T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN
RUH SAĞLIĞI VE SİNİR HASTALIKLARI
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
ÇOCUK VE ERGEN PSİKİYATRİ KLİNİĞİ

BİPOLAR BOZUKLUK VE ŞİZOFRENİ TANISI İLE TAKİPLİ ANNELERİN EBEVEYN TUTUMLARIYLA ÇOCUKLARINDAKİ PSİKOPATOLOJİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Dr. Meltem İnci KEFAL

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL-2021

T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN
RUH SAĞLIĞI VE SİNİR HASTALIKLARI
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
ÇOCUK VE ERGEN PSİKİYATRİ KLİNİĞİ

BİPOLAR BOZUKLUK VE ŞİZOFRENİ TANISI İLE TAKİPLİ ANNELERİN EBEVEYN TUTUMLARIYLA ÇOCUKLARINDAKİ PSİKOPATOLOJİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Dr. Meltem İnci KEFAL

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Gül KARAÇETİN

Prof. Dr. Nesrin KARAMUSTAFALIOĞLU

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL-2021

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bana çok şey öğreten, bizleri iyi bir hekim olarak özveriyle yetiştiren, bu tezin yazımında büyük emeği geçen sevgili hocam Prof. Dr. Gül KARAÇETİN'e,

Erişkin rotasyonum sürecinde birlikte çalışabildiğim için kendimi çok şanslı hissettiğim ve aynı zamanda tez danışmanım olarak bu süreçte de desteğini esirgemeyen sevgili hocam Prof.Dr.Nesrin KARAMUSTAFALIOĞLU'na,

Tecrübeleri ile uzmanlık eğitimime katkıda bulunan Doç. Dr. Caner MUTLU, Uzm. Dr. Büşra DURAN, Uzm. Dr. Hilal DOKTUR, Uzm. Dr. Nurdan ÜNALDI, Uzm. Dr. Mehmet TEKDEN ve diğer uzmanlarımıza,

Asistanlık dönemimde birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum Dr. Ayşe Gizem GÜLEÇ ve Uzm. Dr. Oğuz Bilal KARAKUŞ başta olmak üzere tüm asistan arkadaşlarıma,

Tezimin istatistik kısmında bilgi ve tecrübesiyle desteğini esirgemeyen Klinik Psikolog Ersin BUDAK'a,

Başlangıçların ne denli önemli olduğunu gösteren ve hayatımı yönlendirmemde büyük katkısı olan, emeklerine şükran borçlu olduğum Manisa Celal Bayar Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Hasan KANDEMİR'e,

Varlıklarıyla bana güç veren annem, babam ve kardeşlerime,

Hep yanımda olan ve hayatıma anlam katan, tez sürecimde de benim için çokça fedakarlıklarda bulunan, çalışkanlığı, zekası ve azmi ile çok güzel işler başaran, hem eşim hem de en yakın arkadaşım Doç. Dr. Adnan KEFAL'e,

Bana birçok güzel duyguyu tattıran, yüzümü gülümseten ve dünyamı güzelleştiren canım oğlum Çınar'a,

İçten teşekkür, sevgi ve saygılarımla…

Dr. Meltem İnci KEFAL

İstanbul, 2021

İÇİNDEKİLER

Sayfa No:

TEŞEKKÜR ..... **i**
İÇİNDEKİLER ..... **ii**
KISALTMALAR ..... **vi**
TABLO LİSTESİ ..... **viii**
ÖZET ..... **x**
ABSTRACT ..... **xi**
1. GİRİŞ VE AMAÇ **1**
2. GENEL BİLGİLER **5**
2.1. BİPOLAR BOZUKLUK 5
2.1.1. Tanım 5
2.1.2. Tarihçe 5
2.1.3. Epidemiyoloji 6
2.1.4. Etiyoloji 7
2.1.5. Komorbidite 8
2.1.6. Tanı Kriterleri 8
2.1.6.1. Mani Dönemi için DSM-5 Tanı Kriterleri 8
2.1.6.2. Hipomani Dönemi için DSM-5 Tanı Kriterleri 9
2.1.6.3. Depresif Dönem için DSM-5 Tanı Kriterleri 10
2.2. ŞİZOFRENİ 11
2.2.1. Tanım 11
2.2.2. Tarihçe 11
2.2.3. Epidemiyoloji 13
2.2.4. Etiyoloji 14
2.2.5. Komorbidite 16
2.2.6. Şizofreni Tanı Kriterleri 16
2.3. EBEVEYN PSİKOPATOLOJİSİ VE ÇOCUK 18
2.3.1. Ebeveyn Tutumları ve Çocuk 18
2.3.1.1. Ebeveyn Tutumlarının Sınıflandırılması 18
2.3.1.2. Ebeveyn Tutumlarının Çocuk Ruh Sağlığına Etkileri 20

2.3.1.3. Psikiyatrik Bozukluğu Olan Ebeveynler ve Çocukları 22
2.3.2. Bipolar Bozukluk ve Çocuk 26
2.3.2.1. Bipolar Bozukluk Tanısı Olan Ebeveyne Sahip olmak 26
2.3.2.2. Bipolar Bozukluk Tanısı Olan Ebeveynlerin Çocuklarında Psikopatoloji 29
2.3.3. Şizofreni ve Çocuk 33
2.3.3.1. Şizofreni Tanısı Olan Ebeveyne Sahip Olmak 33
2.3.3.2. Şizofreni Tanısı Olan Ebeveynlerin Çocuklarında Psikopatoloji 35
2.4. ANNEDE RUHSAL BOZUKLUK VE ÇOCUK 38
2.4.1. Annede Ruhsal Bozukluk ve Anne-Çocuk Bağlanmasına Etkisi 38
2.4.2. Ruhsal Bozukluğa Sahip Olan Anne İle Büyümek 39
2.4.2.1. Bipolar Bozukluk Tanısı Olan Anneler ve Çocukları 41
2.4.2.2. Şizofreni Tanısı Olan Anneler ve Çocukları 44
3. GEREÇ VE YÖNTEM 48
3.1. YÖNTEM 48
3.1.1. Çalışma Evreni 48
3.1.2. Örneklem Seçimi 48
3.1.3. İşlem 50
3.2. GEREÇLER 50
3.2.1. Bilgilendirilmiş Onam Formu 50
3.2.2. Sosyodemografik Veri Formu 50
3.2.3. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi – Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli DSM-5 Kasım 2016 adlı yarı yapılandırılmış görüşme formu 51
3.2.4. Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği 51
3.2.5. Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği 52
3.2.6. Ana Baba Tutum Ölçeği 53
3.2.7. Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği 53
3.2.8. Conners Ana Baba Derecelendirme Ölçeği Kısa Form 54
3.2.9. Çocuk Uyku Alışkanlıkları Anketi-Kısa Form 54
3.2.10. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi 55
3.3. İSTATİKSEL ANALİZ 55

3.4. ETİK 56
4. BULGULAR 57
4.1. SOSYODEMOGRAFİK BULGULAR 57
4.2. ÇOCUKLARIN PERİNATAL VE GELİŞİM DÖNEMLERİNE İLİŞKİN BULGULAR 62
4.3. AİLE TUTUMLARININ BİLDİRİMİNE İLİŞKİN BULGULAR 65
4.4. EBEVEYN TUTUMLARINA İLİŞKİN BULGULAR 67
4.5. ÇOCUKLARDA SAPTANAN PSİKOPATOLOJİLERE İLİŞKİN BULGULAR 69
4.6. ANNELERİN EBEVEYN TUTUMLARIYLA ÇOCUKLARDA SAPTANAN PSİKOPATOLOJİ ARASINDAKİ İLİŞKİYE DAİR BULGULAR 78
4.7. ANNENİN İLK 3 YIL RUHSAL DURUMU VE BAĞLANMANIN ÇOCUKLARDA GÖRÜLEN PSİKOPATOLOJİ İLE İLİŞKİSİNE DAİR BULGULAR 81
5. TARTIŞMA 82
5.1. SOSYODEMOGRAFİK BULGULAR 82
5.2. ÇOCUKLARIN PERİNATAL VE GELİŞİM DÖNEMLERİNE İLİŞKİN BULGULAR 84
5.3. AİLE TUTUMLARININ BİLDİRİMİNE İLİŞKİN BULGULAR 87
5.4. EBEVEYN TUTUMLARINA İLİŞKİN BULGULAR 89
5.5. ÇOCUKLARDA SAPTANAN PSİKOPATOLOJİLERE İLİŞKİN BULGULAR 91
5.6. ANNELERİN EBEVEYN TUTUMLARIYLA ÇOCUKLARDA SAPTANAN PSİKOPATOLOJİ ARASINDAKİ İLİŞKİYE DAİR BULGULAR 98
5.7. ANNENİN İLK 3 YIL RUHSAL DURUMU VE BAĞLANMANIN ÇOCUKLARDA GÖRÜLEN PSİKOPATOLOJİ İLE İLİŞKİSİNE DAİR BULGULAR 100
5.8. ÇALIŞMANIN GÜÇLÜ YANLARI 102
5.9. KISITLILIKLAR 102
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER 104

7. KAYNAKLAR..... 107

KISALTMALAR

AAB : Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu

ABTÖ : Ana Baba Tutum Ölçeği

AHÇYTÖ : Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği

BB : Bipolar Bozukluk

CADÖ-48 : Conners Ana Baba Derecelendirme Ölçeği Kısa Form

ÇATÖ : Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği

ÇDÖ : Çocuklar için Depresyon Ölçeği

ÇDŞG-ŞY. : Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi - Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli adlı yarı yapılandırılmış görüşme formu

