya yüksek genetik risk altında - olduğu kabul edilir. Gençlerde artan ailesel risk veya erken dönemdeki duygusal zorluklar da BB geliştirmeye yatkinlık olarak kabul edilir¹⁴⁵.

Son birkaç yılda, diyatez-stres modeli, şizofreninin başlangıcı için nöral süreçleri kapsayacak şekilde geliştirilmiştir¹⁴⁶. BB tanılı bireyler de dahil olmak üzere daha geniş psikoz alanında kabul edilmekte ve kullanılmaktadır. Orijinal modelle karşılaştırıldığında, bu gözden geçirilmiş diyatez-stres modeli, ÇÇT'nın hipotalamik-hipofiz-adrenal ekseninin aktivasyonunu tetiklediğini ve BB ve psikozdaki davranışsal veya bilişsel eksikliklerle bağlantılı strese duyarlı sinirsel süreçleri etkilediğini savunmaktadır¹⁴⁷.

Diferansiyel Duyarlılık Modeli

Diferansiyel duyarlılık modeli, diyatez-stres modeli üzerine kuruludur. Duyarlılık, diyatezi-stres modelinin bir parçası olarak ÇÇT deneyiminden sonra tipik olarak mevcut plastik adaptasyon potansiyelinin inhibisyonu olarak görülür.¹⁴⁸ Diferansiyel duyarlılık modeli, daha duyarlı bireylerin yüksek stresli veya tetikleyici ortamlarda düşük performans gösterdiğini öne sürer. Ancak bu bireyler olumlu ve destekleyici ortamlarda daha az duyarlı bireylere göre daha iyi performans gösterirler. Bu modele göre, “farklı duyarlılık”, bir bireyin davranışlarını olumsuz deneyimler sonrasında destekleyici çevresel koşullara olumlu bir şekilde adapte etme yeteneğini tanımlar.^{149,150} Bu nedenle, bu model, gençlerin dayanıklılığını desteklemek ve geliştirmek için önleyici müdahalelere dayanak oluşturan teorik temeller sağlar.

Stres Duyarlılığı Hipotezi

Stres duyarlılığı hipotezi, genetik risk faktörleri ile çevresel stresli olaylar arasındaki etkileşimin atipik beyin gelişimine ve nihayetinde psikopatolojiye yol açabileceğini öne

sürer. ÇÇT'nın özellikle nörogelişimin hassas zaman pencereleri sırasında ortaya çıkması, sinir ağlarının gelişimini olumsuz yönde etkileyebilecek pre- ve perinatal olumsuz koşulların halihazırda var olan nörogelişimsel sonuçlarını arttırabilir. Gözden geçirilmiş bir modelde, Holtzman ve ark. orijinal model tarafından öne sürüldüğü gibi çocukluk döneminde stres duyarlılığı kavramlarını hassas nörogelişimsel aşamalarla bütünleştiren ayrıntılı bir stres duyarlılığı hipotezi önermiştir.¹⁴⁷ Çocukluk Travmasının genetik, moleküler, nöral, endokrin veya epigenetik düzeylerde tipik gelişim basamaklarını bozduğunda psikoz veya Bipolar Bozukluğun gelişebileceği öne sürülmüştür.

Bipolar bozukluğun gelişimi, Çocukluk Travması deneyimi de dahil olmak üzere genetik ve çevresel risk faktörlerinin örtüşmesi göz önüne alındığında benzer yolları izleyebiliyor olabilir.

4.3 Disosiyasyon ve Bipolar Bozukluk

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabının beşinci baskısında, dissosiyatif bozukluklar “bilinç, hafıza, duygu, algı, beden temsili, motor kontrol ve davranışın normal entegrasyonunda bir bozulma ve/veya süreksizlik” olarak tanımlanır. Dissosiyatif semptomlar, psikolojik işleyişin her alanını potansiyel olarak bozabilir.⁴

Ayrıca, dissosiyatif deneyimler, önemli biyolojik bağlantıları olan erken travmatik deneyimlerden kaynaklanan aşırı olumsuz duygulara düzenleyici bir yanıt olarak da görülür.¹⁵¹ Artan dissosiyatif semptomatoloji seviyeleri, paradoksal olarak, duygusal düzenleme üzerinde zararlı etkiler uygular.¹⁴ Dissosiyasyon terimi; bulunulan andan hafifçe ayrılmadan, amnezi, duyarsızlaşma, farkındalık, kimlik karmaşası ve kimlik değişikliği gibi daha ciddi deneyimlere geçiş gibi bir süreklilik üzerinde çok çeşitli deneyim alanlarını kapsar.¹⁵² Dissosiyatif bozukluğu olan bireyler, genellikle entegre olan bilinç, bellek, kimlik veya algı işlevlerinde ciddi kopukluklar yaşarlar. Dissosiyatif fenomenler ve çocukluk çağı travması arasındaki bağlantılar literatürde iyi bir şekilde kurulmuştur.¹⁵³

BB tanılı hastalar, genel topluluk örneklerinden daha sık erken olumsuz deneyimler bildirmektedir.¹⁵⁴ Bununla birlikte, çarpıcı bir şekilde, dissosiyatif semptomatoloji ve BB'un birlikte ortaya çıkması -ayrıca dissosiyatif fenomenin BB etiyolojisindeki rolü- nispeten sınırlı araştırmanın ilgisini çekmiştir. BB tanılı hastaların sağlıklı kontrollere kıyasla daha yüksek düzeyde dissosiyatif semptomatolojiye sahip olduğunu gösteren çalışmalar vardır.¹⁸ BB'li 91 hastadan oluşan bir örnekleme (43'ü BB-I ve 48'i BB-II için tanı kriterlerini karşıladı), Mula ve arkadaşları, daha yüksek depersonalizasyonu BB'nin erken başlangıcını

öngörücüsü¹⁵⁵ olarak tanımladılar. Başka bir çalışmada Mula ve meslektaşları, duygudurum ve anksiyete bozukluğu olan 258 hastadan oluşan bir veri havuzunu kullanarak, BB'lu hastaların majör depresif bozukluğu olan hastalardan daha fazla depersonalizasyon bildirdiklerini buldular.¹⁵⁶

Bipolar Bozukluğu olan 200 hasta ile yapılan bir çalışmada genel dissosiyatif semptomatoloji, başlangıç yaşının erken olacağını tahmin ederken, amnezi ve depersonalizasyon/derealizasyon semptomları hastalık süresi ile ilişkiliydi. Hastaların beşte birinde dissosiyatif bozukluk vardı ve dissosiyatif bozukluğu olan hastaların, dissosiyatif bozukluğu olmayan hastalara kıyasla erken travmatik istismar ve ihmal deneyimlerini bildirme olasılıkları daha yüksekti.¹⁵⁷

Tüm bunların yanında, görüldüğü kadarıyla henüz yüksek risk grubu olarak tanımlanan bipolar bozukluk tanılı kişilerin çocuklarında dissosiyasyon açısından bir araştırma yapılmamıştır.

4.4 Amaçlar

Bu çalışmada BB tip I tanılı ebeveynlerin 11-17 yaş aralığındaki çocuklarında psikiyatrik bozuklukların yaygınlığının belirlenmesi, çocuklarda psikiyatrik bozukluk varlığı, travma çeşitleri ve dissosiyatif bulgular arasındaki ilişkinin araştırılması ve toplum örneklemiyle kıyaslanması amaçlanmıştır.

İkincil bir amaç eşik altı psikopatoloji bulguları olan daha yüksek riskli gurubu saptamak, psikoeğitim vermek ve uzunlamasına takip etmektir.

5. GEREÇ ve YÖNTEM

5.1 Yöntem

Araştırma Haziran 2020-Haziran 2021 tarihleri arasında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Kliniği'nde yürütülmüştür. Etik kurul izni Ek 1 olarak paylaşılmıştır.

Araştırma vaka-kontrol çalışması olarak dizayn edildi. Vaka gurubu olarak İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları bölümü polikliniğine başvurmuş olan, DSM-5 e göre en az bir kesin manik atak geçirmiş ve böylelikle BB Tip I tanısı almış olan ebeveynlerin 11-17 yaş arasındaki çocukları dahil edildi. Araştırma süresince poliklinikte BB Tip I tanısıyla takipli olan kişilerin gerektiği takdirde telefon numarası öğrenilerek, çalışma amacı anlatılarak çalışmaya katılımları sağlandı. Pandemi dönemi dolayısı ile katılımcıların çoğu hastaneye gelmek istemediğini belirtti. Bu sebepten ötürü araştırmacı çalışmanın bir bölümünü online görüşme yaparak tamamladı.

Kontrol grubu iki farklı şekilde temin edildi. İlki İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Hastalıkları Bölümü, genel pediatri polikliniğine başvuran ebeveynlerinde duygudurum bozukluğu tanısı olmayan çocuklar, ikincisi üniversite personelinin ebeveynlerinde duygudurum bozukluğu tanısı olmayan 11-17 yaş arasındaki çocukları. Kontrol grubu ile vaka grubu yaş cinsiyet ve sosyoekonomik açıdan eşitlendi ve yine tercihe bağlı yüzyüze ya da online olarak görüşülerek araştırma tamamlandı.

Çalışmada öncelikle erişkin ruh sağlığı doktorları tarafından poliklinikten takipli, belirtilen yaş aralığında çocukları olan BB Tip I tanılı kişiler belirlendi. Yeterli sayıya ulaşılan kadar aranan 53 kişiden 6 kişiye ulaşılamadı, 14 kişinin çocuğu belirlenen yaş aralığında değildi ya da çocuğu yoktu, 5 kişi çalışmaya katılmak istemedi, 3 kişi Otizm Spektrum Bozukluğu tanısı gibi dışlama kriterleri nedeniyle çalışmaya alınmadı. Kalan 25 ebeveynin toplam 31 çocuğu araştırmaya dahil edildi.

- **Dahil olma kriterleri (olgu):**

En az 1 ebeveyde BP 1 tanısı olması

Araştırmaya katılmaya gönüllü olma

Çocuk ile birlikte görüşmeye katılacak ebeveynin ötimik dönemde olması ya da diğer ebeveynin katılması

Çocuğun 11-17 yaş arasında olması

Görüşmeye çocuk ile birlikte anne babadan en az birinin katılabilir olması

• **Dahil olma kriterleri (kontrol):**

Ebeveynlerde duygudurum bozukluğu olmaması

Araştırmaya katılmaya gönüllü olma

Çocuğun 11-17 yaş arasında olması

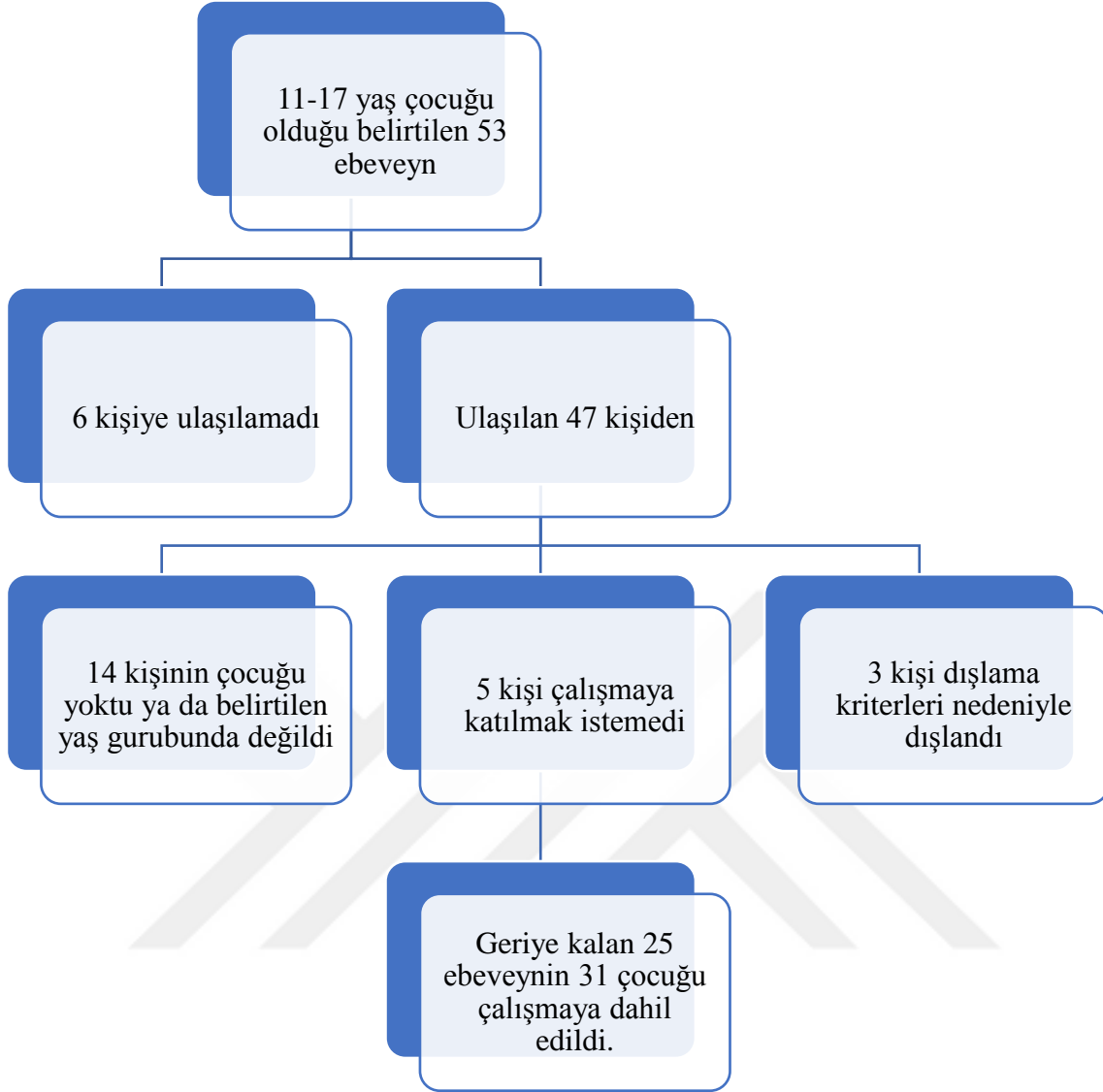
• **Dışlama kriteri:**

Vaka ya da kontrol grubunda çocukta *Otizm Spektrum Bozukluğu* ve *Mental Retardasyon* tanısının olması

Görüşme sırasında eşlik edecek ebeveynin ötimik olmaması

Kontrol grubunda çalışmaya alınacak çocuğun kardeşinde bipolar bozukluk tanısı olması

Not: Duygudurum bozukluğu haricindeki diğer psikopatolojiler vaka grubunun ebeveynlerinde de olma olasılığı olduğundan karıştırıcı olarak düşünülmemiş ve dışlanmamıştır.



Şekil 1. Örneklem Seçimi Diyagramı

5.2 Gereçler

5.2.1 Veri Formu

Anne-baba yaşı, aile geliri, eğitim seviyesi, adres ve telefon bilgileri, ailede tıbbi ve psikiyatrik hastalık; çocuğun yaşı, sınıfı, psikiyatrik hastalığı; gebelik sırası ve sonrasındaki duygudurum atakları, alkol ve sigara kullanımı, doğum kilosu, koplukasyonu; ebeveynin bipolar bozukluk tanı alma yaşı, hastane yatışı gibi bilgiler sorgulanmıştır.

Çalışmaya alınan tüm olguların sosyodemografik özellikleri, ‘Sosyodemografik Veri Formu’ kullanılarak araştırmaya katılan çocukların ebeveynleri tarafından doldurulmuştur.(Ek 2)

5.2.2 Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Çizelgesi (ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T)

Her ne kadar çocuk ve ergenlerde kullanılan çok sayıda yapılandırılmış ya da yarı yapılandırılmış görüşme çizelgesi bulunsa da en yaygın olarak kullanılan görüşme çizelgesinin Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Çizelgesi (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children) olduğu düşünülmektedir.¹⁵⁸Bu görüşme çizelgesinin kökeni Endicott ve Spitzer (1978) tarafından erişkinler için geliştirilen ve Chambers ve arkadaşlarının (1985) çocuklara uyarladığı Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesine (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-SADS) dayanmaktadır. Bu çizelgenin DSMIII ve DSM-IV tanı ölçütlerine göre düzenlenmiş “Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli”, Kaufman ve arkadaşları¹⁵⁹(1997) tarafından geliştirilmiş; aynı görüşme çizelgesi DSM sistemi 2013 yılında yenilendikten sonra (APA 2013), DSM-5 tanıları ile uyumlu olacak şekilde yenilenmiştir.

Görüşme çizelgesinin ilk bölümünde yapılandırılmamış bir görüşme ile çocuğun ve ailesinin sosyodemografik özellikleri, yakınmaları, gelişim öyküsü, sağlık durumu, genel olarak okuldaki ve evdeki işlevselliği ile ilgili bilgiler sorgulanır. İkinci bölümde hem geçmiş hem de şu andaki (son iki aydaki) 200’den fazla özgül belirtiyi değerlendiren tarama soruları yer alır. Üçüncü bölüm DSM-5 tanılarını doğrulamak için yapılan değerlendirme ve gözlem sonuçlarından oluşur. Her bir bilgi kaynağından alınan bilgiler ayrı ayrı ve sonunda klinisyenin gözlemleriyle de birlikte birleştirilerek puanlanır.

ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T ile taranabilen birincil tanıları; major depresif bozukluk, süreğen depresif bozukluk, mani, hipomani, siklotimi, bipolar bozukluklar, yıkıcı duygudurum düzensizliği bozukluğu, şizoafektif bozukluklar, şizofreni, şizofreniform bozukluk, kısa tepkisel psikoz, panik bozukluk, agorafobi, ayrılık anksiyetesi bozukluğu, basit fobi, sosyal anksiyete bozukluğu/seçici konuşmazlık, yaygın anksiyete bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, davranım bozukluğu, karşıt olma/karşı gelme bozukluğu, enürezis, enkoprezis, anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza, tıknırcasına yeme bozukluğu, geçici tik bozuklukları, Tourette bozukluğu, kronik motor ya da vokal tik bozukluğu, alkol kötüye kullanımı, madde kötüye kullanımı, travma sonrası stres bozukluğu

ve otizm spektrumu bozukluklarıdır. DSM-5 değişiklikleriyle beraber ÇDŞG-ŞYDSM-5-T ile taranabilen tanılar arasına yıkıcı duygudurum düzensizliği bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu/seçici konuşmazlık, tıknırcasına yeme bozukluğu ve otizm spektrumu bozuklukları da eklenmiştir. Çizelgenin DSM-5 versiyonunun Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği Ünal ve arkadaşları tarafından yapılmış 2019 yılında Türkiye Psikiyatri Dergisinde yayınlanmıştır.¹⁶⁰

Psikiyatrik değerlendirme için "Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi – Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli DSM-5 Türkçe Uyarlaması" (ÇDŞG – ŞY-DSM-5-T) kullanılmıştır. ÇDŞG – ŞY-DSM-5-T, anne ve/veya baba ve olgunun kendisiyle yapılan görüşmeler yoluyla uygulanmış ve en sonunda elde edilen bilgiler doğrultusunda psikiyatrik tanıya yönelik değerlendirme yapılmıştır. On iki yaşından küçük çocuklarda önce anne ve/veya baba ile daha sonra olgu ile, on iki yaşından büyük olgularda ise önce ergenin kendisi ile, ardından da ebeveynleri ile görüşme yapılmıştır.

Görüşme sırasında semptom süresi, sayısı ve semptomların işlevselliği etkilemesi göz önünde bulundurularak tanılar var,yok ve eşik altı şeklinde kodlanmıştır.

5.2.3 Güçler ve Güçlükler Anketi

Güçler ve Güçlükler Anketi (SDQ) "Strength and Difficulties Questionnaire", 4-16 yaşlar için anne-baba ve okul formu ile 11-16 yaşlar için ergenin kendisinin doldurduğu, duygusal ve davranışsal sorunları taramada kullanılan kısa bir ölçektir.

Güçler ve Güçlükler Anketi "Strength and Difficulties Questionnaire - (SDQ)" İngiliz psikiyatrist Robert Goodman tarafından 1997 yılında geliştirilmiştir¹⁶¹.

Bazıları olumlu, bazıları ise olumsuz davranış özelliklerini sorgulayan 25 soru içerir. Bu sorular hem uygun tanısal ölçütler, hem de faktör analizi sonuçlarına göre her biri beş soru içeren beş alt başlıkta toplanmıştır; Dikkat Eksikliği ve Aşırı Hareketlilik, Davranış Sorunları, Duygusal Sorunlar, Akran Sorunları ve Sosyal Davranışlar. Her alt başlık kendi içinde değerlendirilip her biri için ayrı puan elde edilebildiği gibi, ilk dört başlığın toplamı ile "Toplam Güçlük Puanı" da hesaplanabilmektedir. Bu anketin, 4-16 yaşlar için anne-baba ve öğretmen formu ile 11-16 yaşlar için ergenin kendisinin doldurduğu formları yaklaşık beş dakika içinde işaretlenebilmektedir. SDQ'nin genişletilmiş hali olası sorunun sosyal ve akademik işlevselliğe etkileri, birlikte yaşadığı kişilere getirdiği yük ve yol açmış olabileceği genel stres düzeyinin de araştırıldığı "etkilenme puanı" da içermektedir.

SDQ Türkçe geçerlik ve güvenirliği Güvenir ve arkadaşları tarafından araştırılmış ve Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi : 15 (2) 2008 de yayınlanmıştır.¹⁶²

Çalışmamızda SDQ 11-16 yaşındaki çocuklar için olan Ebeveyn formu kullanılmıştır.(Ek 6)

5.2.4 Ergen Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği (ADES)

ADES, Armstrong ve diğerleri tarafından 11-17 yaş arası çocuklarda dissosiyatif davranışı tespit etmek için geliştirilen bir tarama aracıdır.¹⁶³

ADES, 30 maddelik bir öz-bildirim ölçeğidir. Maddeler, ergenleri incitmemek için tarafsız bir şekilde yazılmıştır. Cevap yanıt formatı, 0-10 arası bir ölçek olup, uçlarda 'hiçbir zaman' (0) ve 'her zaman' ile sabitlenmiştir. (10).

Toplam A-DES puanı, tüm madde puanlarının ortalamasına eşittir. Konu, belirli bir deneyimin ne sıklıkta gerçekleştiğini en iyi tanımlayan sayıyı daire içine alır. Başlık sayfasında, katılımcılara alkol veya uyuşturucu etkisi altında meydana gelen deneyimleri saymamaları talimatı verilir.

ADES'deki maddeler, dissosiyasyonun temel yönlerini yansıtan dört alanda gruplanabilir: dissosiyatif amnezi (madde 2, 5, 8, 12, 15, 22, 27); özümseme ve yaratıcı katılım (madde 1,7,10, 18, 24, 28.) ; pasif etki (4, 14, 16, 19, 23. maddeler); ve depersonalizasyon ve derealizasyon (3, 6, 9, 11, 13, 17, 20, 21, 25, 26, 29, 30). Toplam puan soru sayısına bölünerek ortalama elde edilir ve 3 ün üzeri dissosiyatif bozukluklar için anlamlı kabul edilir.

Ölçeğin geçerlilik ve güvenirliği Zoroğlu ve arkadaşları tarafından yapılmış ve Psychiatry and Clinical Neurosciences de 2002 yılında yayınlanmıştır.¹⁶ (EK 5)

5.2.5 Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği(CTQ)

Çocukluk çağı istismar ve ihmali öyküsünün niceliksel olarak değerlendirilmesi ve şiddetinin ölçülmesi bu çalışmaların standartlaştırılması, karşılaştırılabilirliğinin sağlanması, ve çocukluk çağı ruhsal travmalarının uzun erimli etkilerinin derecelendirilmesi için bir gereklilik olarak ortaya çıkmıştır. Bu gereksinimden hareketle geliştirilen ve kısaca “CTQ” olarak bilinen “Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği” (CTQ) 20 yaş öncesi istismar ve ihmal yaşantılarını geriye dönük ve niceliksel olarak değerlendirmede yararlı olan, geçerliği ve güvenirliği gösterilmiş, öz bildirime dayalı, uygulaması kolay bir ölçme aracıdır.¹⁶⁴

Bernstein ve ark. tarafından geliştirilen bu değerlendirme aracı üç tanesi travmanın minimize edilmesini ölçen maddeler olmak üzere toplam 28 sorudan oluşmaktadır.¹⁶⁵ Bu ölçek ile çocukluk çağı cinsel, fiziksel, emosyonel (duygusal) istismarı ve emosyonel ve fiziksel ihmalini konu alan beş alt puan ile bunların birleşiminden oluşan toplam puan elde edilmektedir.

CTQ puanlarının hesaplanmasında önce olumlu ifadelerden (madde 2,5,7,13,19,26,28) elde edilen puanlar ters çevrilir (örneğin 1 puan 5 puana, 2 puan 4 puana döndürülür). Beş alt puanın toplamı CTQ toplam puanını verir. Alt puanlar 5-25, toplam puan 25- 125 arasındadır. Olumlu ifade olmasına rağmen minimize edilmeyle ilgili (madde 10, 16, ve 22) maddelerin puanlarını ters çevirmeye gerek yoktur. Çünkü bu üç madde sadece travmanın inkarını ölçmekte ve toplam puanı etkilememektedir. Minimize edilme puanını hesaplamak için bu üç maddenin her birinden alınan sadece 5 puan (en yüksek) cevapları hesaba katılır ve bunları hepsi 1 puan olarak sayılır. Bunların toplanması ile 0-3 puan arasında bir minimize edilme puanı elde edilir. Duygusal (emosyonel) istismar 3,8,14,18,25 numaralı maddelerle, fiziksel istismar 9,11,12,15,17 numaralı maddelerle, fiziksel ihmal 1,4,6,2,26 numaralı maddelerle, duygusal (emosyonel) ihmal 5,7,13,19,28 numaralı maddelerle, cinsel istismar 20,21,23,24,27 numaralı maddelerle değerlendirilmektedir.

Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirliği Şar ve arkadaşları tarafından yapılmış ve 2012 yılında Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences da yayınlanmıştır.¹⁶⁴(Ek 4)

Araştırmamız devam ederken, 2021 yılı Ocak ayında yayınlanan yeni bir geçerlik güvenirlik çalışmasına göre CTQ Türkçe form güncellenerek ebeveynin aşırı koruyucu ya da kontrolcü olması ile ilgili 5 madde eklenmiştir ve CTQ 33 olarak isimlendirilmiştir.¹⁶⁶

5.3 İstatistiksel Yöntem

Veriler, Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paket Programı (Statistical Program for Social Sciences- SPSS for Windows, 25.0) kullanılarak analiz edilecektir. Sürekli verilerin karşılaştırılması için değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi incelendikten sonra; dağılımları normal olan veriler için parametrik testler, dağılımları normal olmayan veriler için nonparametrik testler kullanılacaktır. Grupların özelliklerinin karşılaştırılmasında sürekli değişkenler için Independent-t test ve Mann Whitney U testi, kategorik değişkenler için Ki kare testi kullanılacaktır. Sürekli değişkenlerin birbiri arasındaki ilişkinin durumu ve şiddetini belirlemede Pearson ve Spearman's rho korelasyon

analizi kullanılacaktır. Tüm analizler için anlamlılık düzeyi olarak “ $p<0.05$ ” kabul edilecektir.



6. BULGULAR

6.1 Sosyodemografik Özellikler

Araştırmaya 31'i vaka, 31'i kontrol grubu olmak üzere toplam 62 çocuk birey dahil edilmiştir. Çalışmaya katılanların 33'ü (%53,2) erkek, 29'u (%46,8) kız olarak belirlenmiştir. Kızların yaş ortalaması $15,48 \pm 1,55$ iken erkeklerin yaş ortalaması $14,45 \pm 1,94$ olarak saptanmıştır. ($p > 0,05$) Tablo 4'de iki grubun sosyodemografik özelliklerinin frekans değerleri gösterilmiştir.

Çalışmaya dahil edilen çocukların vaka ve kontrol grupları arasında cinsiyet, aile medeni durum, anne eğitim durumu, baba eğitim durumu, aile gelir durumu ve aile kronik hastalık açısından istatistiksel olarak benzer bulunmuştur ($p > 0,05$). Yalnızca vaka ve kontrol grupları arasında ailede psikiyatrik hastalık olma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < 0,05$). Ailede psikiyatrik hastalık vaka grubunda 16 (%53,3), kontrol grubunda 4 (%12,9) olarak bulunmuştur.

Tablo 4. Demografik Özelliklere Ait Frekans Tablosu

		Grup						p
		Vaka (n=31)		Kontrol (n=31)		Toplam		
		n	%	N	%	n	%	
Cinsiyet	Erkek	17	54,8%	16	51,6%	33	53,2%	0,799*
	Kız	14	45,2%	15	48,4%	29	46,8%	
Aile Medeni Durum	Boşanmış	5	16,7%	2	6,5%	7	11,5%	0,396**
	Beraber	25	83,3%	29	93,5%	54	88,5%	
Anne eğitim	Okur Yazar	2	6,5%	1	3,2%	3	4,8%	0,796***
	İlkokul Mezunu	10	32,3%	10	32,3%	20	32,3%	
	Ortaokul Mezunu	3	9,7%	2	6,5%	5	8,1%	
	Lise Mezunu	10	32,3%	8	25,8%	18	29,0%	
	Üniversite Mezunu	6	19,4%	10	32,3%	16	25,8%	
Baba eğitim	İlkokul Mezunu	8	26,7%	4	12,9%	12	19,7%	0,473***
	Ortaokul Mezunu	3	10,0%	5	16,1%	8	13,1%	
	Lise Mezunu	9	30,0%	8	25,8%	17	27,9%	
	Üniversite Mezunu	10	33,3%	14	45,2%	24	39,3%	
Aile geliri	Asgari Ücret altı	6	19,4%	6	19,4%	12	19,4%	ns
	Asgari ücret Üstü	25	80,6%	25	80,6%	50	80,6%	
Ailede psikiyatrik hastalık	Hayır	14	46,7%	27	87,1%	41	67,2%	0,001*
	Evet	16	53,3%	4	12,9%	20	32,8%	
Ailede kronik hastalık	Hayır	21	67,7%	22	71,0%	43	69,4%	0,783*
	Evet	10	32,3%	9	29,0%	19	30,6%	

*Pearson Chi-Square; ** Yates' Corrected Chi-Square; ***Fisher's Exact Test ;ns: non significant

Tablo 5. Katılımcılara ait Tanımlayıcı İstatistikler

	Vaka		Kontrol		p
	Ortalama	Standart Sapma	Ortalama	Standart Sapma	
Yaş	14,94	1,86	14,94	1,82	0,994**
Anne yaşı	41,94	5,08	41,45	5,35	0,716*
Baba yaşı	46,35	6,42	46,61	5,73	0,893**
Gebelikte anne yaşı	26,68	4,55	25,97	5,06	0,564*
Gebelikte baba yaşı	31,77	6,16	31,35	4,54	0,882**

*Independent t test; ** Mann Whitney U test

Tablo 5’de görüldüğü üzere çalışmaya dahil edilen çocukların vaka ve kontrol grupları arasında yaş, anne yaşı, baba yaşı, annenin gebelik yaşı ve baba gebelikteki yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Çalışmaya katılan çocukların anne eğitim yılı ortalamaları $9,37 \pm 4,35$; baba eğitim yılı ortalamaları ise $11,00 \pm 3,84$ olduğu görülmüştür ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 6. Gebelik Dönemi ile İlgili Frekans Tablosu

		Grup						p
		Vaka		Kontrol		Toplam		
		n	%	N	%	n	%	
Folik asit	Evet	20	66,7%	11	36,7%	31	51,7%	0,020*
	Hayır	10	33,3%	19	63,3%	29	48,3%	
Planlı gebelik	Evet	22	71,0%	18	60,0%	40	65,6%	0,367*
	Hayır	9	29,0%	12	40,0%	21	34,4%	
Gebelik sırasında ilaç kullanımı	Evet	5	16,1%	5	16,7%	10	16,4%	ns
	Hayır	26	83,9%	25	83,3%	51	83,6%	
Gebelikte Sigara	Evet	8	25,8%	5	16,1%	13	21,0%	0,349*
	Hayır	23	74,2%	26	83,9%	49	79,0%	
Gebelikte Stres	Evet	8	26,7%	10	32,3%	18	29,5%	0,632*
	Hayır	22	73,3%	21	67,7%	43	70,5%	
Gebelikte Enfeksiyon	Evet	1	3,2%	2	6,5%	3	4,8%	ns
	Hayır	30	96,8%	29	93,5%	59	95,2%	
Gebelikte Tıbbi Durum	Evet	2	6,5%	2	6,5%	4	6,5%	ns
	Hayır	29	93,5%	29	93,5%	58	93,5%	
Gebelikte Bipolar Atak	Evet	4	12,9%	0	0,0%	4	6,5%	0,121**
	Hayır	27	87,1%	31	100,0%	58	93,5%	
Doğumda Komplikasyon	Evet	3	9,7%	3	9,7%	6	9,7%	ns
	Hayır	28	90,3%	28	90,3%	56	90,3%	
Postpartum Depresyon	Evet	6	19,4%	0	0,0%	6	9,7%	0,032**
	Hayır	25	80,6%	31	100,0%	56	90,3%	
Postpartum Mani	Evet	4	12,9%	0	0,0%	4	6,5%	0,121**
	Hayır	27	87,1%	31	100,0%	58	93,5%	
Doğum Kilosu	1500 Gr Altı	1	3,2%	1	3,3%	2	3,3%	0,475**
	1500-2500 Gr	4	12,9%	8	26,7%	12	19,7%	
	2500-4500 Gr	25	80,6%	19	63,3%	44	72,1%	
	4500 Gr Üstü	1	3,2%	2	6,7%	3	4,9%	

*Pearson Chi-Square; ** Yates’ Corrected Chi-Square; ns: non significant

Tablo 6’da görüldüğü üzere iki grup için çalışmaya dahil edilen çocukların annelerinin gebelik dönemi ile ilgili veriler karşılaştırılmıştır. İki grup arasında annelerin gebelik döneminde folik asit kullanımı ve postpartum depresyon durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). Vaka grubunda folik asit kullanımı 20 (%66,7), kontrol grubunda ise 11 (%36,7) olduğu görülmüştür. Postpartum depresyon açısından bu durum vaka grubunda 6 (%19,4), kontrol grubunda 0 (%0,0) olduğu görülmüştür.

6.2 Güçler ve Güçlükler Anketi (SDQ)

Tablo 7 ‘de görüldüğü üzere vaka ve kontrol grubu arasında SDQ Toplam Puan ve alt boyutları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

Tablo 7. SDQ Ölçeği Toplam Puan ve Alt Boyutlarına ait Karşılaştırma Tablosu

		Ortalama	Standart Sapma	p
SDQ TOPLAM PUAN	Vaka	9,26	6,76	0,549
	Kontrol	10,06	6,06	
SDQ EMOTION	Vaka	2,32	2,56	0,244
	Kontrol	2,97	2,35	
SDQ CONDUCT	Vaka	1,94	2,14	0,313
	Kontrol	1,29	1,35	
SDQ HIPERACTIVTY	Vaka	2,74	2,59	0,270
	Kontrol	3,42	2,80	
SDQ PEER	Vaka	2,26	1,77	0,709
	Kontrol	2,39	1,38	
SDQ IMPACT	Vaka	1,32	2,36	0,276
	Kontrol	0,77	1,56	

Mann-Whitney U test

6.3 ADES ve CTQ ÖLÇEĞİ

6.3.1 ADES

Tablo 8 ‘de görüldüğü üzere vaka ve kontrol grubu arasında ADES Toplam Puanı, Ortalama Puanı ve alt boyutları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

Tablo 8. ADES Ölçeği Toplam, Ortalama Puan ve Alt Boyutlarına ait Karşılaştırma Tablosu

		Ortalama	Standart Sapma	p
ADES TOPLAM PUAN	Vaka	56,58	55,88	0,989
	Kontrol	49,39	42,82	
ADES ORTALAMA PUAN	Vaka	1,88	1,86	0,972
	Kontrol	1,63	1,37	
ADES AMNEZİ	Vaka	11,81	12,63	0,642
	Kontrol	12,00	11,06	
ADES INVOLV	Vaka	15,55	12,86	0,838
	Kontrol	14,45	9,16	
ADES INFLUENCE	Vaka	10,13	11,16	0,636
	Kontrol	7,84	8,80	
ADES DEPDER	Vaka	19,55	23,37	0,503
	Kontrol	14,52	17,49	

Mann-Whitney U test (INVOLV: Imaginative involvement, INFLUENCE: Passive Influence, DEPDER: Depersonalizasyon Derealizasyon)

6.3.2 CTQ Ölçeği

Tablo 9 'de görüldüğü üzere vaka ve kontrol grubu arasında fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal ihmal ve minimalizasyon açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedirken ($p>0,05$), CTQ toplam puanı, fiziksel ihmal ve duygusal istismar alt boyutları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($p<0,05$). İki grup arasından vaka grubu kontrol grubuna göre daha yüksek puana sahip olduğu saptanmıştır.