ÇUAA-KF : Çocuk Uyku Alışkanlıkları Anketi – Kısa Form

DB : Davranım Bozukluğu

DEHB : Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

DSM-III : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- Third Edition

DSM-IV : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fourth Edition

DSM-5 : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- Fifth Edition

KG : Kontrol Grubu

KOKGB : Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu

MDB : Majör Depresif Bozukluk

OKB : Obsesif Kompulsif Bozukluk

ÖF : Özgül Fobi

PUKİ : Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi

SAB : Sosyal Anksiyete Bozukluğu

SCH **:** Şizofreni

TSSB **:** Travma Sonrası Stres Bozukluğu

YAB **:** Yaygın Anksiyete Bozukluğu

TABLO LİSTESİ

Sayfa No:

Tablo 1: Araştırmada değerlendirilen çocukların ebeveyn özelliklerinin gruplar arasında karşılaştırılması 58
Tablo 2: Araştırmada değerlendirilen çocukların aile özelliklerinin gruplar arasında karşılaştırılması 59
Tablo 3: Araştırmada değerlendirilen çocukların sosyodemografik özelliklerinin gruplar arasında karşılaştırılması 61
Tablo 4: Araştırmada değerlendirilen çocukların perinatal dönem özelliklerinin gruplar arasında karşılaştırılması 63
Tablo 5: Araştırmada değerlendirilen çocukların gelişim dönemi özelliklerinin gruplar arasında karşılaştırılması 64
Tablo 6: Araştırmada değerlendirilen çocukların aile tutumlarıyla bağlantılı özelliklerin gruplar arasında karşılaştırılması 66
Tablo 7: Üç grup arasında ABTÖ ortalamalarının karşılaştırılması 67
Tablo 8: Üç grup arasında AHÇYTA ortalamalarının karşılaştırılması 68
Tablo 9: Üç grup arasında geçmişte ve şu anda saptanan psikopatoloji oranlarının karşılaştırılması 69
Tablo 10: Sahip olunan psikopatoloji sayı oranlarının üç grup arasında karşılaştırılması 70
Tablo 11: Araştırmada değerlendirilen çocukların geçmişteki ruhsal bozukluklarının gruplar arasında karşılaştırılması 71
Tablo 12: Araştırmada değerlendirilen çocukların şu andaki ruhsal bozukluklarının gruplar arasında karşılaştırılması 72
Tablo 13: Üç grup arasında geçmiş psikopatoloji tanı grubu oranlarının karşılaştırılması 73
Tablo 14: Üç grup arasında şu andaki psikopatoloji tanı grubu oranlarının karşılaştırılması 74
Tablo 15: Üç grup arasında ÇDÖ ve ÇATÖ ortalamalarının karşılaştırılması 75
Tablo 16: Üç grup arasında CADÖ-48 ve alt ölçeklerinin ortalamalarının karşılaştırılması 76

Tablo 17: Üç grup arasında ÇUAA-KF ve PUKİ ortalamalarının karşılaştırılması . 77
Tablo 18: Üç grup arasında uyku kalitesi oranlarının karşılaştırılması 77
Tablo 19: Gruplar arasında psikopatoloji varlığına göre ebeveyn tutumlarının karşılaştırılması 80
Tablo 20: Üç grup arasında psikopatoloji varlığına göre annelerin doğumdan sonraki 3 yıl içindeki ruhsal durumlarının karşılaştırılması 81

ÖZET

BİPOLAR BOZUKLUK VE ŞİZOFRENİ TANISI İLE TAKİPLİ ANNELERİN EBEVEYN TUTUMLARIYLA ÇOCUKLARINDAKİ PSİKOPATOLOJİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Dr. Meltem İnci Kefal

AMAÇ: Çalışmamızın amacı bipolar bozukluk (BB) ve şizofreni (SCH) tanısına sahip anneler ile psikiyatrik tanısı olmayan annelerin ebeveyn tutumlarının karşılaştırılması ve bu annelerin ebeveyn tutumları ile çocuklarında saptanan psikopatoloji arasındaki ilişkinin değerlendirilmesidir.

GEREÇ VE YÖNTEM: Araştırma grubunda bipolar bozukluk tanılı 30 anne ve 40 çocuğu ile şizofreni tanılı 30 anne ve 43 çocuğu; kontrol grubuna (KG) ise herhangi bir psikiyatrik tanıya sahip olmayan 30 anne ve 38 çocuğu alınmak üzere; toplamda 90 anne ile 121 çocuk ve ergen çalışmaya dahil edilmiştir. Hem anne hem de çocuklarıyla Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi– Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (ÇDŞG-ŞY) DSM-5 Kasım 2016 adlı yarı yapılandırılmış görüşme yapılmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden çocuklar Ana Baba Tutum Ölçeği, Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği ile Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği'ni doldurmuştur. Çalışmaya alınan anneler Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği, Conners Ana Baba Derecelendirme Ölçeği-Kısa Form, Çocuk Uyku Alışkanlıkları Anketi-Kısa Form ve Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi'ni doldurmuştur.

BULGULAR: Çalışmamızda BB ve SCH tanılı annelerde KG'deki annelere göre, çocukları tarafından bildirilen kabul ilgi puanları ve demokratik tutumun daha düşük düzeyde; aşırı koruyuculuk ve otoriter tutumun ise daha yüksek düzeyde bulunduğu saptanmıştır. SCH tanılı annelerde KG'deki annelere göre, çocukları tarafından bildirilen kontrol-denetleme puanları daha düşük düzeyde; karı-koca geçimsizliği daha yüksek düzeyde saptanmıştır. Psikopatoloji oranları, eşlik eden komorbidite sayıları, okul reddi puan ortalamaları ile anksiyete bozuklukları ve içselleştirme bozuklukları görülme oranları BB ve SCH tanılı annelerin çocuklarında en yüksek düzeyde bulunmuştur. BB ve SCH grubunda, geçmişte MDB tanısı olan çocukların oranlarının; BB grubunda şu anda MDB tanısı olan çocukların en yüksek oranda olduğu saptanmıştır. BB tanılı anneye sahip çocuklarda TSSB saptanma oranının hem geçmişte, hem de şu anda diğer iki gruba göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.

SONUÇ: Araştırmamızda BB ve SCH tanılı annelerin ebeveyn tutumlarının hiçbir psikiyatrik bozukluğa sahip olmayan annelere göre daha az yetkin olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda, bu annelerin çocuklarında psikopatoloji gelişimini yanlızca ruhsal bozukluklarının genetik aktarımı ile değil; aile içinde diğer ebeveynle olan ilişkileri, ev içindeki sorumluluklara olan katkıları ve çocuklarına karşı sergiledikleri tutumları ile etkiledikleri gösterilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Bipolar Bozukluk Tanılı Anne, Şizofreni Tanılı Anne, Ebeveyn Tutumları, Çocuklarda Psikopatoloji

ABSTRACT

PARENTAL ATTITUDES AND OFFSPRING PSYCHOPATHOLOGY IN MOTHERS WITH BIPOLAR DISORDER OR SCHIZOPHRENIA

Dr. Meltem İnci Kefal

AIM: The aim of our study is to compare the parental attitudes of mothers with bipolar disorder (BD) and schizophrenia (SCH) and mothers without any psychiatric diagnosis, and to evaluate the relationship between the parental attitudes of these mothers and the psychopathology in offspring.

METHOD: In the study group, 30 mothers with BD and their offspring (n:40) and 30 mothers with SCH and their offspring (n:43); in the control group (CG) 30 mothers without any psychiatric diagnosis and their offspring (n:38); total of 90 mothers and 121 offspring were included in the our study. A semi-structured interview, titled K-SADS-PL DSM-5 November 2016, was conducted with both mothers and their children. Offspring completed the Parenting Style Inventory, Children Depression Inventory and Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders. The mothers included in the study completed Parental Attitude Research Instrument, Conners Parent Rating Scale-Short form, Children's Sleep Habits Questionnaire and Pittsburg Sleep Quality Index.

RESULTS: In our study, mothers with BD and SCH had lower acceptance/ involvement scores reported by offspring and democratic attitude than mothers in CG. Maternal overprotection and authoritarian attitude in mothers with BD and SCH were at a higher level than mothers in CG. Firm control scores reported by offspring were lower in mothers with SCH than mothers in CG. Also marital discordance in mothers with SCH was found at a higher level than mothers in CG. Psychopathology rates, number of comorbidities, school refusal scores, rates of anxiety disorders and internalization disorders were found to be highest in offspring of mothers with BD and SCH. The rates of offspring diagnosed with MDD in the past were highest in the BD and SCH groups; also it was found to be highest in the BD group at this time. It was found that the rate of PTSD in offspring with a mother diagnosed with BD was higher both in the past and currently compared to other two groups.

CONCLUSION: In our study, it was determined that the parental attitudes of mothers with BD and SCH were less competent than mothers without any psychiatric disease. It was determined that the development of psychopathology in offspring of these mothers was not only due to the genetic transmission of mental disorders; it has been shown that mother's relations with the other parent, their contribution to the responsibilities at home and their parental attitudes towards their children effect.