Tablo 9. CTQ Ölçeği Toplam Puan ve Alt Boyutlarına ait Karşılaştırma Tablosu

		Ortalama	Standart Sapma	p
CTQ TOPLAM PUAN	Vaka	35,81	10,13	0,051
	Kontrol	30,68	4,88	
CTQ FİZİKSEL İSTİSMAR	Vaka	5,52	1,46	0,102
	Kontrol	5,26	1,44	
CTQ FİZİKSEL İHMAL	Vaka	6,61	2,09	0,003
	Kontrol	5,45	0,85	
CTQ CİNSEL İSTİSMAR	Vaka	5,94	3,04	0,476
	Kontrol	5,45	1,43	
CTQ DUYGUSAL İHMAL	Vaka	10,13	4,15	0,225
	Kontrol	8,65	2,55	
CTQ DUYGUSAL İSTİSMAR	Vaka	8,13	3,76	0,024
	Kontrol	6,00	1,44	
CTQ MİNİMALİZASYON	Vaka	0,97	1,17	0,788
	Kontrol	0,97	0,95	

Mann-Whitney U test

6.3.3 ADES – CTQ Korelasyon

Tablo 10’da görüldüğü üzere Ades toplam puanının, Ctq toplam puanı (korelasyon katsayısı $(r) = 0,573;p<0,05$) pozitif ve orta şiddette, fiziksel ihmal ($r=0,320;p<0,05$) pozitif yönlü ve zayıf şiddette, cinsel istismar ($r=0,383;p<0,05$) pozitif yönlü ve zayıf şiddette, duygusal ihmal ($r=0,416;p<0,05$) pozitif yönlü ve zayıf şiddette, duygusal ihmal ($r=0,483;p<0,05$) pozitif yönlü ve zayıf şiddette, minimalizasyon puanı ($r=-0,376;p<0,05$) negatif yönlü ve zayıf şiddette istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkiye sahip olduğu tespit edilmiştir.

Ades ortalama puanının, Ctq toplam puanı ($r=0,565; p<0,05$) pozitif ve orta şiddette, fiziksel ihmal ($r=0,304;p<0,05$) pozitif yönlü ve zayıf şiddette, cinsel istismar ($r=0,378;p<0,05$) pozitif yönlü ve zayıf şiddette, duygusal ihmal ($r=0,399;p<0,05$) pozitif yönlü ve zayıf şiddette, duygusal ihmal ($r=0,498;p<0,05$) pozitif yönlü ve zayıf şiddette, minimalizasyon puanı ($r=-0,356;p<0,05$) negatif yönlü ve zayıf şiddette istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkiye sahip olduğu tespit edilmiştir.

Ades amnezi puanının, Ctq toplam puanı ($r=0,525; p<0,05$) pozitif ve orta şiddette, fiziksel ihmal ($r=0,298;p<0,05$) pozitif yönlü ve zayıf şiddette, cinsel istismar ($r=0,309;p<0,05$) pozitif yönlü ve zayıf şiddette, duygusal ihmal ($r=0,353;p<0,05$) pozitif yönlü ve zayıf şiddette, duygusal ihmal ($r=0,426;p<0,05$) pozitif yönlü ve zayıf şiddette, minimalizasyon puanı ($r=-0,299;p<0,05$) negatif yönlü ve zayıf şiddette istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkiye sahip olduğu tespit edilmiştir.

Ades involv puanının, Ctq toplam puanı ($r=0,563; p<0,05$) pozitif ve orta şiddette, fiziksel ihmal ($r=0,300;p<0,05$) pozitif yönlü ve zayıf şiddette, cinsel istismar ($r=0,351;p<0,05$) pozitif yönlü ve zayıf şiddette, duygusal ihmal ($r=0,414;p<0,05$) pozitif yönlü ve zayıf şiddette, duygusal ihmal ($r=0,531;p<0,05$) pozitif yönlü ve orta şiddette, minimalizasyon puanı ($r=-0,444;p<0,05$) negatif yönlü ve zayıf şiddette istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkiye sahip olduğu tespit edilmiştir.

Ades influence puanının, Ctq toplam puanı ($r=0,488; p<0,05$) pozitif ve zayıf şiddette, fiziksel ihmal ($r=0,278;p<0,05$) pozitif yönlü ve zayıf şiddette, cinsel istismar ($r=0,371;p<0,05$) pozitif yönlü ve zayıf şiddette, duygusal ihmal ($r=0,304;p<0,05$) pozitif yönlü ve zayıf şiddette, duygusal ihmal ($r=0,416;p<0,05$) pozitif yönlü ve zayıf şiddette, minimalizasyon puanı ($r=-0,266;p<0,05$) negatif yönlü ve zayıf şiddette istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkiye sahip olduğu tespit edilmiştir.

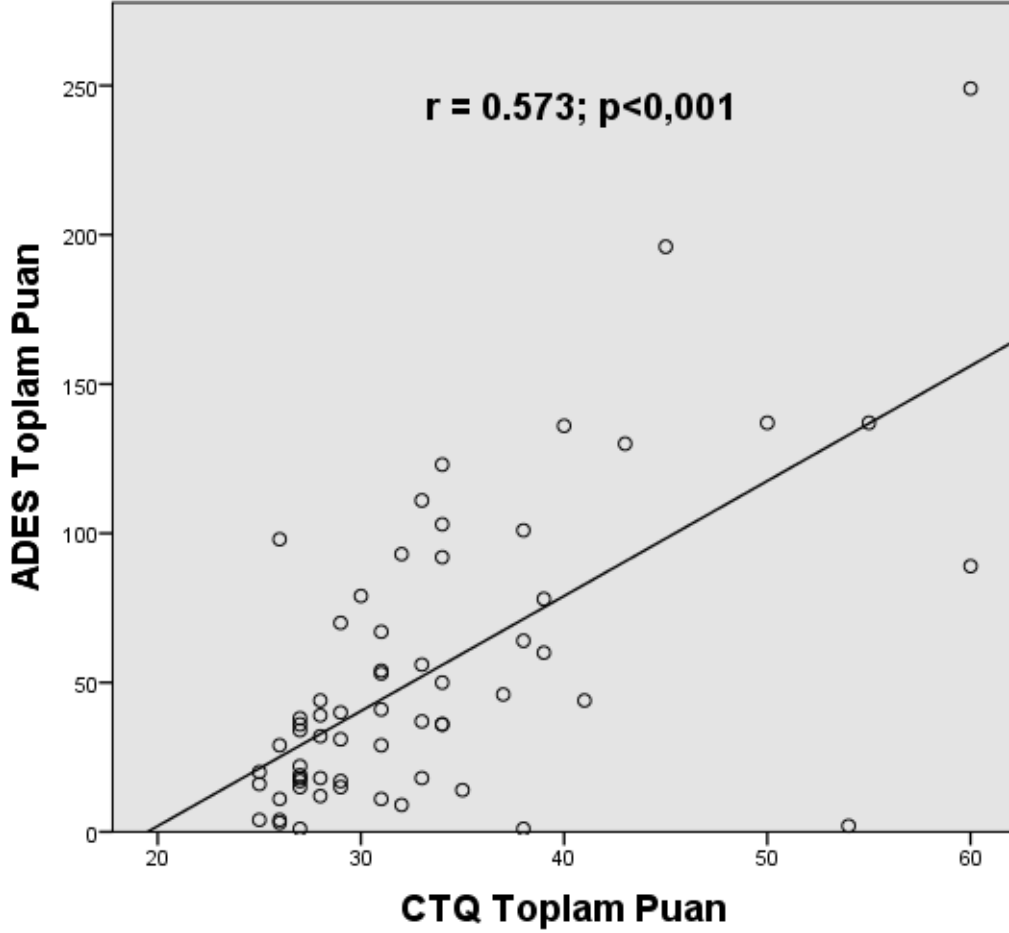
Ades depdeer puanının, Ctq toplam puanı ($r=0,530$; $p<0,05$) pozitif ve orta şiddette, fiziksel ihmal ($r=0,306$; $p<0,05$) pozitif yönlü ve zayıf şiddette, cinsel istismar ($r=0,405$; $p<0,05$) pozitif yönlü ve zayıf şiddette, duygusal ihmal ($r=0,458$; $p<0,05$) pozitif yönlü ve zayıf şiddette, duygusal ihmal ($r=0,374$; $p<0,05$) pozitif yönlü ve zayıf şiddette, minimalizasyon puanı ($r=-0,364$; $p<0,05$) negatif yönlü ve zayıf şiddette istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkiye sahip olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 10. ADES Ölçeği İle CTQ Ölçeği Korelasyon Tablosu

		ctq28 toplam puan	ctq28 fiziksel istismar	ctq28 fiziksel ihmal	ctq28 cinsel istismar	ctq28 duygusal ihmal	ctq28 duygusal istismar	ctq28 minimalizasyon puanı
Ades puanı	r	0,573	0,182	0,320	0,383	0,416	0,483	-0,376
TOPLAM	p	0,000	0,156	0,011	0,002	0,001	0,000	0,003
Ades	r	0,565	0,179	0,304	0,378	0,399	0,498	-0,356
ORTALAMA	p	0,000	0,164	0,016	0,002	0,001	0,000	0,004
Ades	r	0,525	0,208	0,298	0,309	0,353	0,426	-0,299
AMNEZİ	p	0,000	0,106	0,019	0,014	0,005	0,001	0,018
Ades	r	0,563	0,198	0,300	0,351	0,414	0,531	-0,444
İNVOLV	p	0,000	0,123	0,018	0,005	0,001	0,000	0,000
Ades	r	0,488	0,250	0,278	0,371	0,304	0,416	-0,266
İNFLUENCE	p	0,000	0,050	0,028	0,003	0,016	0,001	0,037
Ades	r	0,530	0,120	0,306	0,405	0,458	0,374	-0,364
DEPDER	p	0,000	0,354	0,016	0,001	0,000	0,003	0,004

Spearman's rho (INVOLV: Imaginative involvement, INFLUENCE: Passive Influence,

DEPDER: Depersonalizasyon Derealizasyon)



Şekil 2. ADES CTQ Korelasyon Grafiği

6.3.4 Bipolar Bozuklukta ADES

Çalışmaya dahil edilen vaka grubunun bipolar bozukluk durumu arasında Ades Imaginative Involvement Puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($p < 0,05$). (Tablo 10). Bipolar bozukluğu sahip olan hastalar ($22,43 \pm 9,80$), bipolar bozukluğa sahip olmayan hastalara ($13,54 \pm 13,11$) göre daha yüksek puanı sahiptir.

Bipolar bozukluk durumu arasında Ades ölçeğinin toplam puanı ve diğer alt boyutları açısından ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p > 0,05$).

Tablo 10. Vaka grubunun Ades Ölçeği Puanın Bipolar Durumuna Göre Karşılaştırılması

	YB Bipolar Bozukluk				P
	Var		Yok		
	Ortalama	Standart Sapma	Ortalama	Standart Sapma	
Ades Puanı TOPLAM	77,00	40,27	50,62	59,05	0,061
Ades AMNEZİ	13,86	8,38	11,21	13,72	0,234
Ades İNVOLV	22,43	9,80	13,54	13,11	0,038
Ades İNFLUENCE	14,43	12,04	8,88	10,83	0,253
Ades DEPDER	28,29	19,40	17,00	24,17	0,054
Ades ORTALAMA	2,56	1,34	1,68	1,96	0,068

Mann-Whitney U test (INVOLV: Imaginative involvement, INFLUENCE: Passive Influence, DEPDER: Depersonalizasyon Derealizasyon, YB: Yaşam Boyu)

6.3.5 Disosyatif Bozukluk ile Gruplar ve Cinsiyetler Arasında İlişki Var Mı?

Çalışmaya dahil edilen vaka ve kontrol grupları için gruplar arası, cinsiyetler arası, cinsiyetlerin kendi grupları arasında disosyatif bozukluk açısından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$)

6.4 Yaşam Boyu Psikopatoloji

6.4.1 Eşik altı Psikopatolojiler

Tablo 11 'de görüldüğü üzere vaka ve kontrol grubu arasında yaşam boyu bipolar bozukluk ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Bu ilişkiyi oluşmasının sebebi eşik altı olan gruptan kaynakladığı görülmüştür. Yaşam boyu bipolar bozukluk eşik altı olan kişi sayı vaka grubunda 6 (%19,4) kişi iken kontrol grubunda 0 (%0,0) kişi olarak saptanmıştır.

Tablo 11 'de görüldüğü üzere vaka ve kontrol grubu arasında yaşam boyunun diğer parametreleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

Tablo 11. Yaşam Boyu Psikopatoloji, Tüm Tanılar

		Grup				p
		Vaka		Kontrol		
		n	%	N	%	
YB Depresyon	Var	5	32,3%	1	3,2%	0,196***
	Eşik Altı	7	22,6%	5	16,1%	
	Yok	19	45,2%	25	80,6%	
YB Bipolar Bozukluk	Var	1	3,2%	0	0,0%	0,010***
	Eşik Altı	6	19,4%	0	0,0%	
	Yok	24	77,4%	31	100,0%	
YB Psikoz	Eşik Altı	5	16,1%	1	3,2%	0,198**
	Yok	26	83,9%	30	96,8%	
YB Panik Bozukluk Eski	Var	0	0,0%	0	0,0%	ns
	Eşik Altı	0	0,0%	0	0,0%	
	Yok	31	100,0%	31	100,0%	
YB Seperasyon Anksiyetesi	Var	2	6,5%	4	12,9%	0,311***
	Eşik Altı	0	0,0%	2	6,5%	
	Yok	29	93,5%	25	80,6%	
YB Sosyal Fobi	Var	3	9,7%	2	6,5%	0,628***
	Eşik Altı	2	6,5%	5	16,1%	
	Yok	26	83,9%	24	77,4%	
YB Özgül Fobi	Var	9	29,0%	4	12,9%	0,277***
	Eşik Altı	2	6,5%	1	3,2%	
	Yok	20	64,5%	26	83,9%	
YB Yaygın Anksiyete	Var	9	29,0%	2	6,5%	0,030***
	Eşik Altı	1	3,2%	4	12,9%	
	Yok	21	67,7%	25	80,6%	
YB Obsesif Kompulsif Bozukluk	Var	1	3,2%	2	6,5%	0,809***
	Eşik Altı	5	16,1%	6	19,4%	
	Yok	25	80,6%	23	74,2%	
YB Enürezis	Var	6	19,4%	3	9,7%	0,471**
	Yok	25	80,6%	28	90,3%	
YB Enkoprezis	Var	0	0,0%	0	0,0%	ns
	Eşik Altı	0	0,0%	0	0,0%	
	Yok	31	100,0%	31	100,0%	
YB Anoreksiya Nervoza	Var	1	3,2%	0	0,0%	ns
	Eşik Altı	0	0,0%	0	0,0%	
	Yok	30	96,8%	31	100,0%	
YB Blumiya Nervoza	Var	0	0,0%	0	0,0%	ns
	Eşik Altı	0	0,0%	0	0,0%	
	Yok	31	100,0%	31	100,0%	
YB DEHB	Var	6	19,4%	3	9,7%	0,718***
	Eşik Altı	4	12,9%	5	16,1%	
	Yok	21	67,7%	23	74,2%	
YB KOKGB	Var	2	6,5%	0	0,0%	0,118***
	Eşik Altı	2	6,5%	0	0,0%	
	Yok	27	87,1%	31	100,0%	
YB Davranım Bozukluğu	Var	0	0,0%	0	0,0%	0,550***
	Eşik Altı	0	0,0%	0	0,0%	
	Yok	31	100,0%	31	100,0%	
YB TSSB	Var	2	6,5%	1	3,2%	ns
	Eşik Altı	0	0,0%	0	0,0%	
	Yok	29	93,5%	30	96,8%	
YB Tik Bozukluğu	Var	5	16,1%	3	9,7%	0,773***
	Eşik Altı	1	3,2%	2	6,5%	
	Yok	25	80,6%	26	83,9%	

*Pearson Chi-Square; ** Yates' Corrected Chi-Square; ***Fisher's Exact Test ;ns: non significant (YB : Yaşam Boyu , DEHB : Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, TSSB : Travma Sonrası Stres Bozukluğu, KOKGB : Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu)

6.4.2 Yaşam Boyu Psikopatoloji Gruplandırılmış

Çalışmaya dahil edilen vaka ve kontrol grupları arasında anksiyete bozukluk durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Vaka grubunda en az 1 anksiyete bozukluğu olan 17 (%54,8) kişi, kontrol grubunda en az 1 anksiyete bozukluğu olan 8 (%25,8) kişi olduğu tespit edilmiştir.

Çalışmaya dahil edilen vaka ve kontrol grupları arasında duygu durum bozukluk durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Vaka grubunda en az 1 duygu durum bozukluğu olan 10 (%32,3) kişi, kontrol grubunda en az 1 duygu durum bozukluğu olan 1 (%3,2) kişi olduğu tespit edilmiştir.

Yıkıcı davranım açısından iki grup arasından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$)

Tablo 12. Gruplandırılmış Kesin Tanılar (Yaşam Boyu, En Az Bir Tanı)

		Grup				p
		Vaka		Kontrol		
		n	%	N	%	
Anksiyete Bozuklukları	Var	17	54,8%	8	25,8%	0,020*
	Yok	14	45,2%	23	74,2%	
Duygu Durum Bozuklukları	Var	10	32,3%	1	3,2%	0,003*
	Yok	21	67,7%	30	96,8%	
Yıkıcı Davranım Bozuklukları	Var	6	19,4%	3	9,7%	0,471**
	Yok	25	80,6%	28	90,3%	

*Pearson Chi-Square; ** Yates' Corrected Chi-Square

6.4.3 Toplam Psikopatoloji Sayıları (Kesin Tanı)

Tablo 13 'de görüldüğü üzere çalışmaya dahil edilen kişilerin toplam psikopatoloji sayıları açısından vaka ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Vaka grubu psikopatoloji sayısının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 13. Gruplar Arası Kesin Tanıların Kıyaslanması (Ortalama)

	Grup				p
	vaka		kontrol		
	Ortalama	Standart Sapma	Ortalama	Standart Sapma	
toplam_psikopatoloji_esikalt i_yok	1,68	1,40	0,81	1,42	0,001

Mann-Whitney U test

7. TARTIŞMA

Bu çalışmada bipolar bozukluk tanılı ebeveynlerin çocuklarındaki psikopatoloji, çocukluk çağı travması ve dissosiyatif belirtiler sağlıklı kontrollerle karşılaştırılarak değerlendirilmiştir. Çalışmanın sonucunda bipolar bozukluk tanılı ebeveyn çocuklarında yaşam boyu eşik altı bipolar bozukluk tanısı, yaşam boyu en az bir duygudurum bozukluğu, yaşam boyu en az bir anksiyete bozukluğu tanısı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. İki grup arasında yaşam boyu toplam psikopatoloji açısından anlamlı fark saptanmıştır ve oran UHR'nda yaklaşık 2 kat yüksek bulunmuştur.

Çalışmamızda ADES ve CTQ puanları arasında korelasyon mevcuttu. CTQ toplam puanı , fiziksel ihmal ve duygusal istismar puanı UHR da anlamlı olarak yüksek saptandı. ADES puanları açısından iki grup arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Vaka grubunda eşik altı ve full kriter BB tanısı alanlar ve almayanlar ADES puanları açısından kıyaslandığında hayali-yaratıcı katılım(Imaginative Involvement) alt ölçeği açısından anlamlı fark saptanmıştır.

7.1 Sosyodemografik Özellikler

Araştırmamızda iki grup arasında anne baba yaşı, eğitim seviyesi, gelir düzeyi arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Vaka grubunda ailedeki psikopatoloji oranı normal popülasyona göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Bipolar bozukluk tanılı kişileri sağlıklı popülasyonla çeşitli yönlerden karşılaştıran çalışmalarda da benzer bulgular mevcuttur.¹⁶⁷ Bu açıdan bulgumuz literatürle uyumludur.

7.2 SDQ

SDQ anketinde iki grup arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Göze çarpan bir ayrıntı, iki grubun tüm alt ölçek puanlarının benzer olmasına rağmen, UHR'nda impakt faktörlerinin daha yüksek olmasıdır(yaklaşık iki kat). Bu da iki grup arasındaki psikopatoloji oranlarının farkını açıklıyor olabilir.

7.3 Psikopatoloji Oranları

Araştırmamızda BB Tip I tanılı ebeveyn çocuklarında(UHR) yaşam boyu eşik altı bipolar bozukluk tanısı, yaşam boyu en az bir duygu durum bozukluğu, yaşam boyu en az bir anksiyete bozukluğu tanısı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. DEHB tanısında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmasa da UHR'nda 2 kat yüksek saptanmıştır. Yaşam boyu en az bir

anksiyete tanısı UHR'nda 2 kat, duygudurum bozukluğu 10 kat, yıkıcı davranım bozukluğu 2 kat yüksek saptanmıştır. İki grup arasında yaşam boyu toplam psikopatoloji açısından anlamlı fark saptanmıştır ve oran UHR da yaklaşık 2 kat yüksek bulunmuştur.

Pittsburg Bipolar çalışmasında kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, UHR'nda, BB spektrum bozuklukları 14 kat ve herhangi bir duygudurum ve anksiyete bozukluğu yaklaşık 2 ila 3 kat fazla saptanmıştır.¹⁶⁹ Aynı çalışmada vaka grubunun herhangi bir psikopatolojiye sahip olma oranı 2.2 kat fazla, herhangi bir duygudurum bozukluğuna sahip olma oranı 5,2 kat fazla, BB spektrumu oranı 13,4 kat , herhangi bir anksiyete bozukluğu oranı 2,3 kat , DEHB oranı 1,4 kat yüksek bulunmuştur ve DEHB açısından iki grup arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

2018 yılında yayınlanan UHR ve sağlıklı kontrolün kıyaslandığı 17 çalışmanın analiz edildiği Lau ve arkadaşlarının yaptığı meta-analizde herhangi bir psikiyatrik bozukluk oranı UHR ve kontrollerde sırasıyla %52'ye karşı %29'du. Bizim araştırmamızda bu oran %50,4'e karşı %24'tü ve meta-analiz ile uyumlu olduğu görüldü. Yine araştırmamızla uyumlu olarak kontrol grubuyla karşılaştırıldığında, UHR'nda BB dokuz kat daha olası olduğu saptanmıştır, BB olmayan bir duygudurum bozukluğu geliştirme olasılığı neredeyse iki buçuk kez daha yüksektir ve en az bir kaygı bozukluğu geliştirme olasılığı iki kattan fazladır.⁷

Singh ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada bizim araştırmamızın aksine UHR ve sağlıklı kontrol çocukları arasındaki anksiyete bozuklukları (travma sonrası stres, panik, yaygın anksiyete, ayrılık anksiyetesi, obsesif kompulsif bozukluklar ve basit fobiler) oranında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu.¹⁰⁷ Aynı çalışmada kontrollere kıyasla UHR'nda DEHB ve karşıt olma karşı gelme bozukluğu veya davranım bozukluğu dahil olmak üzere önemli ölçüde daha yüksek yıkıcı davranış bozuklukları oranları bulunurken bizim araştırmamızda iki grup arasında anlamlı bir fark yoktu.

Anlamlı bir fark olmamasına rağmen kontrol grubundaki DEHB tanısı oranı Ercan ve arkadaşlarının yaptığı epidemiyolojisi çalışmasındaki DEHB oranıyla¹⁶⁸ uyumluydu ve Lau ve arkadaşlarının çalışmasına göre UHR grubunda saptanan DEHB oranlarının 2 kat yüksek olmasıyla uyumluydu.⁷

Singh ve arkadaşlarının çalışmasında iki grup arasında psikopatoloji oranları yalnızca subsendromal DEHB'nda saptanmıştır. Bizim çalışmamızda anlamlı fark subsendromal bipolar bozukluk tanısında saptanmıştır.

Dutch Bipolar Yavruları Çalışması'nda de şöyle belirtilmiştir;

*“Bazı bipolar çocuk çalışmaları yüksek DEHB ve yıkıcı bozukluk oranları bildirmiş olsa da, biz de Duffy'nin yaptığı gibi normale yakın DEHB ve yıkıcı bozukluk oranları gözlemledik. Çalışmaya alım yaşına bağlı olarak, özellikle ergenlik döneminde hiperaktivite ve dürtüsellik semptomlarının daha az belirgin olması, DEHB semptomlarının yaşa bağlı olarak azalması nedeniyle bu tanılardan bazılarını gözden kaçırmış olabiliriz.”*⁸⁵

Singh ve arkadaşlarının çalışmasında katılımcıların yaş ortalaması 10 civarında iken bizim araştırmamızda 14 15 yaş civarındadır. Örneklem büyüklüğü bizim araştırmamıza yakın olmasına rağmen DEHB oranlarındaki bu farklılık DEHB belirtilerinin ergenlikte gerilemesiyle açıklanabilir.

Daha eski bir metaanalizde Lapalme ve arkadaşları¹⁷⁰ risk grubuyla kontrol grubu arasında majör depresyon ve non-afektif psikopatolojiler açısından anlamlı fark bulmazken, Lau ve arkadaşları belirgin olarak yüksek oranlar saptamıştır.⁷

Katılımcı sayısının az olmasından dolayı travma puanı, ebeveynde bipolar bozukluk başlama yaşı, annede sigara kullanımı gibi faktörlerin çocukta bipolar bozukluğun erken başlangıcını yordayıp yordamadığına dair regresyon analizi yapılamamıştır.

7.4 CTQ

Çalışmamızda CTQ toplam puanı , fiziksel ihmal ve duygusal istismar puanı UHR'nda anlamlı olarak yüksek saptandı. ADES ve CTQ puanları arasında korelasyon vardı.

Çalışmalar, BB tanılı bireylerin sağlıklı bireylere kıyasla ÇÇT bildirme olasılığının 2.6 kat daha fazla olduğunu öne sürmüştür.¹⁷¹ Yakın tarihli bir sistematik inceleme, fiziksel ve cinsel istismarın yanı sıra, belirtilmemiş duygusal ihmalin daha sonraki duygudurum ve anksiyete bozukluklarını ve duygusal istismarın da daha sonraki kişilik bozukluklarını ve şizofreniyi öngördüğünü saptamıştır.¹⁷²

Palmier ve arkadaşlarının 2016'da yaptığı, çocukluk çağı travması ve bipolar bozukluk ilişkisini inceleyen meta-analizde ebeveyn kaybı hariç, tüm çocukluk çağı travması alt tiplerinin bipolar bozukluk üzerinde önemli etkilerini gösterilmiştir. Duygusal istismarın en güçlü etkiyi gösterdiği saptanmıştır (OR= 4.04, %95 GA 3.12–5.22, P50.001).¹⁷¹

Meta-analiz ayrıca duygusal istismarın, BB gruplarında sağlıklı kontrollere göre dört kat daha fazla meydana geldiğini bulmuştur , diğer travma türlerinden daha büyük bir etki

gibi görünüyordu. Bu bulgu travma ve psikoz ilişkisini inceleyen Varese ve arkadaşlarının 2012 yılında yaptığı meta-analizde¹⁷³ tüm travma subtiplerinin patolojiye eşit etki ettiği bulgusuyla uyumlu değilken, bizim çalışmamızda da bipolar bozukluk tanılı ebeveyn çocuklarında duygusal istismar kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Bipolar bozukluk tip I ve tip II arasında çocukluk çağı travması açısından anlamlı fark bulunamamıştır. Bipolar bozukluk ile depresyon ve şizofreni tanıları çocukluk çağı travma skorları açısından kıyaslandığında, şizofreni ile anlamlı fark bulunmazken, depresyon ile bipolar bozukluk arasında anlamlı fark bulunmuştur.¹⁷¹

Bir çalışmada, bipolar bozukluk açısından ailesel riski yüksek olan genç bireyler, sağlıklı kontrollere ve hafif subklinik depresyon ve anksiyete belirtileri olan bireylere kıyasla, fiziksel istismarın önemli ölçüde daha fazla olduğunu gösterilmiştir.¹⁷⁴ Bizim çalışmamızda fiziksel istismar yönünden anlamlı fark saptanmazken fiziksel ihmalde iki grup arasında anlamlı farka rastlanmıştır. Fiziksel ihmalin yüksek çıkması BB tanısı olan ebeveynin anne olması dolayısı ile olabileceği düşünülmüştür fakat araştırmada BB tanısının hangi ebeveyne ait olduğu bilgisi edinilmemiştir bu yüzden bu yorum yapılamamaktadır.

Vieira ve arkadaşlarının 2020 yılında yayınlanan araştırmasında¹⁶⁷ bipolar bozukluk tanılı, eşikaltı bipolar bozukluğu olan ve duygudurum bozukluğu olmayan genç erişkinler kıyaslanmış ve bipolar bozukluk olan ve eşik altı bulguları olan kişiler arasında yalnızca duygusal ihmal açısından anlamlı fark saptanmıştır. Aynı çalışmada toplum örneklemini ile bipolar bozukluk kıyaslandığında cinsel istismar dışında tüm travma tipleri bipolar bozukluk grubunda yüksek bulunmuştur.

Literatüre bakıldığında genelde BB tanısı konmuş erişkinlerde bakılmış olan çocukluk çağı travması ile ilgili çalışmalar mevcuttur. Araştırmamızın bir uzunlamasına takip çalışmasının başlangıcı olması niteliğinde olması planlandığından CTQ bakılmıştır. İki grup arasında total skor, fiziksel istismar ve duygusal ihmal açısından anlamlı fark bulunmuştur fakat vaka grubu içinde eşik altı ve full kriter bipolar bozukluk tanısı olan çocukların CTQ puanları ve alt test puanları karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunamamıştır. Örneklem sayısının küçük olmasının buna neden olmuş olabileceği düşünülmüştür. Araştırmacı çocuklarla görüşmesi sırasında, BB tip I tanısını full kriter olarak karşılayan vaka grubundaki tek çocuğun en yüksek cinsel istismar skoruna sahip olduğunu gözlemlemiştir.

Dikkat çeken bir ayrıntı kardeşler arasında BB spektrumunda olan ve olmayanların CTQ puanlarına bakıldığında, aynı aile ortamına sahip olsalar da BB spektrumunda olan

kardeşin fiziksel ihmal ve duygusal istismar skorunun daha yüksek olmasıdır. Bu da cinsel istismar, fiziksel istismar dışındaki travma alt tiplerinin kişinin algılaması ile ilgili subjektif bir kavram olduğunu düşündürüyor olsa da CTQ puanlarının UHR grubunda yüksek çıkması, kaotik aile ortamını, aile işlevselliğinin düşük olduğunu da öngörüyor olabilir.

7.5 ADES

Araştırmamızda ADES puanları açısından iki grup arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Vaka grubunda eşik altı ve full kriter BB tanısı alanlar ve almayanlar ADES puanları açısından kıyaslandığında hayali-yaratıcı katılım(Imaginative Involvement) alt ölçeği açısından anlamlı fark saptanmıştır.

Literatürde BB tanılı kişiler ile sağlıklı kontrolleri karşılaştıran çalışmalar sınırlı sayıda iken UHR’nda ADES bakılan çalışmaya rastlanmamıştır.

Latalova ve arkadaşları 41 BB tanılı hasta ile 198 sağlıklı kontrolü DES(Dissosiyatif yaşantılar ölçeği) ile kıyaslamışlar ve patolojik DES skorunu BB grubunda yüksek bulmuşlardır ancak çalışmada BB tipi belirtilmemiştir ve DES puanlarında erkek hastalarla erkek kontroller arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yokken, kadın hastalar ile kadın kontroller arasında anlamlı fark bulunmuştur¹⁸. Hariri ve arkadaşları da amnezi ve depersonalizasyon/derealizasyonu ölçen SubDES-2 boyutu ve ÇÇT’nı erken başlangıçlı BB ve BB süresi ile yakından ilişkili bulmuşlardır¹⁵⁷ fakat çalışmalarında 200 BB tanılı hastaya karşılık 50 sağlıklı kontrol grubu alınmıştır.200 hastanın BB tipi belirtilmemiştir ve hasta grubunun 114 kişisi kadındır. Bipolar bozukluk tip II’nin kadınlarda daha yaygın olduğu bilinmekte¹⁷⁵ ve daha yüksek dissosiyatif ölçek skorları ile ilişkili olan¹⁷⁶ borderline kişilik bozukluğu ile ayırıcı tanısının daha zor yapıldığı¹⁷⁷ da bilinmektedir. Çalışmalarında BB tanılı kişilerin dissosiyatif yaşantılar ölçeğinden dissosiyatif bozukluk tanısı düşündürecek kadar yüksek olan bir grupta SubDES-2 puanları anlamlı olarak yüksek bulunmuş ve bizim çalışmamızda anlamlı bulunan hayali-yaratıcı katılım skorlarından bahsedilmemiştir.

Yine ülkemizde Kefeli ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada çok değişkenli lojistik analiz, aile psikopatolojisi ve duygusal istismar öyküsünün BB Tip I tanısının önemli belirleyicileri olduğunu göstermiştir. Şaşırtıcı şekilde, normal disosiyasyonun duygudurum hafifletici veya tamponlama işlevini yansıtabilen absorpsiyon ve hayali katılımın,¹⁵³ BB ile ters ilişkili olduğu bulunmuştur. Bizim araştırmamızda ise hayali katılım ile bipolar bozukluk arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ve ADES alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak tek anlamlı olandır.

Hayali katılım kavram olarak ; Roche ve McConkey, J. R. Hilgard ¹⁷⁸ tarafından önerilen bir terimdir(yaratıcı katılım), gerçeklik testinde bir değişikliği içeren deneyime açık olmaya hazır olma ve özümseme, bilincin daralmasını veya genişlemesini içerir. Yazarlar gündüz düşleri, okuma, hayali arkadaş ve sanatsal yaratıcılık gibi alt başlıklar tanımlamışlardır. Burkhardt ve arkadaşları bipolar bozukluk riski altındaki kişilerde yaratıcılığın arttığına dair kanıtlar bulmuşlardır ve yaptıkları çalışmaya göre ruh hali değişimleri, sanatsal yaratıcılıkla güçlü bir şekilde ilişkilidir.¹⁷⁹

Çalışmamızda bipolar spektrumunda olan çocukların ADES hayali katılım (imaginative involvement) ölçeğinden anlamlı olarak yüksek puan alması bu çalışmalarla ilişkilendirilebilir.

Ülkemizde yapılan geçerlik güvenirlik çalışmasında hasta grupların ADES ortalama (\pm SD) ve ortanca puanları şu şekilde bulunmuştu . Dissosiyatif bozukluk grubu: ortalama, 6.20 (\pm 1.98); medyan, 6.60; TSSB grubu: ortalama, 3,94 (\pm 1,54); medyan, 4.12; anksiyete bozuklukları grubu: ortalama, 2.13 (\pm 1.70); medyan, 1.83; duygudurum bozuklukları grubu: ortalama, 2,35 (\pm 1,37); medyan, 2.46; DEHB grubu: ortalama, 2,52 (\pm 1,32); medyan, 2.33; ve klinik olmayan kontrol grubu: ortalama, 2,43 (\pm 1,63); medyan, sırasıyla 2.06.¹⁶ Bizim çalışmamızda vaka ve kontrollerin ADES ortalaması sırasıyla 1,88 ve 1,63 saptandı ve gruplar arasında anlamlı fark yoktu.