Keywords: Maternal Bipolar Disorder, Maternal Schizophrenia, Parental Attitudes, Psychopathology In Offspring

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Bipolar Bozukluk (BB), tipik olarak ergenlik veya erken erişkinlik döneminde başlayan; zihinsel sağlık, fiziksel sağlık, eğitim, mesleki işlevsellik ve kişilerarası ilişkiler üzerinde yaşam boyu olumsuz etkileri olabilen; depresif ve manik ataklarla karakterize, karma özellikler gösterebilen ağır bir psikiyatrik bozukluktur. Bipolar bozukluk popülasyonun yaklaşık %1-2'sini etkilemektedir. Bipolar I bozukluğun yaşam boyu prevalansı %1,06 ve bipolar II bozukluğun yaşam boyu prevalansı 1,57'dir (1,2).

İkiz çalışmalarından elde edilen sonuçlara göre, bipolar bozukluk kalıtımın en yüksek olduğu tıbbi bozukluklardan biridir (3). BB tanısı olan erişkinlerin çocuklarında ve BB tanısı olan çocukların ebeveynleri ve akrabalarında bu bozukluğun görülme oranının yüksek saptanması, genetik etiyolojinin önemine işaret eden başlangıç öğeleri olmuştur (4). BB tanılı bireylerin çocukları fenomenolojik, mizaç ve biyolojik açılardan bipolar bozukluğun erken görünümü hakkında ipuçları verebilecek bir yüksek risk grubudur ve bu grupta BB görülme oranı %5,7'dir (5,6).

BB tanılı ebeveynlerin çocuklarının ruhsal bozukluklar açısından çok yüksek risk altında olması; sadece genetik aktarımla değil, mevcut çevresel ve sosyal etmenlerin çocukta psikopatoloji oluşmasına zemin oluşturmasından da kaynaklanmaktadır (6,7). Ebeveynde BB tanısı olmasının, ebeveynin çocuklarıyla olan ilişkisini olumsuz yönde etkilediği; düşük ebeveyn sıcaklığı ve bağının, bağımsız bir risk faktörü olarak çocuklarda içselleştirme ve dışsallaştırma sorunlarına neden olduğu bildirilmiştir (8,9). Yapılan çalışmalarda bu çocukların daha fazla yıkıcı davranış bozuklukları ve anksiyete bozukluğu tanısına sahip oldukları gösterilmiştir (10).

Şizofreni; dünya nüfusunun yaklaşık %1'inde görülen; çocukluk, ergenlik veya genç erişkinlik döneminde ortaya çıkan, etkilenen bireyler için dramatik sonuçlara, önemli ölçüde ailevi ve sosyal zorluklara neden olan bir psikiyatrik bozukluktur. Genetik ve çevresel faktörlerin etkisiyle beyin gelişiminin kritik dönemlerinde ruhsal bozukluğun görülme riskinin arttığı düşünülmektedir (11,12). Araştırmalara göre anne ve babadan biri şizofreni tanısına sahip ise çocuklarda

şizofreni gelişme riski %12,5–13,8 arasındadır. Hem anne hem baba hasta ise bu risk %35-46'a çıkmaktadır. Anne baba sağlam, fakat çocuklardan biri hasta ise, kardeşlerde şizofreni riski %6,7–8,2'dir. Bu sonuçlar kalıtım ve aile ortamının şizofreni gelişiminde büyük rol oynadığını göstermektedir (13).

Şizofreni tanısına sahip bireylerin çocukları sadece şizofreni için değil, daha geniş gelişimsel ve birçok ruh sağlığı bozukluğu için yüksek risk altındadır. Bu çocukların %15-40'ı yetişkinlikte psikotik bozukluk tanısı alırken, birçoğu da duygudurum veya anksiyete bozuklukları gibi başka psikiyatrik tanılar almaktadır (14). Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB), depresyon, karşıt olma karşı gelme bozukluğu (KOKGB) ve davranım bozukluğu (DB) sırasıyla bu çocuklarda en çok tanısı konulan bozukluklardır (15).

Ebeveynlerin şizofreninin semptomları ve ilaçların yan etkileri nedeniyle disiplini sağlamak ve sürdürmek, sınır koymak gibi ebeveynlik rollerinde sıkıntı yaşayabileceği; sahip oldukları ruhsal bozukluğun çocukları üzerindeki olası etkilerinden dolayı korku, suçluluk ve utanç hissettikleri bildirilmiştir(16). Bu durumlar, hem çocuklarıyla empati kurmalarını, aralarındaki duygusal bağın oluşmasını olumsuz yönde etkilemekte, hem de sınır koymakta zorluk çeken bir ebeveynlik tutumu sergilemelerine yol açmaktadır (17,18).

Anne ve babaların çocuklarını yetiştirme biçimleri ve çocuklarına karşı sergilediği davranışlar ebeveyn tutumlarını şekillendirmekle birlikte; çocuğun mizacı, davranışları ve sahip olduğu psikopatolojiler üzerinde doğrudan rol oynamaktadır (19,20). Türkiye'de yapılan bir derlemede; ebeveyn tutum ve davranışlarındaki baskı, disiplin ve aşırı koruyuculuğun çocuklar üzerinde olumsuz etkisi olduğu, öte yandan demokratik ve kabul edici tutum ve davranışların olumlu etkileri olduğu bildirilmiştir (21). Ruhsal bozukluğa sahip olan ebeveynlerin yüksek riskli çocuklarında strese karşı biyolojik bir duyarlılığın olması, duygusal bozukluklara yatkınlığın temelini oluşturduğundan bu etkilerin önemi artmaktadır (22). Bu nedenlerle ebeveyn-çocuk ilişkisi, bu tür ailelerde önleme stratejileri için potansiyel bir hedef olarak görülmelidir (23).

Bununla birlikte, ebeveynler ikili etkileşim, eğitici ve öğretici uygulamalarıyla ve çocuklarının sosyal ortamını yönetmeleriyle çocuklarını etkilerler. Bu alanların her birindeki bozulma ebeveyn psikopatolojisi ile ilişkilendirilmektedir ve çocuğun gelişiminin olumsuz yönde etkilenmesine neden olmaktadır (24). BB olan ebeveynlerin çocuklarının olumlu duygudurum boyutundaki düşük puanları ile şizofreni tanısı olan ebeveynlerin çocuklarının aktivite ve esneklikteki yüksek puanlarının içselleştirme ve dışsallaştırma bozukluklarıyla ilişkili olduğu görülmüştür (25). Bipolar bozukluğu olan ebeveynlerin çocuklarında duygudurum bozuklukları, şizofreni tanılı ebeveynlerin çocuklarında ise yıkıcı davranış bozuklukları daha yaygın bulunmuştur (26).

Ebeveynlerden birinde veya her ikisinde duygudurum bozukluğu, şizofreni ya da depresyon gibi psikiyatrik bir bozukluğun görülmesi, çocuklar ile güvenli bağlanmanın kurulmasını olumsuz yönde etkileyebilmektedir (27). Güvensiz bağlanma biçimleri yaşamın ilerleyen dönemlerinde meydana gelen psikopatolojiler ile, güvenli bağlanma ise sağlıklı gelişim süreçleri ile ilişkilendirilmiştir (28,29). Ebeveynlerde görülen ruhsal bozukluklar ebeveyn ile çocuk arasında kurulan ilişkiyi, bağlanmayı, annenin bebek bakımını, ebeveyn rolünü öğrenmesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (30). Özellikle annede bir psikiyatrik bozukluk olması ve bu nedenle yaşanan olumsuz olaylar da dahil olmak üzere bu durumun yarattığı kronik stresin, çocuklarda psikopatoloji gelişimine etkisi olduğu gösterilmiştir (31).

Psikanalitik kuramlarda insan gelişiminde anne-çocuk ilişkisinin önemi vurgulanmaktadır. Bu ilişkide en temel şey ise annenin ulaşılabilir olması ve çocuğun gereksinimlerini karşılamasıdır (32). BB tanılı annelerin çocuklarıyla etkileşimlerinin, depresif ya da sağlıklı annelere göre çok daha yetersiz olduğu bildirilmiştir (33). Aynı şekilde annede şizofreni tanısı olması, potansiyel olarak anne-bebek ilişkisini ve anneliğe uyumu bozmaktadır. Pozitif belirtiler istenmeyen davranışlara yol açarken; negatif belirtiler, istenen davranışların yokluğu yoluyla etkisini gösterme eğilimindedir (34). Sonuçta ortaya çıkan ebeveyn anlaşmazlıkları, saldırgan davranışlar, bozulmuş anne duyarlılığı ve uyumsuz bağlanma davranışı çocuk yetiştirmeyi olumsuz etkilemekte ve çocuğun kişilik gelişiminin önemli bir bileşeni olan ailenin değerini risk altında bırakmaktadır (35).

Sonuç olarak, ailesel faktörlerin çocuk ve ergenlerin sahip olduğu psikopatolojilere giden yolda önemli rolü olduğu görülmektedir. Özellikle birincil bakım veren olan annenin sahip olduğu psikopatoloji, kalıtımsal yönü ile birlikte çocuk ile arasındaki iletişime, ebeveynlik tutumlarına, aile içi dinamiğe yüksek oranda etki etmektedir. Annedeki bu psikopatolojinin kalıtsal geçişi yanı sıra mevcut bozukluğun annenin ebeveynlik tutumlarını şekillendirmesi ve çocuklardaki psikopatoloji ile ilişkisi, hem koruyucu önlemler hem de tedavinin yönlendirilmesi açısından büyük önem taşımaktadır. Literatür incelendiğinde bipolar bozukluk ve şizofreni tanısı ile takip edilen annelerin ebeveyn tutumlarının eşleştirilmiş sağlıklı kontrol grubu anneler ile kıyaslandığı ve bu tutumların çocuklarındaki psikopatoloji ile ilişkisinin araştırıldığı bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu yönde yapılan çalışmalarda; ebeveyn tutumlarından ziyade çocuklarda gelişen psikopatolojilere odaklanıldığı, daha çok anne ve babanın birlikte değerlendirildiği, sadece anne odaklı çalışmaların az olduğu ve klinisyen tarafından yarı-yapılandırılmış görüşme ile değerlendirmenin daha çok DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, 4. Basım)'e göre yapıldığı gözlemlenmiştir.

Çalışmamızın amacı bipolar bozukluk ve şizofreni tanısına sahip annelerin, psikiyatrik tanısı olmayan anneler ile ebeveynlik tutumlarının karşılaştırılması ve klinisyen tarafından gerçekleştirilen yarı-yapılandırılmış görüşmeyle çocuklardaki psikopatoloji değerlendirmesinin yapılarak; annenin sahip olduğu psikopatolojinin ebeveyn tutumlarına olan etkisini ve çocuklarında psikopatolojinin ortaya çıkması ile ilişkisini ayrıntılı ve çok yönlü olarak değerlendirmektir. Bu çalışmanın önleme, erken müdahale ve psikososyal destek sistemlerinin oluşturulması açısından yol gösterici olması hedeflenmektedir.

Hipotezimiz bipolar bozukluk ve şizofreni tanısı ile takipli anneler ile eşleştirilmiş sağlıklı kontrol grubu annelerin ebeveyn tutumlarının birbirinden farklılık gösterdiği yönündedir. Annelerin ebeveyn tutumlarındaki bu farklılıkların çocuklarında gelişen psikopatoloji ile ilişkili olduğunu tahmin etmekteyiz.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. BİPOLAR BOZUKLUK

2.1.1. Tanım

Bipolar bozukluk, belli bir düzen olmadan tekrarlayan depresif, manik ya da her ikisini de kapsayan karma görünüm ile giden ve kişinin ataklar arasında tamamen sağlıklı duygudurum haline (ötimik) dönebildiği bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır (36). Son yapılan çalışmalarda BB'nin rezidüel semptomlar, duygudurum düzenleyememe, uyku ve sirkadiyen ritimde bozulmalar, bilişsel defisitlerin olduğu kronik bir sürece sahip olduğu gösterilmiştir (37). BB, hastaların işlevselliğini ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemekte, fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler ve çevreyle ilişki alanlarında bozulmalara neden olmaktadır (38).

BB'nin manik veya depresif semptomları şiddetli olma ve bir hastanın yaşamı boyunca tekrarlama eğiliminde olduğundan; durum birey, bakıcılar ve toplum üzerinde olumsuz etki oluşturmaktadır (39). Önceki atak sayısının fazla oluşu, hızlı döngülülük, işlevselliğin kötü oluşu, kişilik bozukluğu, madde kötüye kullanımı ve tedaviye uyumsuzluğun olması; yinelemelerin sıklıkla eşlik edeceğini ve prognozun kötü olacağını göstermektedir (40). Bipolar bozukluğun depresif atağı, manik veya hipomanik epizodlardan önemli ölçüde daha uzun sürmektedir. Bu durum bipolar bozukluğa sıklıkla majör depresif bozukluk olarak tanı konulmasına neden olmaktadır (41).

2.1.2. Tarihçe

M. Ö. 400 yılında Hipokrat mani ve melankoli kelimelerini kullanmıştır. Sonraki yıllarda Areatus ise manik depresif durumların birbirleriyle ilişkide olduğu üzerinde durmuştur (42). Falret, 1851 ve 1854 yıllarında yaptığı gözlemlere dayanarak, bipolar bozukluğu bir hastalık olarak sınıflandırmış ve birbirinden ayrılmış manik ve melankolik epizotlarla tanımlamıştır (43). Kraepelin, ilk olarak şizofreni ve manik depresif hastalık arasındaki farkı vurgulamıştır ve manik-depresif denilen kavramı öne sürmüştür (44). Bleuler ise 1930'lu yıllarda depresif ve manik

sendromları “Affektif Bozukluklar” başlığı altında bir araya getirmiştir (36). Leonard Krapelin 1959 yılında sadece depresif dönemle seyreden tabloya “unipolar hastalık” , manik depresif dönemlerle ya da sadece manik dönemlerle seyreden tabloya da “bipolar hastalık” adını vermiştir (44).

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatiksel El Kitabı (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- DSM) ile birlikte ilk olarak DSM-III’te ‘‘Affektif Bozukluklar’’, DSM-III-R’de ‘‘Duygudurum Bozuklukları’’ sınıflaması içinde yer almış, DSM-IV’te bipolar I, bipolar II, siklotimi ve başka türlü adlandırılamayan bipolar bozukluk olarak dört tip olarak tanımlanmıştır, DSM-IV-TR’de aynı şekilde kalmıştır. DSM-5’te bipolar I, bipolar II ve siklotimik bozuklukları kapsayan "Bipolar ve İlişkili Bozukluklar" kategorisinde yer almıştır (45-49).

Bipolar I bozukluk, en az bir mani atağının varlığıyla tanımlanır. Bipolar II bozukluk en az bir hipomani atağı ve depresyon ile karakterizedir. Mani ile hipomani arasındaki ana fark, manik semptomların şiddetidir. Mani, ciddi bir fonksiyonel bozukluğa neden olur, psikotik belirtilerle ortaya çıkabilir, genellikle hastaneye yatmayı gerektirir. Hipomanide bu kriterlerin olmaması gerekir (50).

2.1.3. Epidemiyoloji

BB, milliyet, etnik köken veya sosyoekonomik duruma bakılmaksızın dünya nüfusunun %1'inden fazlasını etkilemektedir (51). Bipolar I bozukluğun yaşam boyu prevalansı %1,06 ve bipolar II bozukluğun yaşam boyu prevalansı %1,57 olarak saptanmıştır (2).

Ortalama başlangıç yaşı bipolar I bozukluk için 18 ve bipolar II bozukluk için 20’dir (52). Bipolar bozukluk başlangıcının zirve yaptığı dönem 15-25 yaş arası olarak saptanmıştır. Çocukluk döneminde (12 yaş altı) başlangıç olguların %5' inde, ergenlikte (12- 18 yaş) başlangıç %28' inde görülmüştür (53). Daha erken bir başlangıç genellikle daha kötü bir prognoz, daha uzun süre tedavide gecikme, daha şiddetli depresif dönemler ve daha yüksek eş zamanlı komorbid anksiyete ve madde kullanım bozuklukları prevalansıyla ilişkilendirilmektedir (54).

Bipolar I bozukluk, her iki cinsiyeti de eşit derecede etkilerken, bipolar II bozukluk kadınlarda daha sık görülmektedir (55). Kadınlarda bipolar II bozukluk, karma disforik mani, atipik klinik görünümlü bipolar depresyon ve hızlı döngülü bipolar depresyon gibi BB alt tiplerinin daha sık görüldüğü bildirilmiştir (56). Manik epizotlar erkeklerde, depresif epizotlar kadınlarda daha sıktır. Benzer şekilde, erkeklerde ilk başlangıç atağı daha çok manik olup, daha sonrasında da manik ataklar kadınlara oranla daha sıktır (57).

2.1.4. Etiyoloji

Bipolar bozuklukların etiyolojisi tam olarak bilinmemektedir. Nöroendokrin, nörotransmiter ve hücre içi sinyal sistemlerinde duygudurumu ve nöronal işleyişi etkileyen yaygın anormalliklerin olduğu düşünülmektedir (58). Nörotransmitter olarak; hem mani hem depresyonda 5-HT (5-hidroksitriptamin) düzeylerinde düşme; depresyonda norepinefrin ve dopamin seviyelerinde düşme; manide norepinefrin ve dopamin seviyelerinin artma saptanmıştır (59). Ayrıca, kortikotropin salgılatan hormon (CRH), adrenokortikotropik hormon (ACTH) ve kortizol yanıtlarında bozulma bildirilmiştir (60).

Etiyoloji için en büyük risk faktörü, ailede bipolar bozukluk tanısı almış bireylerin bulunmasıdır (61). Bipolar bozukluk için kalıtsallık tahminleri %70 ila %90 arasında değişmektedir (62). En kalıtsal psikiyatrik bozukluklardan biri olmasının yanında, gen ve çevrenin etkileşime girdiği çok faktörlü bir model en uygun yaklaşım olarak kabul görülmektedir (63). Bipolar bozukluğun toplumdaki yaygınlığı %1 civarındayken bu hastaların birinci derece akrabalarında bu oran %3-9 arasında değişmektedir (64). Monozigot ikizlerde ise bu oranın %40-70 arasında olduğu görülmüştür (63). Oranlar metodolojiye göre değişmekle birlikte, en son metaanalizler, bipolar bozukluğu olan bir ebeveyne sahip olmanın çocuklarda bipolar bozukluk riskini en az 5 kat arttırdığını göstermektedir (65). BB'ye sahip bireylerin çocuklarında bozukluğun görülme oranı %5,7 olarak saptanmıştır (6).