Psikiyatrik bozukluklardaki dissosiyasyonla ilgili yayınlanan son meta-analizde (2018) Lyssenko ve arkadaşları tüm psikiyatrik bozukluklar arasında en düşük DES skorlarının bipolar bozukluğa ait olduğunu bildirmişlerdir.(Ortalama 1,48) Borderline kişilik bozukluğunda ise bu oran 2,79 olarak bulunmuş ve dissosiyatif bozukluklar ve TSSB yi takiben en yüksek orana sahip olmuştur.¹⁷⁶

Travma ile ilişkisi yine sağlam olarak belirlenmiş¹⁸⁰ olan dissosiyatif kişilik bozukluğu ve borderline kişilik bozukluğunun daha yüksek dissosiyasyon oranlarına sahip olması, dissosiyatif bir fenomen görüntüsü veren hatta bazen alter değişimini andıran mani ve depresyon yaşantısının, aslında tamamen ayrı bir olgu olduğunu ve bipolar bozukluğun gen çevre etkileşiminde daha büyük oranda genetik aktarımla ilişkili olduğunu düşündürmektedir.

Bu bulgular araştırmanın hipotezinde de belirtildiği gibi; dissosiyatif bozukluk, borderline kişilik bozukluğu gibi bazı psikopatolojilerdeki BB'daki epizotları andıran duygudurum ve kişilik değişikliklerinin BB'dan farklı olduğunu, ADES'nde alınan puanların ayırıcı tanıda bize yardımcı olabileceğini gösteriyor olabilir.

Araştırmamızda ADES ve CTQ puanlarının korelasyonuna vaka ve kontrol grubunda ayrı ayrı bakıldığında, iki grupta da korelasyon olmasına rağmen vaka grubunun puanları daha az korele saptanmıştır. Nancy McWilliams benliğin savunma dzeneklerinden olan inkardan bahsederken manik epizotu ve bipolar hastaları örnek vermiştir.¹⁸¹ Belki de bipolar bozukluk tanılı hastalar için travma ve dissosiyasyon açısından henüz sağlam olarak kurulamamış olan bu ilişki, kimi insanların travmayla dissosiyasyon savunma mekanizması ile kimilerininse inkar(mani) savunma mekanizması ile başa çıkmasından ileri geliyor olabilir.



8. SONUÇ

Çalışmamızda literatürle uyumlu olarak vaka grubunda duygudurum bozukluğu ve diğer psikopatoloji oranları yüksek saptanmıştır. Ayrıca çocukluk çağı travma puanları riskli grupta kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Çocukluk çağı travmaların varlığı psikopatolojiye yatkın populasyonlarda bozuklukların daha erken başlaması ve kötü gidişatı açısından büyük öneme sahiptir. Dissosiyasyon oranlarının toplum örnekleme ile aynı oluşu bipolar bozukluktaki duygudurum değişimlerinin travma ilişkili diğer patolojilere kıyasla daha biyolojik kökenli olduğunu belirleyebilir ayırıcı tanıda bu özellikten faydalanılması klinisyenler açısından yararlı olabilir.

Araştırmamız psikopatolojiye sahip ebeveynlerin çocuklarında psikopatoloji oranının artmış olduğunu bipolar bozukluk tanısı üzerinden bir kez daha göstermiştir. Çocuk psikiyatrisi branşının en önemli özelliklerinden biri, psikopatolojisi olan ebeveyn çocuklarından oluşan yüksek riskli grupların taranarak gerekli psikoeğitim ve desteğin verilmesidir ve bu görev toplum ruh sağlığı açısından hayati öneme sahiptir. Erişkin psikiyatrisi ve çocuk psikiyatrisi bu görevde daha sık işbirliğine giderek bu alana katkı sunmalıdır.

Araştırmanın ikincil gözükse de belki de daha önemli olan erken teşhis ve koruyucu hekimlik amacına uygun olarak araştırma sırasında majör depresif bozukluk, bipolar bozukluk, kaygı bozukluğu saptanan ve işlevsellikleri bozulmuş olan çocuklar araştırmacı tarafından takibe alınmış ve tedavileri başlanmıştır.

Araştırmacının ebeveynin psikopatolojisine kör olmaması ve pandemi dolayısı ile araştırmanın bir kısmının online olarak yürütülmüş olması, araştırmada istenilen kişi sayısına ulaşılamamış olması bu araştırmanın başlıca kısıtlılıklarıdır.

Daha büyük örneklemler ve çok merkezli prodrom çalışmaları düzenlenmesi konunun daha iyi anlaşılması açısından faydalı olacaktır.

9. KAYNAKLAR

1. WHO. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for Research (DCR-10)*. Geneva: World Health Organization, 1993.
2. Grande I, Berk M, Birmaher B, Vieta E. Bipolar disorder. *Lancet*. 2016;387(10027):1561-1572. doi:10.1016/S0140-6736(15)00241-X
3. Kozloff N, Cheung AH, Schaffer A, et al. Bipolar disorder among adolescents and young adults: Results from an epidemiological sample. *J Affect Disord*. 2010;125(1-3):350-354. doi:10.1016/j.jad.2010.02.120
4. APA. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5 Ed. Arlington: American Psychiatric Association; 2013.
5. Vieta E, Salagre E, Grande I, et al. Early intervention in Bipolar disorder. *Am J Psychiatry*. 2018;175(5):411-426. doi:10.1176/appi.ajp.2017.17090972
6. Pavuluri MN, Birmaher B, Naylor MW. Pediatric bipolar disorder: A review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2005;44(9):846-871. doi:10.1097/01.chi.0000170554.23422.c1
7. Lau P, Hawes DJ, Hunt C, Frankland A, Roberts G, Mitchell PB. Prevalence of psychopathology in bipolar high-risk offspring and siblings: a meta-analysis. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2018;27(7):823-837. doi:10.1007/s00787-017-1050-7
8. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı. Accessed June 30, 2021. <http://www.halksagligi.hacettepe.edu.tr/hakkinda/kavram.php>
9. Hafeman DM, Merranko J, Axelson D, et al. Toward the definition of a bipolar prodrome: Dimensional predictors of bipolar spectrum disorders in at-risk youths. *Am J Psychiatry*. 2016;173(7):695-704. doi:10.1176/appi.ajp.2015.15040414
10. 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(3):287-296. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2008.546
11. Hauser M, Correll CU. The significance of at-risk or prodromal symptoms for bipolar i disorder in children and adolescents. *Can J Psychiatry*. 2013;58(1):22-31. doi:10.1177/070674371305800106

12. Shaw JA, Egeland JA, Endicott J, Allen CR, Hostetter AM. A 10-year prospective study of prodromal patterns for bipolar disorder among Amish youth. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2005;44(11):1104-1111. doi:10.1097/01.chi.0000177052.26476.e5
13. Aldinger F, Schulze TG. Environmental factors, life events, and trauma in the course of bipolar disorder. Published online 2016. doi:10.1111/pcn.12433
14. Boysan M. Associations Between Dissociation and Post-Traumatic Stress Response. In: *Comprehensive Guide to Post-Traumatic Stress Disorders*. Springer, Cham; 2016:831-849. doi:10.1007/978-3-319-08359-9_13
15. Treatments for dissociative disorders. - Free Online Library. Accessed July 27, 2021. <https://www.thefreelibrary.com/Treatments+for+dissociative+disorders.-a0229530015>
16. Zoroglu SS, Sar V, Tuzun U, Tutkun H, Savas HA. Reliability and validity of the Turkish version of the adolescent dissociative experiences scale. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2002;56(5):551-556. doi:10.1046/j.1440-1819.2002.01053.x
17. Sar V, Alioğlu F, Akyuz G, Tayakısı E, Öğülmüş EF, Sönmez D. Awareness of identity alteration and diagnostic preference between borderline personality disorder and dissociative disorders. *J Trauma Dissociation*. 2017;18(5):693-709. doi:10.1080/15299732.2016.1267684
18. Latalova © K, Prasko J, Pastucha P, et al. BIPOLAR AFFECTIVE DISORDER AND DISSOCIATION-COMPARISON WITH HEALTHY CONTROLS. 2011;155(2):181-186. doi:10.5507/bp.2011.007
19. Coskun M, Zoroğlu SS, Öztürk M. Pediatrik bipolar bozukluk etiolojisinde genetik ve nörobiyolojik faktörler. *Klin Psikofarmakol Bul*. 2010;20(1):101-108. doi:10.1080/10177833.2010.11790642
20. Öztürk O., Duygulanım Bozuklukları, Duygulanım Bozuklukları, Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Ankara. 2002; 9. Basım, 291-343.
21. Yazıcı O., İkiçüçlü Duygudurum Bozuklukları ve Diğer Duygudurum Bozuklukları, Köroğlu E. Güleç C.(Ed). *Psikiyatri Temel Kitabı*. Ankara. Hekimler Yayın Birliği. 1997; Cilt 1, 429-449.
22. Cassano GB, Dell'Osso L, Frank E, et al. The bipolar spectrum: A clinical reality in

- search of diagnostic criteria and an assessment methodology. *J Affect Disord.* 1999;54(3):319-328. doi:10.1016/S0165-0327(98)00158-X
23. Dubovsky SL, Davies R ve Dubovsky AN., *Mood Disorders. "Textbook of Clinical Psychiatry "* (Ed. R.E Hales ve S.C. Yudofsky) , IV. Baskı, American Psychiatric Publishing, Washington DC(2003), 439-542.
 24. Angst J, Marneros A. Bipolarity from ancient to modern times: Conception, birth and rebirth. *J Affect Disord.* 2001;67(1-3):3-19. doi:10.1016/S0165-0327(01)00429-3
 25. Kaplan H SB. *Bipolar Disorders.Comprehensive Textbook of Psychiatry.* 7th ed.; 2000.
 26. Kaplan H, Saddock B. *Bipolar Disorders. Comprehensive Textbook of Psychiatry.* 7th Ed, 2000; 1284- 1289.
 27. Oral T. İki uçlu bozukluk. İstanbul: WPA serisi, CSA Medikal Yayın Ajansı, 2002;441-503.
 28. Goodwin FK, Jamison KR. *Manic-Depressive İllness.* New York: Oxford University, 1990.
 29. Goodwin FK, Jamison KR.(Introduction) *Manic-Depressive Illness. Bipolar Disorders and Recurrent Depression. 2nd Edition.* Goodwin FK & Jamison KR. Oxford University Press, 2007.
 30. Carlson GA, Pataki C. Understanding Early Age of Onset: a Review of the Last 5 Years. *Curr Psychiatry Rep.* 2016;18(12):1-11. doi:10.1007/s11920-016-0744-8
 31. Perlis RH, Dennehy EB, Miklowitz DJ, et al. Retrospective age at onset of bipolar disorder and outcome during two-year follow-up: Results from the STEP-BD study. *Bipolar Disord.* 2009;11(4):391-400. doi:10.1111/j.1399-5618.2009.00686.x
 32. Diler RS, Goldstein BI BB. Pediatric bipolar disorder. In: Ebert MH, Leckman JF, Petrakis IL (Eds), *Current Diagnosis & Treatment: Psychiatry*, 3rd ed. Mc Graw-Hill Education, New York. Published online 2019:527-545.
 33. Van Meter AR, Moreira ALR, Youngstrom EA. Meta-analysis of epidemiologic studies of pediatric bipolar disorder. *J Clin Psychiatry.* 2011;72(9):1250-1256. doi:10.4088/JCP.10m06290

34. Merikangas KR, Jin R, He JP, et al. Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the World Mental Health Survey Initiative. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68(3):241-251. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.12
35. Birmaher B AD. *Pediatric Psychopharmacology*. In: *Sadock BJ, Sadock VA (Eds), Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 8th Ed. Lippincott, Williams, and Wilkins, Philadelphia, Pp. 3363-3375.*; 2005.
36. Birmaher B, Axelson D, Goldstein B, et al. Four-year longitudinal course of children and adolescents with bipolar spectrum disorders: The course and outcome of bipolar youth (COBY) study. *Am J Psychiatry*. 2009;166(7):795-804. doi:10.1176/appi.ajp.2009.08101569
37. Holtzman JN, Miller S, Hooshmand F, et al. Childhood-compared to adolescent-onset bipolar disorder has more statistically significant clinical correlates. *J Affect Disord*. 2015;179:114-120. doi:10.1016/j.jad.2015.03.019
38. Geller B, Zimmerman B WM et al. Six-month stability and outcome of a prepubertal and early adolescent bipolar disorder phenotype. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2000;10:165-173.
39. Findling RL, Gracious BL, McNamara NK, et al. Rapid, continuous cycling and psychiatric co-morbidity in pediatric bipolar I disorder. *Bipolar Disord*. 2001;3(4):202-210. doi:10.1034/j.1399-5618.2001.30405.x
40. Birmaher B, Gill MK, Axelson DA, et al. Longitudinal trajectories and associated baseline predictors in youths with bipolar spectrum disorders. *Am J Psychiatry*. 2014;171(9):990-999. doi:10.1176/appi.ajp.2014.13121577
41. Biederman J, Mick E, Faraone S V., Van Patten S, Burbach M, Wozniak J. A prospective follow-up study of pediatric bipolar disorder in boys with attention-deficit/hyperactivity disorder. In: *Journal of Affective Disorders*. Vol 82. ; 2004. doi:10.1016/j.jad.2004.05.012
42. Diler RS, Birmaher B. IACAPAP Textbook of Child and Adolescent Mental Health. Accessed June 30, 2021. <https://iacapap.org/content/uploads/E.2-Bipolar-2019.pdf>
43. Ikeda M, Saito T, Kondo K, Iwata N. Genome-wide association studies of bipolar disorder: A systematic review of recent findings and their clinical implications.

- Psychiatry Clin Neurosci.* 2018;72(2):52-63. doi:10.1111/pcn.12611
44. Axelson D, Goldstein B, Goldstein T, et al. Diagnostic Precursors to Bipolar Disorder in Offspring of Parents With Bipolar Disorder: A Longitudinal Study. *Am J Psychiatry.* 2015;172(7):638-646. doi:10.1176/appi.ajp.2014.14010035
 45. Hafeman DM, Merranko J, Goldstein TR, et al. Assessment of a Person-Level Risk Calculator to Predict New-Onset Bipolar Spectrum Disorder in Youth at Familial Risk. *JAMA Psychiatry.* 2017;74(8):841-847. doi:10.1001/JAMAPSYCHIATRY.2017.1763
 46. Bootsman F, Brouwer RM, Schnack HG, et al. A study of genetic and environmental contributions to structural brain changes over time in twins concordant and discordant for bipolar disorder. *J Psychiatr Res.* 2016;79:116-124. doi:10.1016/j.jpsychires.2016.04.011
 47. Diler RS, de Almeida JRC, Ladouceur C, Birmaher B, Axelson D, Phillips M. Neural activity to intense positive versus negative stimuli can help differentiate bipolar disorder from unipolar major depressive disorder in depressed adolescents: A pilot fMRI study. *Psychiatry Res - Neuroimaging.* 2013;214(3):277-284. doi:10.1016/j.psychresns.2013.06.013
 48. Strakowski SM, Adler CM, Almeida J, et al. The functional neuroanatomy of bipolar disorder: A consensus model. *Bipolar Disord.* 2012;14(4):313-325. doi:10.1111/j.1399-5618.2012.01022.x
 49. Dickstein DP, Axelson D, Weissman AB, et al. Cognitive flexibility and performance in children and adolescents with threshold and sub-threshold bipolar disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2016;25(6):625-638. doi:10.1007/s00787-015-0769-2
 50. Pavuluri MN, Schenkel LS, Aryal S, et al. Neurocognitive function in unmedicated manic and medicated euthymic pediatric bipolar patients. *Am J Psychiatry.* 2006;163(2):286-293. doi:10.1176/appi.ajp.163.2.286
 51. Doyle AE, Wilens TE, Kwon A, et al. Neuropsychological functioning in youth with bipolar disorder. *Biol Psychiatry.* 2005;58(7):540-548. doi:10.1016/j.biopsych.2005.07.019
 52. Murphy FC, Sahakian BJ, Rubinsztein JS, et al. Emotional bias and inhibitory control processes in mania and depression. *Psychol Med.* 1999;29(6):1307-1321.

doi:10.1017/S0033291799001233

53. Frías Á, Dickstein DP, Merranko J, et al. Longitudinal cognitive trajectories and associated clinical variables in youth with bipolar disorder. *Bipolar Disord.* 2017;19(4):273-284. doi:10.1111/bdi.12510
54. Pavuluri MN, West A, Hill SK, Jindal K, Sweeney JA. Neurocognitive function in pediatric bipolar disorder: 3-year follow-up shows cognitive development lagging behind healthy youths. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2009;48(3):299-307. doi:10.1097/CHI.0b013e318196b907
55. Goi PD, Bücken J, Vianna-Sulzbach M, et al. Pharmacological treatment and staging in bipolar disorder: Evidence from clinical practice. *Rev Bras Psiquiatr.* 2015;37(2):121-125. doi:10.1590/1516-4446-2014-1554
56. Tohen M, Vieta E, Gonzalez-Pinto A, Reed C, Lin D. Baseline characteristics and outcomes in patients with first episode or multiple episodes of acute mania. *J Clin Psychiatry.* 2010;71(3):255-261. doi:10.4088/JCP.08m04580
57. Joyce K, Thompson A, Marwaha S. Is treatment for bipolar disorder more effective earlier in illness course? A comprehensive literature review. *Int J Bipolar Disord.* 2016;4(1). doi:10.1186/s40345-016-0060-6
58. McGuffin P, Rijsdijk F, Andrew M, Sham P, Katz R, Cardno A. The heritability of bipolar affective disorder and the genetic relationship to unipolar depression. *Arch Gen Psychiatry.* 2003;60(5):497-502. doi:10.1001/archpsyc.60.5.497
59. Bortolato B, Köhler CA, Evangelou E, et al. Systematic assessment of environmental risk factors for bipolar disorder: an umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Bipolar Disord.* 2017;19(2):84-96. doi:10.1111/BDI.12490
60. Post RM, Altshuler L, Leverich G, et al. More stressors prior to and during the course of bipolar illness in patients from the United States compared with the Netherlands and Germany. *Psychiatry Res.* 2013;210(3):880-886. doi:10.1016/j.psychres.2013.08.007
61. Post RM, Altshuler LL, Kupka R, et al. Age of onset of bipolar disorder: Combined effect of childhood adversity and familial loading of psychiatric disorders. *J Psychiatr Res.* 2016;81:63-70. doi:10.1016/J.JPSYCHIRES.2016.06.008
62. Doucette S, Levy A, Flowerdew G, et al. Early parent–child relationships and risk of