Psikososyal etkiler de etyolojide rol oynamaktadır. Stresli yaşam olayları, bipolar bozukluğun seyrini etkilemektedir (66). Yapılan bir metaanalizde, hastaların

manik veya depresif epizodları nüksetmeden önce, ötimik dönemlere göre daha fazla yaşam olayına sahip oldukları görülmüştür (67).

2.1.5. Komorbidite

Bipolar bozukluğa eşlik eden birçok psikiyatrik tanı bulunmaktadır. Bipolar I bozukluk olgularında yaşam boyu psikiyatrik komorbidite oranı %50-70'dir. Madde kullanım bozuklukları dışındaki psikiyatrik ve tıbbi komorbiditeler kadınlarda daha sık görülmektedir (68). Anksiyete bozuklukları ile birlikteliği sıktır. Özellikle panik bozukluk ve obsesif kompulsif bozukluk (OKB) sık görülmektedir (36).

BB'ye anksiyete, madde kullanımı, davranım bozuklukları, yeme bozuklukları, anormal cinsel davranış, dikkat eksikliği / hiperaktivite, dürtü kontrolü bozuklukları, otizm spektrum bozuklukları gibi ruhsal bozuklukların eşlik etmesinin yanısıra migren, tiroid hastalıkları, obezite, tip II diyabet ve kardiyovasküler hastalıklar gibi tıbbi bozukluklar da sıklıkla eşlik etmektedir (69).

2.1.6. Tanı Kriterleri

2.1.6.1. Mani Dönemi için DSM-5 Tanı Kriterleri

A. Olağandışı ve sürekli, kabarmış, taşkın ya da irritabl bir duygudurumun ve amaca yönelik etkinlikte ve içsel güçte, olağan dışı ve sürekli bir artışın olduğu ayrı bir dönemin, en az bir hafta süreyle (hastaneye yatırılmayı gerektiriyorsa herhangi bir süre), neredeyse her gün, günün büyük bölümünde olması.

B. Aşağıdaki belirtilerden üçü ya da daha fazlası (duygudurum irritabl ise dördü) duygudurum bozukluğu dönemi sırasında, belirgin olarak bulunmaktadır:

(1) Benlik saygısında abartılı artış olması ya da grandiosite.

(2) Uyku ihtiyacında azalma.

(3) Her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşmaya tutma.

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

(5) Dikkat dağınıklığı (yani dikkatin önemsiz ya da ilgisiz bir dış uyaranla kolaylıkla çekilebilir olması) olduğunu bildirir ya da olduğu gözlemlenir.

(6) Amaca yönelik faaliyetlerde artma ya da psikomotor ajitasyon.

(7) Kötü sonuçlar doğurma olasılığı yüksek, riskli etkinliklere aşırı katılma.

C. Bu dönem, mesleki ya da toplumsal işlevsellikte düşmeye neden olur ya da kendisine ya da başkalarına zarar vermesini önlemek için hastaneye yatırmayı gerektirecek kadar ağırdır ya da psikotik özellikleri vardır.

D. Bu belirtiler bir madde kullanımının ya da tıbbi bir durumun fizyolojik etkilerine bağlı değildir (Antidepresan tedavi sırasında ortaya çıkan ve söz konusu tedavinin fizyolojik etkilerinin ötesinde sendrom düzeyinde süren tam bir mani dönemi hariç) (50).

2.1.6.2. Hipomani Dönemi için DSM-5 Tanı Kriterleri

A. Olağandışı ve sürekli, kabarmış, taşkın ya da irritabl bir duygudurumun ve amaca yönelik etkinlikte ve içsel güçte, olağan dışı ve sürekli bir artışın olduğu ayrı bir dönemin, en az 4 gün, neredeyse her gün, günün büyük bölümünde bulunması.

B. Aşağıdaki belirtilerden üçü ya da daha fazlası (duygudurum irritabl ise dördü) duygudurum bozukluğu dönemi sırasında, belirgin olarak bulunmaktadır:

(1) Benlik saygısında abartılı artış olması ya da grandiosite.

(2) Uyku ihtiyacında azalma.

(3) Her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşmaya tutma.

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

(5) Dikkat dağınıklığı (yani dikkatin önemsiz ya da ilgisiz bir dış uyaranla kolaylıkla çekilebilir olması) olduğunu bildirir ya da olduğu gözlemlenir.

(6) Amaca yönelik faaliyetlerde artma ya da psikomotor ajitasyon.

(7) Kötü sonuçlar doğurma olasılığı yüksek, riskli etkinliklere aşırı katılma.

C. Bu dönemde, kişinin belirti olmadığı zamanlardakinden farklı olarak işlevselliğinde belirgin bir değişiklik görülür.

D. Duygudurum bozukluğu ve işlevsellikteki değişiklik başkalarınca gözlenebilir bir seviyededir.

E. Bu dönem, işle ilgili ya da toplumsal işlevsellikte düşmeye neden olacak ya da kendisine ya da başkalarına zarar vermesini önlemek için hastaneye yatırmayı gerektirecek kadar ağır değildir. Psikotik özellikleri varsa, mani dönemi olarak tanımlanır.

F. Bu belirtiler bir madde kullanımının ya da tıbbi bir durumun fizyolojik etkilerine bağlı değildir (Antidepresan tedavi sırasında ortaya çıkan ve söz konusu tedavinin fizyolojik etkilerinin ötesinde sendrom düzeyinde süren tam bir hipomani dönemi hariç) (50).

2.1.6.3. Depresif Dönem için DSM-5 Tanı Kriterleri

A. İki haftalık bir dönemde, önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmasıyla birlikte aşağıdaki belirtilerden beş ya da daha fazlası bulunmaktadır. En az birinin (1) çökkün duygudurum ya da (2) ilgi kaybı ya da zevk alamama olması gerekmektedir.

(1) Hastanın kendisinin bildirdiği ya da başkalarının gözlemlediği, hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren çökkün duygudurum. (Not: Çocuklarda ve ergenlerde irritabl duygudurum olabilir.)

(2) Neredeyse her gün ya da günün büyük bölümünde, çoğu ya da bütün etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da bunlardan zevk alamama.

(3) Diyet yapmıyorken, önemli derecede kilo kaybı ya da kilo alma (örn. ayda, vücut kilosunun %5'inden fazla) ya da hemen her gün iştahta azalma ya da artma. (Not: Çocuklarda beklenen kilo alımının olmaması.)

(4) Yaklaşık her gün, uyuyamama ya da aşırı uyuma.

(5) Yaklaşık her gün, psikomotor ajitasyon ya da retardasyon.

(6) Yaklaşık her gün, yorgunluk ya da enerji kaybı.

(7) Yaklaşık her gün, değersizlik, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duyguları (sanrısal olabilir)(sadece hastalığından dolayı kendini kınama ya da suçluluk duyma değil).

(8) Yaklaşık her gün, odaklanmada azalma ya da kararsızlık.

(9) Tekrarlayan ölüm düşünceleri, eylem planı olmaksızın yineleyen intihar etme düşünceleri, intihar girişimi ya da intihar etmek üzere özgül bir eylem planı olması.

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

C. Bu belirtiler bir madde kullanımının ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir (50).

2.2. ŞİZOFRENİ

2.2.1. Tanım

Şizofreni, kelime olarak zihin bölünmesi anlamına gelmektedir (70). Çocukluk, ergenlik veya genç erişkinlik döneminde ortaya çıkan, etkilenen bireyler için dramatik sonuçlara, önemli ölçüde ailevi ve sosyal zorluklara neden olan bir psikiyatrik bozukluktur (11). Halüsinasyonlar ya da hezeyanlardan oluşan pozitif psikotik semptomlar; apati, geri çekilme, özbakımda azalma gibi negatif semptomlar ve sosyal, mesleki işlevsellikte sorunlara yol açan bilişsel bozuklukla seyreden; kronik ve sıklıkla relapslarla giden bir klinik sendrom olarak tanımlanmaktadır (12). Hastalar okul başarısı, bir işe kabul edilme veya işi sürdürme, sosyal ilişkilere sahip olma, bağımsız yaşama ve hatta kendi basit günlük ihtiyaçlarını karşılama konusunda güçlükler yaşamaktadırlar (71).

2.2.2. Tarihçe

Eski çağ Sankrit yazılarında ve Hipokrat okullarına bağlı Yunan hekimlerinin yazılarında şizofreni benzeri belirtilere sahip hastalara rastlanmaktadır. Orta Çağ'a gelindiğinde bu hastalar şeytana tutulmuş olarak görülmekteydiler. 18. Yüzyılda ise

içe kapanma, düşünce bozukluğu ile giden bir hastalıktan endojen bir bozukluk olarak bahsedilmiştir. 1860 yılında Moral, demencia precoce yani erken bunamayı, 1871'de Hecker hebefreniyi, 1874'de Kahlbaum katatoniyi tanımlamıştır. Kraepelin ise 1896'da paranoid ve basit tipleri tanımlayarak hepsini dementia praecox olarak adlandırmıştır; erken başlangıç ve bunamanın gerekliliğinden bahsetmiştir. 1911'de Bleuer, bu gerekliliklerin şart olmadığını göstererek; ruhsal hayattaki yarılmayı (schisme) esas alarak zihin bölünmesi ya da yarılması anlamına gelen shizophrenia terimini önermiştir (13). Bleuler, şizofreniye özgü dört belirtinin temel belirti olduğunu belirtmiştir. Bunlar 4A belirtisi olarak bilinen; autism (otizm), assosiasyon bozukluğu (düşünce akışı bozuklukları), affekt bozukluğu ve ambivalanstır. 1930'lu yıllarda Schneider, şizofreni için patognomik olarak kabul edilen birincil sıra belirtileri tanımlanmıştır ve bu belirtilere öncelik vermiştir. Bunlar; düşünce çekilmesi, düşünce yayılması, düşünce okunması, yorum yapan, tartışan, emir veren işitsel varsanılar, somatik varsanılar, duygu ve davranışların başkalarının etkisi altında olduğu şeklinde sanrılardır (72).

Şizofreni, Amerikan Psikiyatri Birliği (American Psychiatric Association; APA) tarafından 1952'de yayınlanan DSM-I sınıflama sisteminde şizofrenik reaksiyonlar olarak tanınmasına rağmen, 1968'de DSM-II sınıflama sisteminde reaksiyon yerine şizofrenik bozukluklar olarak tanımlanmıştır. İçleme ve dışlama ölçütlerinin yer aldığı tanılama ise 1980'de DSM-III'te yer almaktadır (73). Schneider tarafından tanımlanan belirtiler DSM III ve DSM IV'te şizofreni tanı kriterlerine zemin hazırlamıştır. Şizofreninin şu anki tanımlarına bakıldığında Kreapelin'in vurguladığı kronisite, Bleuler'in tanımladığı negatif belirtiler ve Schneider'in tanımladığı pozitif belirtiler yıllar içinde değişime uğramış ve bugünkü tanımlamalarımızın temelini oluşturmuştur. DSM III 'te Kreapelin'in vurguladığı kronisite ve Schneider'in tanımladığı pozitif belirtiler ağırlıklı olarak ele alınmış, şizofreninin en dar tanı kriterleri oluşturulmuştur. DSM III'ten DSM IV'e şizofreni tanı kriterlerinde ılımlı bir genişleme olmuş; Bleuler'in tanımladığı negatif belirtilere yer verilmiştir. 2013'te ise DSM-5 ile birlikte son halini almıştır (74). DSM-5 ile birlikte önemli değişikliğe gidilmiş, Schneiderian belirtilere tanınan ayrıcalığa son verilmiş ve alt tipler kaldırılmıştır (75).

2.2.3. Epidemiyoloji

Nüfusun yaklaşık %1'i şizofreni tanısı almaktadır. Şizofreni tanısı daha çok 16 ile 30 yaşları arasında konulmaktadır ve çoğunlukla hastanın yaşamı boyunca devam etmektedir (12). 10 yıllık bir izlem çalışmasında şizofreni tanılı hastaların %93,5'inin tanısının şizofreni olarak devam ettiği gözlemlenmiştir (76). Şizofreni tanısı olan 1010 hasta ile yapılan kesitsel bir araştırmada ise, hastaların %44,8'inin remisyonda olduğu, sadece %10,2'sinin yeterli sosyal ve/veya mesleki işlevsellik gösterdiği bulunmuştur (77).

Geçmişte kadın ve erkekler arasındaki sıklığın ve yaygınlığın benzer oranlarda görüldüğü düşünülürken son yıllarda şizofreninin erkeklerde görülme oranının kadınlardan daha fazla olduğu ve bu oranın 1,4 olduğu bildirilmiştir. Kadınlara erkeklere göre daha geç yaşlarda tanı konulmaktadır (78). Şizofreni başlangıcının zirve yaptığı dönem erkeklerde 15-25 yaş arasında, kadınlarda ise 25-35 yaşları arasındadır. Ayrıca kadınlarda 40-45 yaşları aralığında menapoz öncesi ikinci bir pik dönemi olduğu bildirilmiştir (79). Erkeklerde kadınlara göre daha kötü gidiş göstermekle birlikte beyinin yapısal anormallikleri de erkeklerde daha fazla görülmektedir (80). Östrojenin antidopaminerjik etkisinin cinsiyet arasındaki farklılıkların nedeni olabilceği düşünülmektedir (81). 18 yaş öncesi başlayan şizofrenilere erken başlangıçlı, 13 yaşından önce başlayan şizofrenilere ise çok erken başlangıçlı şizofreni denilmektedir (80).

Şizofreni tanılı hastaların evlilik oranı toplum ortalamasının altında kalmaktadır. Yanlız yaşamak şizofreniye yatkınlığı arttırmakla birlikte şizofreninin kendisi bu kişilerin evlenmekte zorluk çekmelerine ve daha sık boşanmalarına neden olmaktadır (82). Evli olmayan bireylerin erkek olma ve yüksek düzeyde psikiyatrik semptomlar gösterme oranlarının yüksek olduğu görülmüştür. Ayrıca bu bireylerin daha düşük remisyon oranına, daha düşük mesleki işlevselliğe, daha az aile üyesine ve daha düşük aile ekonomisine sahip oldukları gösterilmiştir (83).

Hastanın kadın cinsiyete sahip olması, şizofreni başlangıcının ani olması, ileri yaşta başlaması, ailede duygudurum bozukluğu öyküsü olması, premorbid toplumsal uyumun iyi olması, evli olma, kırsal kesimde yaşama, yüksek zeka düzeyi, sanrı ve varsanıların baskın olması, az sayıda ve kısa süreli alevli dönem olması, tedaviye

erken başlanması ve düzenli tedavi alması, ek tanı olmaması, ailelerin iş birlikçi olması şizofreni için olumlu gidişin; hastanın erkek cinsiyete sahip olması, şizofreni başlangıcının sinsi olması, erken yaşta ortaya çıkması, ailede şizofreni öyküsü olması, premorbid şizoid ya da şizotipal kişilik özellikleri olması, bekâr olma, şehir merkezinde yaşamak, zeka düzeyinin düşük olması, negatif belirtilerin ağırlıklı olması, çok sayıda ve uzun süreli hastaneye yatışı olması, dezorganize belirtiler olması, düzenli tedavi almaması, ek tanıların bulunması ve ailede duygu dışavurumunun yüksek olması şizofreni için olumsuz gidişin göstergeleridir (84).

2.2.4. Etiyoloji

Şizofreni etyolojisine dair görüşlerimiz, 20. yüzyılda bu bozukluğa dair var olan görüşlerden çok farklıdır. Artık şizofreninin etiyolojisinin çok faktörlü olduğunu ve genetik yatkınlık ile çevresel faktörlerin arasındaki bir etkileşimden kaynaklandığını bilmekteyiz. Çevresel risk faktörleri ile daha sonraki dönemde psikozun başlangıcı arasında nedensel bir ilişki olduğunu epidemiyolojik çalışmalar tutarlı bir şekilde göstermiştir (85).

Psikozun ortaya çıkışını arttıran faktörler, birçok genetik risk varyantının birleşmesi ve olumsuz çevresel faktörlere maruz kalmaktır (86). Stres-yatkınlık modeline göre, yaşamın erken dönemlerindeki genetik ve erken çevresel (örneğin perinatal) etkilerle belirlenen psikobiyolojik bir kırılganlık şizofreniye neden olmaktadır. Başlangıçta bu zayıflık sağlandıktan sonra, biyolojik ve psikososyal faktörlerin dinamik etkileşimi ile şizofreninin başlangıcı ve seyri belirlenmektedir (12).

Hamilelik ve doğum komplikasyonları, çocukluk çağı travması, göç, sosyal izolasyon, kentsellik ve madde bağımlılığı gibi çevresel risk faktörleri, tek başına ve kombinasyon halinde, bireyde bu bozukluğun ortaya çıkma olasılığını etkilemektedir (85). Gebelik, anormal fetal büyüme ve doğum komplikasyonları, şizofreni riskinin artmasıyla ilişkilendirilmiştir. Annenin antenatal randevulara gelmemesi, 37 hafta veya altındaki gebelik yaşı, preeklampsi, erken doğum tehdidi, prenatal dönemde görülen rubella, influenza ve toksoplazma enfeksiyonları, doğum sırasında kanama,

bebeğin manuel ekstraksiyonu, doğum ya da lohusalıkta maternal sepsis olması şizofreni açısından riskli bulunmuştur (87,88).

İleri baba yaşı, özellikle baba yaşının 55 yaş ve üstü olması, kış aylarında doğmuş olma şizofreni riskini arttırabilmektedir (81,89). Kanıtlar, kannabis kullanımının hem psikozun ortaya çıkmasında hem de prognozunda etkili olduğunu göstermektedir (90). Esrar kullanımı ile psikotik sonuçlar arasında pozitif bir doz-yanıt ilişkisi de bulunmaktadır (91). Yaşam olayları ile psikoz arasındaki ilişki incelendiğinde ise, psikozun başlangıcından önceki 3 ay ile 3,6 yıl arasındaki dönemde, üç kat artmış yaşam olayı bildirilmiştir (92).