- mood disorder in a Canadian sample of offspring of a parent with bipolar disorder: findings from a 16-year prospective cohort study. *Early Interv Psychiatry*. 2016;10(5):381-389. doi:10.1111/EIP.12195
63. Kemner SM, Mesman E, Nolen WA, Eijckemans MJC, Hillegers MHJ. The role of life events and psychological factors in the onset of first and recurrent mood episodes in bipolar offspring: Results from the Dutch Bipolar Offspring Study. *Psychol Med*. 2015;45(12):2571-2581. doi:10.1017/S0033291715000495
 64. Wals M, Hillegers MHJ, Reichart CG, Verhulst FC, Nolen WA, Ormel J. Stressful life events and onset of mood disorders in children of bipolar parents during 14-month follow-up. *J Affect Disord*. 2005;87(2-3):253-263. doi:10.1016/j.jad.2005.04.006
 65. Jiménez E, Solé B, Arias B, et al. Impact of childhood trauma on cognitive profile in bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2017;19(5):363-374. doi:10.1111/bdi.12514
 66. Greenfield SF, Strakowski SM, Tohen M, Batson SC, Kolbrener ML. Childhood abuse in first-episode psychosis. *Br J Psychiatry*. 1994;164(JUNE):831-834. doi:10.1192/BJP.164.6.831
 67. Leverich GS, McElroy SL, Suppes T, et al. Early physical and sexual abuse associated with an adverse course of bipolar illness. *Biol Psychiatry*. 2002;51(4):288-297. doi:10.1016/S0006-3223(01)01239-2
 68. Martin A, Young C, Leckman JF, Mukonoweshuro C, Rosenheck R, Leslie D. Age effects on antidepressant-induced manic conversion. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2004;158(8):773-780. doi:10.1001/archpedi.158.8.773
 69. Barbuti M, Pacchiarotti I, Vieta E, et al. Antidepressant-induced hypomania/mania in patients with major depression: Evidence from the BRIDGE-II-MIX study. *J Affect Disord*. 2017;219:187-192. doi:10.1016/j.jad.2017.05.035
 70. Tohen M, Greenfield SF, Weiss RD, Zarate CA, Vagge LM. The effect of comorbid substance use disorders on the course of bipolar disorder: A review. *Harv Rev Psychiatry*. 1998;6(3):133-141. doi:10.3109/10673229809000321
 71. Ratheesh A, Cotton SM, Betts JK, et al. Prospective progression from high-prevalence disorders to bipolar disorder: Exploring characteristics of pre-illness stages. *J Affect Disord*. 2015;183:45-48. doi:10.1016/j.jad.2015.04.025

72. Duffy A, Horrocks J, Doucette S, Keown-Stoneman C, McCloskey S, Grof P. The developmental trajectory of bipolar disorder. *Br J Psychiatry*. 2014;204(2):122-128. doi:10.1192/bjp.bp.113.126706
73. Goldstein BI, Strober M, Axelson D, et al. Predictors of First-Onset Substance Use Disorders During the Prospective Course of Bipolar Spectrum Disorders in Adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013;52(10):1026. doi:10.1016/J.JAAC.2013.07.009
74. Tohen M, Zarate CA, Hennen J, et al. The McLean-Harvard first-episode mania study: Prediction of recovery and first recurrence. *Am J Psychiatry*. 2003;160(12):2099-2107. doi:10.1176/appi.ajp.160.12.2099
75. Pasco JA, Williams LJ, Jacka FN, et al. Tobacco smoking as a risk factor for major depressive disorder: Population-based study. *Br J Psychiatry*. 2008;193(4):322-326. doi:10.1192/bjp.bp.107.046706
76. Quinn PD, Rickert ME, Weibull CE, et al. Association between maternal smoking during pregnancy and severe mental illness in offspring. *JAMA Psychiatry*. 2017;74(6):589-596. doi:10.1001/jamapsychiatry.2017.0456
77. Moylan S, Gustavson K, Øverland S, et al. The impact of maternal smoking during pregnancy on depressive and anxiety behaviors in children: the Norwegian Mother and Child Cohort Study. *BMC Med* 2015 131. 2015;13(1):1-12. doi:10.1186/S12916-014-0257-4
78. Salvatore P, Baldessarini RJ, Khalsa HMK, et al. Antecedents of manic versus other first psychotic episodes in 263 bipolar I disorder patients. *Acta Psychiatr Scand*. 2014;129(4):275-285. doi:10.1111/acps.12170
79. Preisig M, Strippoli MPF, Castelao E, et al. The specificity of the familial aggregation of early-onset bipolar disorder: A controlled 10-year follow-up study of offspring of parents with mood disorders. *J Affect Disord*. 2016;190:26-33. doi:10.1016/j.jad.2015.10.005
80. Betts KS, Williams GM, Najman JM, Alati R. Predicting spectrums of adult mania, psychosis and depression by prospectively ascertained childhood neurodevelopment. *J Psychiatr Res*. 2016;72:22-29. doi:10.1016/j.jpsychires.2015.10.013

81. MacCabe JH, Lambe MP, Cnattingius S, et al. Excellent school performance at age 16 and risk of adult bipolar disorder: National cohort study. *Br J Psychiatry*. 2010;196(2):109-115. doi:10.1192/bjp.bp.108.060368
82. Axelson D, Goldstein B, Goldstein T, et al. Diagnostic Precursors to Bipolar Disorder in Offspring of Parents With Bipolar Disorder: A Longitudinal Study. *Am J Psychiatry*. 2015;172(7):638-646. doi:10.1176/appi.ajp.2014.14010035
83. Egeland JA, Endicott J, Hostetter AM, Allen CR, Pauls DL, Shaw JA. A 16-Year Prospective Study of Prodromal Features Prior to BPI Onset in Well Amish Children. *J Affect Disord*. 2012;142(1-3):186-192. doi:10.1016/j.jad.2012.04.023
84. Carlson GA, Weintraub S. Childhood behavior problems and bipolar disorder — relationship or coincidence? *J Affect Disord*. 1993;28(3):143-153. doi:10.1016/0165-0327(93)90100-X
85. Mesman E, Nolen WA, Reichart CG, Wals M, Hillegers MHJ. The dutch bipolar offspring study: 12-year follow-up. In: *American Journal of Psychiatry*. Vol 170. Am J Psychiatry; 2013:542-549. doi:10.1176/appi.ajp.2012.12030401
86. Akiskal HS, Downs J, Jordan P, Watson S, Daugherty D, Pruitt DB. Affective Disorders in Referred Children and Younger Siblings of Manic-Depressives: Mode of Onset and Prospective Course. *Arch Gen Psychiatry*. 1985;42(10):996-1003. doi:10.1001/archpsyc.1985.01790330076009
87. Duffy A, Horrocks J, Doucette S, Keown-Stoneman C, McCloskey S, Grof P. Childhood anxiety: An early predictor of mood disorders in offspring of bipolar parents. *J Affect Disord*. 2013;150(2):363-369. doi:10.1016/j.jad.2013.04.021
88. LEWINSOHN PM, KLEIN DN, SEELEY JR. Bipolar Disorders in a Community Sample of Older Adolescents: Prevalence, Phenomenology, Comorbidity, and Course. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1995;34(4):454-463. doi:10.1097/00004583-199504000-00012
89. Levenson JC, Axelson DA, Merranko J, et al. Differences in sleep disturbances among offspring of parents with and without bipolar disorder: Association with conversion to bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2015;17(8):836-848. doi:10.1111/bdi.12345
90. Ratheesh A, Cotton SM, Davey CG, et al. Pre-onset risk characteristics for mania

- among young people at clinical high risk for psychosis. *Schizophr Res.* 2018;192:345-350. doi:10.1016/j.schres.2017.04.036
91. Haenisch F, Cooper JD, Reif A, et al. Towards a blood-based diagnostic panel for bipolar disorder. *Brain Behav Immun.* 2016;52:49-57. doi:10.1016/j.bbi.2015.10.001
 92. Mesman E, Nolen WA, Keijsers L, Hillegers MHJ. Baseline dimensional psychopathology and future mood disorder onset: findings from the Dutch Bipolar Offspring Study. *Acta Psychiatr Scand.* 2017;136(2):201-209. doi:10.1111/acps.12739
 93. Papachristou E, Oldehinkel AJ, Ormel J, et al. The predictive value of childhood subthreshold manic symptoms for adolescent and adult psychiatric outcomes. *J Affect Disord.* 2017;212:86-92. doi:10.1016/j.jad.2017.01.038
 94. Boschloo L, Spijker AT, Hoencamp E, et al. Predictors of the Onset of Manic Symptoms and a (Hypo)Manic Episode in Patients with Major Depressive Disorder. *PLoS One.* 2014;9(9):e106871. doi:10.1371/JOURNAL.PONE.0106871
 95. Axelson DA, Birmaher B, Strober MA, et al. Course of subthreshold bipolar disorder in youth: Diagnostic progression from bipolar disorder not otherwise specified. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2011;50(10). doi:10.1016/j.jaac.2011.07.005
 96. Alloy LB, Urošević S, Abramson LY, et al. Progression along the bipolar spectrum: A longitudinal study of predictors of conversion from bipolar spectrum conditions to bipolar I and II disorders. *J Abnorm Psychol.* 2012;121(1):16-27. doi:10.1037/a0023973
 97. Van Meter AR, Burke C, Youngstrom EA, Faedda GL, Correll CU. The Bipolar Prodrome: Meta-Analysis of Symptom Prevalence Prior to Initial or Recurrent Mood Episodes. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2016;55(7):543-555. doi:10.1016/j.jaac.2016.04.017
 98. Grande I, Berk M, Birmaher B, Vieta E. Bipolar disorder. *Lancet.* 2016;387(10027):1561-1572. doi:10.1016/S0140-6736(15)00241-X
 99. Goldberg JF, Harrow M, Whiteside JE. Risk for bipolar illness in patients initially hospitalized for unipolar depression. *Am J Psychiatry.* 2001;158(8):1265-1270. doi:10.1176/appi.ajp.158.8.1265
 100. Østergaard SD, Straszek S, Petrides G, et al. Risk factors for conversion from unipolar

- psychotic depression to bipolar disorder. *Bipolar Disord.* 2014;16(2):180-189.
doi:10.1111/bdi.12152
101. Strober M, Carlson G. Bipolar Illness in Adolescents With Major Depression: Clinical, Genetic, and Psychopharmacologic Predictors in a Three-to Four-Year Prospective Follow-up Investigation. *Arch Gen Psychiatry.* 1982;39(5):549-555.
doi:10.1001/archpsyc.1982.04290050029007
 102. Tohen M, Khalsa HMK, Salvatore P, Vieta E, Ravichandran C, Baldessarini RJ. Two-year outcomes in first-episode psychotic depression: The McLean-Harvard first-episode project. *J Affect Disord.* 2012;136(1-2):1-8. doi:10.1016/j.jad.2011.08.028
 103. Ratheesh A, Davey C, Hetrick S, et al. A systematic review and meta-analysis of prospective transition from major depression to bipolar disorder. *Acta Psychiatr Scand.* 2017;135(4):273-284. doi:10.1111/acps.12686
 104. Verdolini N, Perugi G, Samalin L, et al. Aggressiveness in depression: a neglected symptom possibly associated with bipolarity and mixed features. *Acta Psychiatr Scand.* 2017;136(4):362-372. doi:10.1111/acps.12777
 105. Salvatore P, Baldessarini RJ, Khalsa H-MK, et al. Predicting Diagnostic Change Among Patients Diagnosed With First-Episode DSM-IV-TR Major Depressive Disorder With Psychotic Features. *J Clin Psychiatry.* 2013;74(07):723-731.
doi:10.4088/jcp.12m08328
 106. Mortensen PB, Pedersen CB, Melbye M, Mors O, Ewald H. Individual and Familial Risk Factors for Bipolar Affective Disorders in Denmark. *Arch Gen Psychiatry.* 2003;60(12):1209-1215. doi:10.1001/archpsyc.60.12.1209
 107. Singh MK, DelBello MP, Stanford KE, et al. Psychopathology in children of bipolar parents. *J Affect Disord.* 2007;102(1-3):131-136. doi:10.1016/j.jad.2007.01.004
 108. Post RM, Altshuler L, Kupka R, et al. Multigenerational positive family history of psychiatric disorders is associated with a poor prognosis in bipolar disorder. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2015;27(4):304-310.
doi:10.1176/appi.neuropsych.14080204
 109. Delbello MP, Geller B. Review of studies of child and adolescent offspring of bipolar parents. *Bipolar Disord.* 2001;3(6):325-334. doi:10.1034/j.1399-5618.2001.30607.x

110. Duffy A, Doucette S, Lewitzka U, Alda M, Hajek T, Grof P. Findings from bipolar offspring studies: Methodology matters. *Early Interv Psychiatry*. 2011;5(3):181-191. doi:10.1111/j.1751-7893.2011.00276.x
111. Malhi GS, Morris G, Hamilton A, Outhred T, Mannie Z. Is “early intervention” in bipolar disorder what it claims to be? *Bipolar Disord*. 2017;19(8):627-636. doi:10.1111/BDI.12576
112. Berk M, Hallam K, Malhi GS, et al. Evidence and implications for early intervention in bipolar disorder. *J Ment Heal*. 2010;19(2):113-126. doi:10.3109/09638230903469111
113. Lish JD, Dime-Meenan S, Whybrow PC, Price RA, Hirschfeld RMA. The National Depressive and Manic-depressive Association (DMDA) survey of bipolar members. *J Affect Disord*. 1994;31(4):281-294. doi:10.1016/0165-0327(94)90104-X
114. Howes OD, Falkenberg I. Early Detection and Intervention in Bipolar Affective Disorder: Targeting the Development of the Disorder. *Curr Psychiatry Reports 2011 136*. 2011;13(6):493-499. doi:10.1007/S11920-011-0229-8
115. Post RM, Leverich GS, Kupka RW, et al. Early-onset bipolar disorder and treatment delay are risk factors for poor outcome in adulthood. *J Clin Psychiatry*. 2010;71(7):864-872. doi:10.4088/JCP.08m04994yel
116. Post RM, Fleming J, Kapczinski F. Neurobiological correlates of illness progression in the recurrent affective disorders. *J Psychiatr Res*. 2012;46(5):561-573. doi:10.1016/j.jpsychires.2012.02.004
117. Malhi GS, Bassett D, Boyce P, et al. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders. *Aust N Z J Psychiatry*. 2015;49(12):1087-1206. doi:10.1177/0004867415617657
118. Duffy A. Toward a comprehensive clinical staging model for bipolar disorder: Integrating the evidence. *Can J Psychiatry*. 2014;59(12):659-666. doi:10.1177/070674371405901208
119. Hetrick SE, McKenzie JE, Cox GR, Simmons MB, Merry SN. Newer generation antidepressants for depressive disorders in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. Published online 2012. doi:10.1002/14651858.cd004851.pub3

120. Passos IC, Kapczinski F. Should bipolar disorder treatment be modified depending on staging? *Expert Rev Neurother*. 2017;17(2):93-95.
doi:10.1080/14737175.2017.1268532
121. Jerrell JM, McIntyre RS, Tripathi A. Childhood treatment with psychotropic medication and development of comorbid medical conditions in adolescent-onset bipolar disorder. *Hum Psychopharmacol*. 2011;26(7):451-459. doi:10.1002/hup.1227
122. McNamara RK, Nandagopal JJ, Strakowski SM, DelBello MP. Preventative strategies for early-onset bipolar disorder: Towards a clinical staging model. *CNS Drugs*. 2010;24(12):983-996. doi:10.2165/11539700-000000000-00000
123. Birmaher B, Axelson D, Goldstein B, et al. Four-year longitudinal course of children and adolescents with bipolar spectrum disorders: The course and outcome of bipolar youth (COBY) study. *Am J Psychiatry*. 2009;166(7):795-804.
doi:10.1176/appi.ajp.2009.08101569
124. Miklowitz DJ, Schneek CD, George EL, et al. Pharmacotherapy and family-focused treatment for adolescents with bipolar I and II disorders: A 2-year randomized trial. *Am J Psychiatry*. 2014;171(6):658-667. doi:10.1176/appi.ajp.2014.13081130
125. Nadkarni RB, Fristad MA. Clinical course of children with a depressive spectrum disorder and transient manic symptoms. *Bipolar Disord*. 2010;12(5):494-503.
doi:10.1111/j.1399-5618.2010.00847.x
126. Goldstein TR, Fersch-Podrat R, Axelson DA, et al. Early intervention for adolescents at high risk for the development of bipolar disorder: Pilot study of interpersonal and social rhythm therapy (IPSRT). *Psychotherapy*. 2014;51(1):180-189.
doi:10.1037/a0034396
127. Merikangas KR, Akiskal HS, Angst J, et al. Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the national comorbidity survey replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64(5):543-552. doi:10.1001/archpsyc.64.5.543
128. Otto MW, Perlman CA, Wernicke R, Reese HE, Bauer MS, Pollack MH. Posttraumatic stress disorder in patients with bipolar disorder: A review of prevalence, correlates, and treatment strategies. *Bipolar Disord*. 2004;6(6):470-479.
doi:10.1111/j.1399-5618.2004.00151.x

129. Etain B, Henry C, Bellivier F, Mathieu F, Leboyer M. Beyond genetics: Childhood affective trauma in bipolar disorder. *Bipolar Disord.* 2008;10(8):867-876. doi:10.1111/j.1399-5618.2008.00635.x
130. Garo JL, Goldberg JF, Ramirez PM, Ritzler BA. Impact of childhood abuse on the clinical course of bipolar disorder. *Br J Psychiatry.* 2005;186(FEB.):121-125. doi:10.1192/bjp.186.2.121
131. Fisher H, Hosang G. Childhood Maltreatment and Bipolar Disorder: A Critical Review of the Evidence. *Mind Brain J Psychiatry.* 2010;1(1):75-85. Accessed July 16, 2021. <http://research.gold.ac.uk/id/eprint/10094/>
132. Daruy-Filho L, Brietzke E, Lafer B, Grassi-Oliveira R. Childhood maltreatment and clinical outcomes of bipolar disorder. *Acta Psychiatr Scand.* 2011;124(6):427-434. doi:10.1111/j.1600-0447.2011.01756.x
133. Aas M, Henry C, Andreassen OA, Bellivier F, Melle I, Etain B. The role of childhood trauma in bipolar disorders. *Int J Bipolar Disord.* 2016;4(1):1-10. doi:10.1186/s40345-015-0042-0
134. Quarantini LC, Miranda-Scippa Â, Nery-Fernandes F, et al. The impact of comorbid posttraumatic stress disorder on bipolar disorder patients. *J Affect Disord.* 2010;123(1-3):71-76. doi:10.1016/j.jad.2009.08.005
135. Sala R, Goldstein BI, Wang S, Blanco C. Childhood maltreatment and the course of bipolar disorders among adults: Epidemiologic evidence of dose-response effects. *J Affect Disord.* 2014;165:74-80. doi:10.1016/j.jad.2014.04.035
136. Mert DG, Kelleci M, Mizrak A, Semiz M, Demir MO. Factors associated with suicide attempts in patients with bipolar disorder type i. *Psychiatr Danub.* 2015;27(3):236-241.
137. Glaser D. Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): A conceptual framework. *Child Abus Negl.* 2002;26(6-7):697-714. doi:10.1016/S0145-2134(02)00342-3
138. Stoltenborgh M, Bakermans-Kranenburg MJ, Alink LRA, Van Ijzendoorn MH. The universality of childhood emotional abuse: A meta-analysis of worldwide prevalence. *J Aggress Maltreatment Trauma.* 2012;21(8):870-890.