Evlat edinme ve ikiz çalışmalarından elde edilen sonuçlar, psikozun ailevi kümelenmesinin büyük ölçüde genetik faktörlere bağlı olduğunu göstermektedir (86). Şizofreni hastalarının birinci derece akrabalarında şizofreni riski %10'dur. Dizigotik ikizler için bu oran yaklaşık %10 ve monozigotik ikizler için ise %40-50'dir (81). Yakın akrabalık ve hasta olan akraba sayısındaki fazlalık şizofreni riskini artırmakta olup risk, normal nüfustan 7-10 kat daha yüksektir. Araştırmalara göre anne babadan biri hasta ise çocuklarda şizofreni gelişme riski %12,5–13,8 arasındadır. Hem anne hem baba hasta ise bu risk %35–46 arasındadır. Anne baba sağlam, fakat çocuklardan biri hasta ise, kardeşlerde şizofreni riski %6,7–8,2'dir. Bu sonuçlar kalıtım ve aile ortamının şizofreni riskinde büyük rol oynadığını göstermektedir (13). Bu nedenle birinci derece akrabada şizofreni tanısının olması, en önemli risk etkeni olarak görülmektedir (93).

Şizofrenide genetik, perinatal, nöroanatomik, nörokimyasal ve diğer birçok biyolojik anormallikler görülmektedir ancak hiçbir biyolojik değişiklik patognomonik değildir (12,81). Bu anormallikler arasında lateral ventriküler genişleme, lokalize olmayan bilateral gri cevher azalmaları, beyaz cevher bütünlüğünün azalması, bölgesel hacim değişiklikleri (frontal, temporal, hipokampus ve diğer limbik bölgeler) yer almaktadır (94). Nörogelişimsel kanıtlar, şizofrenideki bu yapısal değişikliklerin muhtemel anormal erken beyin gelişiminden kaynaklandığını göstermektedir. Bu erken dönem yapısal beyin değişikliklerden yıllar sonra psikozun ortaya çıkması, şizofreninin nörogelişimsel bir bozukluk olduğu hipotezine yol açmıştır (95). Ayrıca şizofreninin seyri sırasında nöron

fonksiyonlarında ilerleyici kaybın olması, nörodejeneratif bir sürecin var olduğunu düşündürmüştür (96).

Şizofreninin nörotransmitterlerle olan ilişkisine bakıldığında; şizofrenideki pozitif belirtilerden mezolimbik yolaktaki dopaminerjik aktivite artışının, negatif belirtilerden ve bilişsel bozulmadan mezokortikal yolakta dopaminerjik aktivitenin azalmasının sorumlu olduğu görülmektedir. Bununla birlikte glutamat, GABA, seratonin ve noradrenalin gibi diğer nörotransmiterlerin de şizofreni etiyolojisinde rol aldığı düşünülmektedir (97). Özellikle noradrenalinin şizofreni hastalarındaki bilişsel bozukluklarda rol oynayabileceği öne sürülmüştür (98).

2.2.5. Komorbidite

Şizofreni tanısına sahip bireylerde psikiyatrik komorbiditeler sıklıkla görülmektedir. Anksiyete ve depresif belirtiler bozukluğun seyri boyunca çok yaygındır. Komorbid depresyon hastaların %50'sinde, komorbid madde kötüye kullanımı ise hastaların %47'sinde bulunmaktadır. Panik bozukluğu %15, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) %29 ve OKB %23 oranlarında eşlik etmektedir (99).

Şizofreni yüksek oranda morbidite ile ilişkili bir ruhsal bozukluktur. En önemli ölüm nedeni özkıyımdır. Hastaların %10'u özkıyım sonucunda ölmektedir (13). Ayrıca şizofreni hastalarında diabetes mellitus, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, kalp yetmezliği gibi tıbbi hastalıkların genel popülasyona oranla daha yüksek oranda saptandığı ve ölüm riskini arttırdıkları gözlenmiştir. Aralarında en sık ölüm nedeni kardiyovasküler hastalıklar olarak bildirilmiştir (100).

2.2.6. Şizofreni Tanı Kriterleri

A. Aşağıdaki belirtilerin en az ikisi bir aylık (ya da başarıyla tedavi edilmişse daha kısa) sürenin önemli bir kesiminde bulunur. Bunlardan en az birinin 1, 2 ya da 3 olması gerekir.

1) Sanrılar.

2) Varsanılar.

3) Darmadağın konuşma (örn. sık sık konudan sapma gösterme ya da anlaşılmaz konuşma).

4) İleri derecede dağınık davranış ya da katatoni davranışı.

5) Silik (negatif) belirtiler (duygusal katılımda azalma ya da kalkışamama).

B. Bu bozukluğun başlangıcından beri geçen zamanın önemli bir kesiminde iş, kişilerarası ilişkiler ya da kendine bakım gibi, bir ya da birden çok başlıca alanda işlevsellik düzeyi, bu bozukluğun başlangıcında önce erişilen düzeyin belirgin olarak altındadır. (Çocukluk ya da ergenlikte başlamışsa, kişilerarası, okulda ya da işle ilgili işlevsellik, erişilmesi beklenen düzeye erişemez).

C. Bu bozukluğun süregiden bulguları en az altı ay sürer. Bu altı aylık evre, A tanı ölçütünü karşılayan, en az 1 aylık (ya da başarıyla tedavi edilmişse daha kısa süreli) süre içinde belirtileri (açık evre belirtilerini) kapsamalıdır ve ön (prodromal) ve artakalan (rezidüel) belirti evrelerini kapsayabilir. Bu bozukluk, ön ya da artakalan evreler sırasında, yalnızca silik (negatif) belirtilerle ya da A tanı ölçütünde sıralanan iki ya da daha çok belirtinin eşikaltı biçimleriyle (örn. yadırganacak denli olağana aykırı inançlar, olağandışı algısal yaşantılar) kendini gösterebilir.

D. Şizoduygulanımsal (şizoaffektif bozukluk) ya da psikoz özellikleri gösteren depresyon bozukluğu ya da iki uçlu (bipolar) bozukluk dışlanır, çünkü ya açık evre belirtileriyle eşzamanlı olarak yeğin (majör) depresyon ya da mani dönemleri ortaya çıkmamıştır ya da açık evre belirtilerinin olduğu sırada duygudurum dönemleri ortaya çıkmışsa bile, bunlar hastalığın açık ve artakalan dönemlerinin toplam süresinin az bir kesiminde bulunmuştur.

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

F. Otizm açılımı kapsamında bir bozukluk ya da çocuklukta başlayan bir iletişim bozukluğu öyküsü varsa, şizofreni tanısı konabilmesi için gerekli diğer belirtilerin yanı sıra belirgin sanrılar ya da varsanılar da en az bir aylık (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa) bir süreyle varsa, ayrıca şizofreni tanısı da konur (50).

2.3. EBEVEYN PSİKOPATOLOJİSİ VE ÇOCUK

2.3.1. Ebeveyn Tutumları ve Çocuk

2.3.1.1. Ebeveyn Tutumlarının Sınıflandırılması

Anne ve babaların çocuklarını yetiştirme biçimleri ve çocuklarına karşı sergilediği davranışlar ebeveynlik tutumlarını şekillendirmektedir. Bu tutumlar ebeveynlerin çocuk yetiştirme hedeflerine, çocuklarının ihtiyaçlarına ve davranışlarına bağlı olarak değişmektedir ve çocukların gelişimi üzerinde olumlu ya da olumsuz etkileri olmaktadır. Bu durum, ebeveynlerin çocuk yetiştirme tutumlarını araştıran pek çok çalışma yapılmasına neden olmuştur (19,101).

Öncelikle Baumrind demokratik/dengeli (yetkin), otoriter (yetkeci) ve izin verici olmak üzere üç temel ebeveyn tutumundan bahsetmiştir ve bu tutumların çocuklar üzerinde farklı gelişimsel sonuçlarla ilişkili olduğunu ileri sürmüştür (102). Baumrind'in yaklaşımını temel alan daha sonraki araştırmacılar ise sıcak ilgi (ya da kabul) ve kontrol (ya da disiplin) olarak adlandırılan iki temel boyutu ele alarak ebeveyn tutumlarını dört temel kategoriye ayırmışlardır. Yüksek sıcak ilgi ve yüksek kontrolden oluşan demokratik/dengeli tutum; düşük sıcak ilgi ve yüksek kontrolden oluşan yetkeci/otoriter tutum; yüksek sıcak ilgi ve düşük kontrolden oluşan izin verici-şımartan tutum; son olarak düşük sıcak ilgi ve düşük kontrolden oluşan ihmalkar tutum olarak sınıflandırılmıştır (21).

Farklı araştırmacıların konuyu ele alması ile birlikte ebeveyn tutumlarında yeni sınıflandırma ve tanımlamalar yapılmıştır. Mevcut çalışmamızda ebeveyn tutumları beş başlık altında gruplandırılarak ele alınacaktır.

2.3.1.1.1. Demokratik (Yetkin) Tutum

Demokratik tutumda, ebeveynler; güven verici, destekleyicidir. Olağan sınırlar içerisinde, hoşgörü içeren davranışlar sergilerler. Bu ailelerde, çocuğun düşüncelerine, duygularına saygı duymakla birlikte çocuğa söz hakkı tanınmaktadır. Çocuk olduğu gibi kabul edilmekte, çocuğa değer verilmekte, yeterli sevgi ve şefkat gösterilmektedir. Çocuğun ihtiyaç ve yetenekleri göz önünde tutulmaktadır (103). Bu tutumda, evde kabul edilen ve edilmeyen davranışların sınırları bellidir. Bu sınırlar

içinde çocuk özgürdür. Bu sayede çocuklar, girişim yeteneğine sahip olur, özgüven kazanır ve kendi kendine karar vermeyi, sorumluluk almayı ve bağımsız olmayı öğrenir (104).