- doi:10.1080/10926771.2012.708014
139. Kaplan SJ, 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(10):1214-1222. doi:10.1097/00004583-199910000-00009
 140. Martins CMS, Von Werne Baes C, De Carvalho Tofoli SM, Juruena MF. Emotional abuse in childhood is a differential factor for the development of depression in adults. *J Nerv Ment Dis*. 2014;202(11):774-782. doi:10.1097/NMD.0000000000000202
 141. Thombs BD, Bernstein DP, Ziegelstein RC, et al. An evaluation of screening questions for childhood abuse in 2 community samples: Implications for clinical practice. *Arch Intern Med*. 2006;166(18):2020-2026. doi:10.1001/archinte.166.18.2020
 142. Kennedy BL, Dhaliwal N, Pedley L, Sahner C, Greenberg R, Manshadi MS. Post-Traumatic Stress Disorder in subjects with schizophrenia and bipolar disorder. *J Ky Med Assoc*. 2002;100(9):395-399. Accessed July 16, 2021. <https://europepmc.org/article/med/12357916>
 143. Quidé Y, Tozzi L, Corcoran M, Cannon DM, Dauvermann MR. The impact of childhood trauma on developing bipolar disorder: Current understanding and ensuring continued progress. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2020;16:3095-3115. doi:10.2147/NDT.S285540
 144. Heim C, Nemeroff CB. The impact of early adverse experiences on brain systems involved in the pathophysiology of anxiety and affective disorders. In: *Biological Psychiatry*. Vol 46. Biol Psychiatry; 1999:1509-1522. doi:10.1016/S0006-3223(99)00224-3
 145. Duffy A, Jones S, Goodday S, Bentall R. Candidate risks indicators for bipolar disorder: Early intervention opportunities in high-risk youth. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2016;19(1):1-10. doi:10.1093/ijnp/pyv071
 146. Pruessner M, Cullen AE, Aas M, Walker EF. The neural diathesis-stress model of schizophrenia revisited: An update on recent findings considering illness stage and neurobiological and methodological complexities. *Neurosci Biobehav Rev*. 2017;73:191-218. doi:10.1016/j.neubiorev.2016.12.013

147. Holtzman CW, Trotman HD, Goulding SM, et al. Stress and neurodevelopmental processes in the emergence of psychosis. *Neuroscience*. 2013;249:172-191. doi:10.1016/j.neuroscience.2012.12.017
148. Belsky J. Attachment, mating, and parenting: An evolutionary interpretation. *Hum Nat*. 1997;8(4):361-381. doi:10.1007/BF02913039
149. Roisman GI, Newman DA, Fraley RC, Haltigan JD, Groh AM, Haydon KC. Distinguishing differential susceptibility from diathesis-stress: Recommendations for evaluating interaction effects. In: *Development and Psychopathology*. Vol 24. Dev Psychopathol; 2012:389-409. doi:10.1017/S0954579412000065
150. Belsky J, Pluess M. Beyond Diathesis Stress: Differential Susceptibility to Environmental Influences. *Psychol Bull*. 2009;135(6):885-908. doi:10.1037/a0017376
151. Dalenberg CJ, Brand BL, Gleaves DH, et al. Evaluation of the evidence for the trauma and fantasy models of dissociation. *Psychol Bull*. 2012;138(3):550-588. doi:10.1037/a0027447
152. Steinberg M. Interviewer's guide to the structured clinical interview for DSM-IV dissociative disorders (SCID-D). Published online 1994:155.
153. Boysan M, Goldsmith RE, Çavuş H, Kayri M, Keskin S. Relations among anxiety, depression, and dissociative symptoms: The influence of abuse subtype. *J Trauma Dissociation*. 2009;10(1):83-101. doi:10.1080/15299730802485185
154. Agnew-Blais J, Danese A. Childhood maltreatment and unfavourable clinical outcomes in bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*. 2016;3(4):342-349. doi:10.1016/S2215-0366(15)00544-1
155. Mula M, Pini S, Preve M, Masini M, Giovannini I, Cassano GB. Clinical correlates of depersonalization symptoms in patients with bipolar disorder. *J Affect Disord*. 2009;115(1-2):252-256. doi:10.1016/j.jad.2008.08.001
156. Mula M, Pini S, Calugi S, et al. Distinguishing affective depersonalization from anhedonia in major depression and bipolar disorder. *Compr Psychiatry*. 2010;51(2):187-192. doi:10.1016/j.comppsy.2009.03.009
157. Hariri AG, Gulec MY, Orenkul FFC, Sumbul EA, Elbay RY, Gulec H. Dissociation in bipolar disorder: Relationships between clinical variables and childhood trauma. *J*



- Affect Disord.* 2015;184:104-110. doi:10.1016/j.jad.2015.05.023
158. Ambrosini PJ. Historical development and present status of the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children (K-SADS). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2000;39(1):49-58. doi:10.1097/00004583-200001000-00016
159. Kaufman J, Birmaher B, Brent D, et al. Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-SADS-PL): Initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1997;36(7):980-988. doi:10.1097/00004583-199707000-00021
160. Ünal F, Öktem F, Çetin Çuhadaroğlu F, et al. Reliability and validity of the schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version, DSM-5 November 2016-Turkish adaptation (K-SADS-PL-DSM-5-T). *Turk Psikiyatr Derg.* 2019;30(1):42-50. doi:10.5080/u23408
161. Goodman R, Scott S. Comparing the Strengths and Difficulties Questionnaire and the child behavior checklist: Is small beautiful? *J Abnorm Child Psychol.* 1999;27(1):17-24. doi:10.1023/A:1022658222914
162. Güvenir T, Özbek A, Baykara B, Arkar H, Şentürk B, İncekaş S. Güçler Ve Güçlükler Anketinin (Gga) Türkçe Uyarlamasının Psikometrik Özellikleri. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derg.* 2008;15(2):65-74. <http://toad.edam.com.tr/sites/default/files/pdf/gucler-ve-guclukler-anketi-toad.pdf>
163. Armstrong JG, Putnam FW, Carlson EB, Libero DZ, Smith SR. Development and validation of a measure of adolescent dissociation: The adolescent dissociative experiences scale. *J Nerv Ment Dis.* 1997;185(8):491-497. doi:10.1097/00005053-199708000-00003
164. Şar V, Öztürk E, İkikardeş E. Validity and reliability of the Turkish version of Childhood Trauma Questionnaire. *Turkiye Klin J Med Sci.* 2012;32(4):1054-1063. doi:10.5336/medsci.2011-26947
165. Ogawa JR, Sroufe LA, Weinfield NS, Carlson EA, Egeland B. Development and the fragmented self: Longitudinal study of dissociative symptomatology in a nonclinical sample. *Dev Psychopathol.* 1997;9(4):855-879. doi:10.1017/s0954579497001478
166. Şar V, Necef I, Mutluer T, Fatih P, Türk-Kurtça T. A Revised And Expanded Version

- Of The Turkish Childhood Trauma Questionnaire (CTQ-33): Overprotection-Overcontrol As Additional Factor. *J Trauma Dissociation*. 2021;22(1):35-51. doi:10.1080/15299732.2020.1760171
167. Vieira IS, Moreira FP, Mondin TC, et al. Childhood trauma and bipolar spectrum: A population-based sample of young adults. *Trends Psychiatry Psychother*. 2020;42(2):115-121. doi:10.1590/2237-6089-2019-0046
168. Ercan ES, Polanczyk G, Akyol Ardıc U, et al. The prevalence of childhood psychopathology in Turkey: a cross-sectional multicenter nationwide study (EPICPAT-T). *Nord J Psychiatry*. 2019;73(2):132-140. doi:10.1080/08039488.2019.1574892
169. 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(3):287-296. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2008.546
170. Lapalme M, Hodgins S, Laroche C. Children of Parents with Bipolar Disorder : A Metaanalysis of Risk for Mental Disorders. 1997;42(August).
171. Palmier-Claus JE, Berry K, Bucci S, Mansell W, Varese F. Relationship between childhood adversity and bipolar affective disorder: Systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2016;209(6):454-459. doi:10.1192/bjp.bp.115.179655
172. Carr CP, Martins CMS, Stingel AM, Lemgruber VB, Juruena MF. The role of early life stress in adult psychiatric disorders: A systematic review according to childhood trauma subtypes. *J Nerv Ment Dis*. 2013;201(12):1007-1020. doi:10.1097/NMD.0000000000000049
173. Varese F, Smeets F, Drukker M, et al. Childhood adversities increase the risk of psychosis: A meta-analysis of patient-control, prospective-and cross-sectional cohort studies. *Schizophr Bull*. 2012;38(4):661-671. doi:10.1093/schbul/sbs050
174. Stowkowy J, Goldstein BI, Macqueen G, et al. Trauma in Youth At-Risk for Serious Mental Illness. *J Nerv Ment Dis*. 2020;208(1):70-76. doi:10.1097/NMD.0000000000001069
175. Nivoli AMA, Pacchiarotti I, Rosa AR, et al. Gender differences in a cohort study of 604 bipolar patients: The role of predominant polarity. *J Affect Disord*.

- 2011;133(3):443-449. doi:10.1016/j.jad.2011.04.055
176. Lyssenko L, Schmahl C, Bockhacker L, Vonderlin R, Bohus M, Kleindienst N. Dissociation in psychiatric disorders: A meta-analysis of studies using the dissociative experiences scale. *Am J Psychiatry*. 2018;175(1):37-46. doi:10.1176/appi.ajp.2017.17010025
177. Renaud S, Corbalan F, Beaulieu S. Differential diagnosis of bipolar affective disorder type II and borderline personality disorder: Analysis of the affective dimension. *Compr Psychiatry*. 2012;53(7):952-961. doi:10.1016/j.comppsy.2012.03.004
178. Hilgard JR. Imaginative involvement: Some characteristics of the highly hypnotizable and the non-hypnotizable. *Int J Clin Exp Hypn*. 1974;22(2):138-156. doi:10.1080/00207147408412993
179. Burkhardt E, Pfennig A, Breitling G, et al. Creativity in persons at-risk for bipolar disorder—A pilot study. *Early Interv Psychiatry*. 2019;13(5):1165-1172. doi:10.1111/eip.12748
180. Luyten P, Campbell C, Fonagy P. Borderline personality disorder, complex trauma, and problems with self and identity: A social-communicative approach. *J Pers*. 2020;88(1):88-105. doi:10.1111/jopy.12483
181. McWilliams N. Klinik süreç içerisinde kişilik yapısını anlamak/NancyMc williams, çev. Erkan Kalem. Kalem E, ed. Published online 1994:125-126.

10.EKLER

10.1.Ek1 Etik Kurul Onayı

**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**

Sayı : 483
Konu : Doç. Dr. Murat COŞKUN hk.

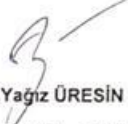
Tarih : 13.03.2020

Sayın Doç. Dr. Murat COŞKUN
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları

İlgi : Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalının 27/02/2020 gün ve 48476 sayılı yazısı

Sorumlu araştırmacılığını üstlendiğiniz ve Dr. Zeynep ZORLU' nun yürüteceği 2020/406 dosya numaralı "Bipolar Bozukluk Tanılı Ebeveynlerin 11-17 Yas Arasındaki Çocuklarında Psikopatoloji, Travma ve Disosiyasyon Sıklığı; Klinik Özelliklerinin ve Birbirleriyle olan İlişkilerinin İncelenmesi" başlıklı çalışma, kurulumuzun 06/03/2020 tarih ve 05 sayılı toplantısında görüşülerek etik yönden uygun bulunmuş olup, tutanaklar ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi rica ederim.


Prof. Dr. A.Yagiz ÜRESİN
İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar
Etik Kurul Başkanı

Eki: İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Araştırmaları Etik Kurulu Karar Formu

İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI "Bipolar Bozukluk Tanılı Ebeveynlerin 11-17 Yas Arasındaki Çocuklarında Psikopatoloji, Travma ve Disosiyasyon Sıklığı; Klinik Özelliklerinin ve Birbirleriyle olan İlişkilerinin İncelenmesi"

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili	
		ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	18.02.2020		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	<input checked="" type="checkbox"/>		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
	OLGU RAPOR FORMU	<input type="checkbox"/>		Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ	<input type="checkbox"/>		Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı			Açıklama	
	TÜRKÇE ETİKET ÖRNEĞİ	<input type="checkbox"/>			
	SIGORTA	<input type="checkbox"/>			
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input checked="" type="checkbox"/>			
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>			
	HASTA KARTU/GÜNLÜKLERİ	<input type="checkbox"/>			
	ILAN	<input type="checkbox"/>			
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>			
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>			
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>			
	DİĞER:	<input checked="" type="checkbox"/>	Anabilim Dalı Başkanlığından Üst Yazı ve Akademik Kurul Kararı, Literatür Kaynağı, Sorumluluk Paylaşım Belgesi, Olgular Raporu Formu, İlgili Elemanların Bilgilendirildiğine Dair Belge, CV, CD		
	KARAR BELGELERİ	Karar No:05	Tarih: 06/03/2020		
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında görevli Doç. Dr. Murat COŞKUN' un sorumluluğunda ve Dr. Zeynep ZORLU' nun yürüteceği yukarıda bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.					

İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU									
ÇALIŞMA ESASI		19.08.2011 tarihli, 28030 sayılı Resmî Gazetede yayınlanan Klinik Araştırmalar Hakkındaki Yönetmelik							
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:		Prof. Dr. A. Yağız ÜRESİN							
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki *	Katılım **	İmza		
Prof. Dr. A. Yağız ÜRESİN	Farmakoloji ve Klinik Farmakoloji	İstanbul Tıp Fakültesi (Etik Kurul Başkanı)	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Berrin UMMAN	Kardiyoloji	İstanbul Tıp Fakültesi (Etik Kurul Başkan Yardımcısı)	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Ahmet GÜL	Romatoloji	İstanbul Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Oğuzhan ÇOBAN	Nöroloji	İstanbul Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Sevda ÖZEL YILDIZ	Biyostatistik	İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

* :Araştırma ile ilişki
** :Toplantıda Bulunma

İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Klinik araştırmalar Etik kurulu 13.04.2013 tarih, 28617 sayılı Resmî Gazetede yayınlanan Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik çerçevesinde kurulmuş ve T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu tarafından onaylanmıştır. İlgili yönetmelik kapsamında kalan araştırmalar Sağlık Bakanlığında izin almak zorundadır. Yönetmelik kapsamı dışında kalan araştırmalar ise Etik Kurul bünyesinde oluşturulmuş 5 kişilik alt komisyon tarafından değerlendirilmekte olup Sağlık Bakanlığı iznine tabi değildir.

10.2.Ek 2 Sosyodemografik Veri Formu**BİPOLAR BOZUKLUK TANILI EBEVEYN YAVRULARI ÇALIŞMASI****SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU**

1. Çocuğun Adı-soyadı:
2. Cinsiyeti: ()Kız ()Erkek
3. Doğum tarihi:
4. Toplam Çocuk Sayısı:
5. Kaçınıcı Çocuk:
6. Adres-telefon:
7. Anne: ()sağ ()yaşamıyor
8. Baba: ()sağ ()yaşamıyor
9. Anne-baba: ()beraber ()ayrı/boşanmış
10. Aile Tipi (Evde kimler Yaşıyor);
() Çekirdek Aile
() Geniş Aile
() Tek Ebeveyn ile ise kiminle? Belirtiniz.....
() Üvey Anne/Baba ile
12. Annenin yaşı:
13. Babanın yaşı:
14. Annenin eğitim durumu:
() Okur yazar değil
() Okur yazar
() İlkokul mezunu
() Ortaokul mezunu
() Lise mezunu
() Üniversite mezunu
15. Babanın eğitim durumu:
() Okur yazar değil
() Okur yazar
() İlkokul mezunu
() Ortaokul mezunu
() Lise mezunu
() Üniversite mezunu

16. Anne çalışıyor mu?

() Evet () Hayır

17. Baba çalışıyor mu?

() Evet () Hayır

18. Ailede psikiyatrik hastalık tedavisi gören kimse var mı?:

() Var () Yok

Var ise kim, tanısını yazınız.....

19. Ailede kronik hastalık(hipertansiyon,diabet,epilepsi,kanser vb.) tedavisi gören kimse var mı?:

() Var () Yok

Var ise kim?..... Tanısını yazınız.....

20. Ailenizin ortalama aylık geliri (TL):

() Asgari ücret altı

() Asgari ücret üstü

22. Çocuk kaçınıcı sınıfa gidiyor:

23. Çocuk düzenli psikiyatrik ilaç tedavisi alıyor mu? () Evet () Hayır

Evet ise fayda görüyor mu? ilacın adını yazınız.....

24. Anne Gebelik öncesinde folik asit kullandı mı?

() Evet () Hayır

25. Planlı bir gebelik miydi?

() Evet () Hayır

26. Anne Gebeliği sırasında ilaç kullandı mı?

() Evet ise belirtiniz..... () Hayır

27. Anne Gebeliği sırasında alkol kullandı mı?
 Evet Hayır
28. Anne Gebeliği sırasında sigara kullandı mı?
 Evet Hayır
29. Anne Gebeliği sırasında madde kullandı mı?
 Evet Hayır
30. Gebelik süresince herhangi bir yaşam olayı/stresli durum oldu mu?
 Evet (Belirtiniz.....) Hayır
31. Anne Gebeliği sırasında enfeksiyon geçirdi mi?
 Evet (Belirtiniz.....) Hayır
32. Gebelik süresince başka herhangi bir tıbbi durum oldu mu ?
 Evet (Belirtiniz.....) Hayır
33. Annede bipolar bozukluk mevcut ise gebelik süresince herhangi bir atak geçirdi mi ?
 Evet (Depresyon/ Mani/ Hipomani seçiniz.) Hayır
34. Doğum sırasında herhangi bir komplikasyon oldu mu?(Morarma, küvezde kalma vs)
 Evet (Belirtiniz.....) Hayır
35. Anne doğum sonrası depresyon tanısı aldı mı ?
 Evet Hayır
36. Anne doğum sonrası mani tanısı aldı mı?
 Evet Hayır
37. Çocuğun doğum kilosunu seçiniz. 1500 GR altında 1500-2500 GR 2500-4500 GR
 4500 GR üstü
38. Gebelik sırasındaki anne yaşı :
39. Gebelik sırasındaki baba yaşı :
40. Diğer kardeşlerde bipolar bozukluk ya da depresyon tanısı var mı?
 Evet (Belirtiniz.....) Hayır
41. Bipolar bozukluk tanılı ebeveynin tanı alma yaşı nedir?
42. Bipolar bozukluk tanılı ebeveynin bu hastalık nedeniyle hastane yatışı oldu mu?
43. Evet (Kaç defa?Belirtiniz.....) Hayır

10.3.Ek 3 Onam Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU (BGOF)

” *“Bipolar Bozukluk Tanılı Ebeveynlerin 11-17 Yas Arasındaki Çocuklarında Psikopatoloji, Travma ve Disosiyasyon Sıklığı; Klinik Özelliklerinin ve Birbirleriyle olan İlişkilerinin İncelenmesi* ” başlıklı çalışmaya katılacaksınız. Bu çalışmada araştırmayı sürdüren hekim tarafından sizinle ve çocuğunuzla görüşülecek, ayrıca sizden ve çocuğunuzdan çalışmaya katılmaya gönüllü olduğunuza dair formları doldurmanız istenecektir. Bu formlarla ilgili ayrıntılı bilgi araştırmacılar tarafından verilecektir. Araştırmaya katılmayı reddetme hakkınız vardır. Gönüllü istediği zaman araştırmacıya haber vererek çalışmadan çekilebilir ya da araştırmacı tarafından gerek görüldüğünde haber verilerek araştırma dışı bırakılabilir.

Bu durum almakta olduğunuz tedavi hizmetlerini riske atmayacaktır.

Bu araştırma ile ilgili hiçbir masraf sizden veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi veya özel kurum veya kuruluşlardan talep edilmeyecektir. Bu araştırmada yer almanız için öngörülen süre görüşme başına yaklaşık 1 saat kadardır.

Size ve çocuğunuza ait isim, soyadı, adres, telefon gibi bilgiler **gizli tutulacak**, bilgileriniz yalnızca adı geçen çalışmada kullanılacak ve araştırmada kimliğiniz yerine bir protokol numarası kullanılacaktır. Protokol numaraları ile kimlik bilgilerini eşleştiren liste yalnızca araştırma sorumlularının kullanımında olacaktır. Kimlik bilgileriniz bu çalışmaya dayanan bilimsel makalelerin hiçbirinde geçmeyecektir.

Sayılan gizlilik kurallarının istisnası olarak; çocukların fiziksel veya cinsel istismarından şüphelenildiği, saptandığı ya da kişinin kendisi veya başkaları için tehdit oluşturduğu durumlarda araştırma ekibi üyesi yetkili makamlara başvurabilir.

Bu formda bazı tıbbi terimler kullandık. Bunları ya da varsa başka anlaşılmayan noktaları sormaktan lütfen çekinmeyiniz. Karar vermeden önce bu bilgilendirme formunu dikkatle okuyunuz.

Zaman ayırdığınız için teşekkür ederiz.

Herhangi bir sorunuz olduğunda araştırmayı yürüten Dr. Zeynep ZORLU 05063131939 no'lu telefondan ulaşabilirsiniz.

KATILIMCININ VELİSİNİN/ VASİSİNİN BEYANI

Sayın Dr. Zeynep ZORLU tarafından İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "katılımcı" olarak davet edildim.

Bu araştırmaya katılırsam hekim ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağına bilincindeyim). Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir maddi yükümlülük altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Doğrudan ya da dolaylı şekilde araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da maddi bir yük altına girmeyeceğim.)

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda Dr. Zeynep ZORLU'ya danışabileceğimi 05063131939 no'lu telefondan arayabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde "katılımcı" olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

GÖNÜLLÜ ONAY FORMU

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Açıklamaları Yapan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Gerekliyse Olur İşlemine Tanık Olan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Gerekliyse Yasal Temsilcinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

10.4.Ek 4 Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ *

Sorulara nasıl yanıtlar verilecek?

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

	Hiç bir zaman	Nadiren	Zaman zaman	Sıklıkla	Çok sık olarak
Çocukluğunuzda ya da ilk gençliğinizde...					
1. Yeterli yemek bulamıyordum.	1	2	3	4	5
2. Ailemembekiler bana "salak", "beceriksiz" ya da "tıpsız" gibi ifadelerle sezenirlerdi.	1	2	3	4	5
3. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuyamazdı atırlardı.	1	2	3	4	5
4. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusuna hissetmemeye yardımcı olan birisi vardı.	1	2	3	4	5
5. Kirli şüpheler içerisinde dolanmak zorunda kalırdım.	1	2	3	4	5
6. Sevdiğim birini hissediyordum.	1	2	3	4	5
7. Ana babamın benim doğmam olmasını istemediklerini düşünüyordum.	1	2	3	4	5
8. Ailemden birisi bana öyle kötü varmağa ki doktora ya da hastaneye girmem gerekirdi.	1	2	3	4	5
9. Ailemembekiler bana o kadar şiddetle varıyorlardı ki vücudumda morarı ya da sıyrıklar oluyordu.	1	2	3	4	5
10. Kayıp, sopa, korlon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.	1	2	3	4	5
11. Ailemde başka türlü olmama istediğim bir şey yoktu.	1	2	3	4	5
12. Ailemembekiler birbirlerine karşı saygılı davranırlardı.	1	2	3	4	5
13. Ailemembekiler bana kavcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.	1	2	3	4	5
14. Yüceğe kötüye kullandığım olduğuma inanıyordum.	1	2	3	4	5
15. Ailemembekiler beni her türlü kötülikten korumaya çalışırlardı.	1	2	3	4	5
16. Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövülüyordum ki öğrenim, çalışma ya da bir doktora bana fark ettiği olursa da.	1	2	3	4	5
17. Ailemde birisi benden nefret ederdi.	1	2	3	4	5
18. Ailemembekiler kendilerini birbirlerine yakın hissedilerdi.	1	2	3	4	5
19. Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi.	1	2	3	4	5
20. Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yandırmakla ya da benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.	1	2	3	4	5
21. Çocukluğuma malik değildim.	1	2	3	4	5
22. Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.	1	2	3	4	5
23. Birisi bana cinsel tacinde bulundu.	1	2	3	4	5
24. Duygusal bakımdan kötüye kullandığım olduğuma inanıyordum.	1	2	3	4	5
25. Benim ailem dünyadan en iyiydi.	1	2	3	4	5
26. Cinsel bakımdan kötüye kullandığım olduğuma inanıyordum.	1	2	3	4	5
27. Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.	1	2	3	4	5
28. Gerektiği halde doktora götürülmezdim.	1	2	3	4	5

* İstanbul Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Klinik Psikoterapi Birimi
CHILDHOOD TRAUMA QUESTIONNAIRE (CTQ-28)

10.5.Ek 5 Ergen Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği

ERGEN DİSOSİYATİF YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ (E - DYÖ)

A-DES (Adolescent Dissociative Experiences Scale) [Version 1.0]

Judith Armstrong, Frank W. Putnam, Eve Carlson

Çevirenler; Salih Zoroğlu, Ümran Tüzün, Vedat Şar, İlhan Yargıç

NASIL YANIT VERECEKSİNİZ ?

Bu test günlük hayatınızda başınızdan geçmiş olabilecek yaşantıları konu alan 30 tanımlama cümlesinden oluşmaktadır. Sizde bu yaşantıların ne sıklıkta olduğunu anlamak istiyoruz. Her tanımlama cümlesindeki yaşantının size ne ölçüde uyduğunu ya da ne sıklıkta bulunduğunu 10 üzerinden değerlendiriniz. Tanımlanan özellik ya da durum sizde hiç bir zaman olmuyorsa 0 'ı , sürekli ya da çok sık oluyorsa 10 'u daire içine alınız. Zaman zaman oluyorsa, derecelendirme yaparak 0 ile 10 arasından size en çok uyan rakamı daire içine alınız. Cevaplarken tanımlamada ne belirtilmişse sadece ona cevap veriniz. Alkol ya da ilaç etkisi altında bulunduğunuz durumları dikkate almayınız.

1. Televizyon seyrederken, bir şey okurken ya da video oyunu oynarken kendimi çok fazla kaptırırım ve çevremde olan bitenleri farketmem.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(hiç bir zaman)

(her zaman)

2. Daha önce yapmış olduğum ev ödevi ve sınav kağıtlarına baktığımda onları tanıyamam ve/veya yaptığımı hiç hatırlamam.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(hiç bir zaman)

(her zaman)

3. Sanki bana ait değilmiş gibi gelen güçlü duygular yaşarım.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(hiç bir zaman)

(her zaman)

4. Bir an çok iyi yaptığım bir iş başka bir zaman hiç elimden gelmez.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(hiç bir zaman)

(her zaman)

5.Çevremdekilerin konuştuğumu ya da yaptığımı söyledikleri bazı şeyleri hiç hatırlamam.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(hiç bir zaman)

(her zaman)

6.Kendimi bir sis perdesi içinde ya da boşlukta hissederim ve çevremdeki insanlar ve eşyalar gerçek değilmiş gibi görünürler.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(hiç bir zaman)

(her zaman)

7.Bazen bir şeyi gerçekten yaptım mı, yoksa yapmayı sadece aklımdan mı geçirdim, ayırdedemem.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(hiç bir zaman)

(her zaman)

8.Saate baktığımda zamanın geçmiş olduğunu, ancak geçen süre içerisinde olanları hatırlayamadığımı fark ederim.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(hiç bir zaman)

(her zaman)

9.Kafamın içinden gelen ve bana ait olmayan sesler duyarım.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(hiç bir zaman)

(her zaman)

10.İstemediğim bir yerde bulunduğumda, zihinsel olarak oradan uzaklaşabilirim.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(hiç bir zaman)

(her zaman)

11.O kadar iyi yalan söylerim ve rol yaparım ki bunlara bazen kendim de inanırım.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(hiç bir zaman)

(her zaman)

12. Birden dalıp giderim ve daha sonra kendimi bir şey yaparken bulurum.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(hiç bir zaman)

(her zaman)

13. Aynada kendimi tanımam.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(hiç bir zaman)

(her zaman)

14. Kendimi bir yere giderken ya da bir işi yapıyorken bulurum ve neden oraya gittiğimi ya da neden o işi yaptığımı bilemem.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(hiç bir zaman)

(her zaman)

15. Kendimi bir yerde bulurum ve oraya nasıl geldiğimi hatırlamam.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(hiç bir zaman)

(her zaman)

16. Sanki bana ait değilmiş gibi gelen düşüncelerim olur.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(hiç bir zaman)

(her zaman)

17. Ağrı ya da acı hissini duymamayı başarabilirim.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(hiç bir zaman)

(her zaman)

18. Bir şey gerçekten mi oldu, yoksa onu sadece rüyamda mı gördüm ya da aklımdan mı geçirdim, ayırdedemem.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(hiç bir zaman)

(her zaman)

19.Kendimi yanlış olduğumu bildiğim hatta yapmayı kesinlikle istemediğim bir işi yaparken bulurum.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(hiç bir zaman)

(her zaman)

20.Beni tanıyanlar bazen çok değişik davrandığımı sanki başka bir insan gibi olduğumu söylerler.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(hiç bir zaman)

(her zaman)

21.Zihnimin duvarlarla bölümlere ayrılmış gibi olduğunu hissedirim.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(hiç bir zaman)

(her zaman)

22.Benim yapmış olmam gereken fakat yaptığımı hatırlayamadığım yazılar, çizimler ya da mektuplar bulurum.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(hiç bir zaman)

(her zaman)

23.İçimde, benim yapmayı istemediğim bazı şeyleri yaptıran bir şeyin var olduğunu hissedirim.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(hiç bir zaman)

(her zaman)

24.Bir şeyi sadece hatırlıyor muyum, yoksa gerçekten o anda başımdan mı geçiyor olduğunu karıştırırım.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(hiç bir zaman)

(her zaman)

25.Kendime bedenimin dışından, sanki başka bir kişiyi izliyormuş gibi baktığımı hissedirim.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(hiç bir zaman)

(her zaman)

26. Ailem ve arkadaşlarımla olan ilişkilerimin aniden değişir ve bunun neden olduğunu bilemem.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(hiç bir zaman)

(her zaman)

27. Bir yap-boz oyunun parçalarından bir ya da bir kaçının kaybolması gibi, geçmişimin bazı parçaları kaybolmuştur.
(kafamdan silinmiştir)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(hiç bir zaman)

(her zaman)

28. Kendimi oyuncaklarımla ya da yapma hayvanlarımla oynamaya o kadar kaptırırım ki onlar bana canlıymış gibi gelir.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(hiç bir zaman)

(her zaman)

29. İçimde başka insanların var olduğunu hissederim.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(hiç bir zaman)

(her zaman)

30. Bazen vücudum sanki bana ait değilmiş gibi gelir.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(hiç bir zaman)

(her zaman)

10.6.Ek 6 Güçler ve Güçlükler Anketi

GÜÇLER VE GÜÇLÜKLER ANKETİ (SDQ-Tur)

AB⁴⁻¹⁷

Hier cümle için, Doğru Değil, Kısmen Doğru, Tamamen Doğru kutularından birini işaretleyiniz. Kesinlikle emin olamazsanız ya da size anlamsız görünse de elinizden geldiğince hier cümleleri yanıtlanamaz bile yardımcı olacaktır. Lütfen yanıtlarınız çocuğunuzun son 6 ay içindeki davranışlarına göre önüne olarak veriniz.

Çocuğunuzun Adı:

Kız / Erkek

Doğum Tarihi:

	Doğru Değil	Kısmen Doğru	Kesinlikle Doğru
Diğer insanların duygularını önemser.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huzursuz ve ağır hareketlidir, uzan süre kapandıktan duramaz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça baş ağrısı, karn ağrısı ve bulantı şikayetleri olur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diğer çocuklarla kolayca paylaşır. (oyuncakları, oyuncakları, kalemini v.s.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça öfke nöbetleri olur yada aşırı sınırlıdır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Daha çok tek başındadır, yalnız oynama eğilimindedir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genellikle sükunetli, büyüklerin isteklerini yapar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Birçok kaygısı vardır. Sıkça endişeli görünür.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eğer birisi incinmiş, moral bozulmuş yada kendini kötü hissediyorsa ona yardımcı olur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sürekli elleri ayakları kapı kapandı yada oturduğu yerde kapandı durur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En az bir yakın arkadaşlığı vardır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça diğer çocuklarla kavga eder yada onlarla alay eder.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça mutsuz, kederli yada ağlanmaktadır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genellikle diğer çocuklar tarafından sevilir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dikkati kolayca dağılır. Dikkatini toplamakta güçlük çeker.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yeni ortamlarda gergin yada huysuzdur. Kendine güvenini kolayca kaybeder.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kendinden küçüklerine iyi davranır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça yalan söyler yada hile yapar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diğer çocuklar ona takarlar yada onunla alay ederler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça başkalarına (anne baba, öğretmen, diğer çocuklar) yardım etmeye istekli olur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bir şeyi yapmadan önce düşünür.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ev, okul yada başka yerlerden çalar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Büyüklerle çocuklardan daha iyi geçirir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pek çok korkusu var. Kolayca ürker.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Başladığı işi bitirir, dikkat süresi iyidir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Belirtmek istediğiniz başka düşünceler ya da duygular var mı?

Lütfen sayfayı çeviriniz - arka sayfada birkaç soru daha var

Genel olarak, çocuğunuzun aşağıdaki alanların birinde ya da daha fazlasında güçlükleri olduğuna düşünüyor musunuz? Duygular, dikkati toplama, davranışlar, başkaları ile geçinebilme?

Hayır	Evet-Biraz	Evet-Oldukça Ciddi	Evet-Çok Ciddi
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Eğer yanıtınız "evet" ise, lütfen aşağıdaki bu güçlüklerle ilişkin soruları yanıtlayınız.

- Bir önceki soruda bahsettiğiniz bu güçlükler ne zamandır var?

1 aydan az	1 - 5 ay	6 - 12 ay	Bir yıldan fazla
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Bu güçlükler çocuğunuzun sıkıntıya sokuyor ya da moralini bozuyor mu?

Kesinlikle Hayır	Biraz	Oldukça Fazla	Çok Fazla
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Bu güçlükler aşağıdaki alanlarda, çocuğunuzun günlük yaşamını etkiliyor mu?

	Kesinlikle Hayır	Biraz	Oldukça Fazla	Çok Fazla
Ev yaşamı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Akademik ilişkileri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sınıf içi öğrenme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Boş zaman etkinlikleri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Bu güçlükler size ya da ailenize zorluk yaşıyor mu?

Kesinlikle Hayır	Biraz	Oldukça Fazla	Çok Fazla
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

İmza:

Tarih:

Anne / Baba / Diğer (lütfen belirtiniz):

Yardımanınız için teşekkür ederiz

© Robert Goodman, 2001

11. ÖZGEÇMİŞ

Adı-soyadı: Zeynep ZORLU

Doğum tarihi: 1989

Adres: İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hast. ABD, Esnaf Hastanesi

Ek hizmet binası, Beyazıt, Fatih, İstanbul.

Telefon: 05063131939

E-mail: drzeynepzorlu@gmail.com

Eğitim:

Yazar ilköğretim ve liseyi Bursa'da tamamlamıştır. 2012 yılında Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun olmuştur. 2015 yılı Mart ayından günümüze kadar İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı A.B.D'nda uzmanlık eğitimini sürdürmüştür.