2.3.1.1.2. Otoriter Tutum

Otoriter tutumda, ebeveynler çocuklarının duygu ve düşüncelerine önem vermezler ve aile içindeki ilişkiler genellikle gergindir. Çocuk anne ve babasından çekinir, yanlış yapmaktan korkar (103). Bu tutumda, anne ve baba katı bir disiplin uygular, çocuktan her kurala uyması beklenir. Sürekli denetlenen çocuk, hangi davranışın hangi tepkiye yol açacağı konusunda bir fikre sahip değildir. Böyle bir ortamda yetişen çocuk, dıştan denetimli bir kişilik oluşturur. İçinden geldiği gibi davranmak yerine, olması gerektiği gibi davranmaya çalışır (104).

2.3.1.1.3. İzin Verici Tutum

Bu tutum; gevşek tutum ya da çocuk merkezci aile olarak da adlandırılmaktadır (104). Bu ailelerde anne ve babalar; ebeveynden ziyade arkadaş statüsünü alırlar. Ailede sıcak ilgi ve kabul söz konusudur, ancak çocuğa sınırlama getirme ya da kontrol etme konularına gereken önem verilmez (21). Bu tutum, genellikle orta yaşın üzerinde çocuk sahibi olan ailelerde ya da çocuğun kalabalık yetişkinlerin olduğu ailede tek çocuk olduğu durumlarda sıklıkla görülmektedir. Böyle bir ortamda çocuğun isteklerine kayıtsız şartsız uyulmaktadır, anne ve baba çocuğun egemenliğini kabul etmektedir. Bu tür ailelerde yetişen çocukların, okula başladıklarında kurallara uymakta güçlük çektiği, uyum sağlayamadıkları görülmektedir (104).

2.3.1.1.4. İlgisiz/İhmalkar Tutum

İlgisiz/ihmalkar tutumda; çocuklar aile ortamında yalnız kalmakta, görmezden gelinmektedir (104). Çocukların maddi ve manevi ihtiyaçları karşılanmamaktadır. Ailede yeterli sevgi, ilgi, disiplin, çocukları yönlendirme ve kontrol yoktur. Çocuklar kendi haline bırakılmıştır, davranışları sınırlandırılmamaktadır (103). Anne-baba-çocuk üçgeninde iletişim kopukluğunun olduğu bu ailelerde yetişen çocukların; öğretmenlerine, arkadaşlarına, çevresindeki eşyalara karşı saldırganlık eğilimlerinin arttığı bildirilmiştir (104).

2.3.1.1.5. Aşırı Koruyucu Tutum

Aşırı koruyucu tutumda ebeveynler, çocuklarına aşırı sevgi duymakla birlikte çok kollayıcıdırlar, çocuğun her istediğini yerine getirirler. Çocuğun üzerine aşırı titremekte, çocuklarının yapması gereken şeyleri onların yerine yapmaktadırlar (103). Çocuğun deneyim kazanma fırsatı olmaz ve çocukların kendilerine yetmeleri engellenmiş olur. Çocuk kendisine güven duyamaz, kendi kararlarını veremez (105). Çocuğun kendi benliğini tanıma fırsatının sağlanmaması, bağımlı bir kişilik yapısı geliştirmesine neden olur (104).

2.3.1.2. Ebeveyn Tutumlarının Çocuk Ruh Sağlığına Etkileri

Çocuğun gelişiminde anne ve babanın tutumları önemli bir yere sahiptir ve çocukların duygu ve davranışlarının şekillenmesinde rol oynarlar (103). Yapılan çalışmalar, çocukluk ve ergenlik dönemindeki çeşitli psikopatoloji biçimleri ile çocuğun ebeveyninin davranışına ilişkin bakış açısı ve algıladığı ebeveynlik tutumu arasında bir ilişki olduğunu göstermiştir (106). Yetkin ebeveynlik tutumu hakkında bilgi, eğitim ve etkili uygulamaların erken dönemde sağlanması, çocuğun sosyal uyumu ve başarısı için önemlidir. Çoğu durumda, esnek ve sıcak, demokratik bir ebeveynlik tarzının benimsenmesi, bir çocuğun sosyal, entelektüel, ahlaki ve duygusal gelişimi için en ideal tutumdur (107). Bu doğrultuda ülkemizde yapılan ve 34 çalışmayı inceleyen bir derlemede; ebeveyn tutum ve davranışlarında baskı, disiplin ve aşırı koruyuculuğun olmasının olumsuz; demokratik ve kabul edici tutum ve davranışların olumlu etkileri olduğu gözlemlenmiştir (21). Benzer şekilde, ebeveynlik tutumları alt ölçeklerinde “kabul-ilgi” ve “psikolojik özerklik” stillerinin benlik saygısını olumlu yönde etkiledikleri ortaya konulmuştur (108).

Ebeveynlik tarzlarının çocukların davranışları ve okul başarısı üzerinde doğrudan etkileri olduğunun gösterildiği çalışmalarda, ebeveynlik tarzı ile adaptif davranışlar arasındaki ilişkinin varlığı doğrulanmıştır. Örneğin demokratik ebeveyn tutumu; sosyal ve bilişsel yetiler, psikolojik gelişim, okula uyum, akademik motivasyon ile pozitif ilişki gösterirken uyum sorunları ile negatif ilişkili bulunmuştur (21,109-112). Otoriter tutumla yetişen çocuklar ise düşük özsaygı, yüksek kaygı ve psikolojik uyum sorunları yaşamaktadırlar (21). Otoriter ebeveynliğin saldırganlıkla pozitif; akran kabulü, sosyal yeterlilik ve okuldaki

akademik başarı ile negatif ilişki gösterdiği saptanmıştır. Ayrıca, çocuklardaki yüksek sosyal kaygı, davranış problemleri ile ilişkili bulunmuştur (113-115). Aşırı koruyucu tutum ise çocuğun bağımsız bir kişiliğe sahip olmasını engellemekte, özgüven problemleri ve duygusal problemlere yol açmaktadır. Bu tutumda, çocuğun sosyal gelişimi ve sosyal uyumu olumsuz yönde etkilenmektedir (103).

Ebeveynlik tarzının sıcak ve öngörülebilir olmasının koruyucu etkisiyle bu olumsuz etkiler hafifletilebilirken, eleştiren ve reddeden ebeveynlik çocuklarda daha sonra ortaya çıkan duygudurum bozuklukları ile ilişkilendirilmektedir (116). Yapılan çalışmalarda ebeveynlik tarzlarının çocuklardaki içselleştirme ve dışsallaştırma problemlerini öngördüğü gösterilmiştir. Annenin izin verici tutumu ile babanın otoriter tutumunun çocuklardaki dışsallaştırma problemlerini; ebeveynlerdeki demokratik tutumun ise uyum davranışlarını öngördüğü bildirilmiştir (117).

Depresyon ile ilişkisine bakıldığında; yetersiz ebeveyn bakımı, yüksek ebeveyn kontrolü ve ebeveynin destekleyici olmaması, ileride ortaya çıkacak olan depresyonu yordamaktadır (118). Hem anne hem de baba tarafından sıcak ebeveynlik tutumu bildiren ergenlerin, stresli olaylara tepki olarak depresyon semptomları gösterme ihtimali, her iki ebeveyn tarafından sert disiplin bildiren ergenlere göre daha düşük olarak bulunmuştur (119).

Anksiyete bozuklukları ile ilişkisi incelendiğinde ise otoriter ve kontrol edici ebeveynlik tarzlarının çocukluk ve ergenlikteki anksiyete ile yakından ilişkili olduğu gösterilmiştir. Yapılan bir çalışmada ergenler tarafından algılanan otorite ve ebeveynin yüksek psikolojik baskısının depersonalizasyon ve süreğen anksiyete ile olumlu yönde ilişkili olduğu bulunmuştur. Ergen tarafından algılanan ebeveyn sıcaklığı, ergenlerde aktif başa çıkma becerisi ile pozitif, süreğen kaygı ile negatif korelasyon göstermiştir. Her iki ebeveynin de demokratik ve izin verici tutuma sahip olduğu gruplar, aktif problemlerle başa çıkmada en yüksek puana sahip olduğu bildirilmiştir (106).

Yapılan bir çalışmada annenin ve babanın çocuk yetiştirme tutumlarının çocukların davranışlarına etkisine bakıldığında, babanınkinden ziyade annenin çocuk yetiştirme tutumlarının daha geniş bir yelpazede çocuk davranışlarıyla ilişkili olduğu

saptanmıştır (120). Bir diğer çalışmada ise anne ile kurulan güvenli bağlanma biçimi; demokratik tutum ile pozitif yönde, otoriter ve izin verici tutum ile negatif yönde ilişkili bulunmuştur (121). Ayrıca anne tarafından sergilenen demokratik tutum hem daha yüksek benlik saygısı ve yaşam doyumu, hem de daha düşük depresyon ile; öte yandan reddedici tutumlar ise depresif semptomlarla ilişkili bulunmuştur (122,123). Yapılan bir başka çalışmada, annelerdeki otoriter ebeveynlik tutumlarının çocuklardaki davranış problemlerinin gelişiminde etkili olduğu gösterilmiştir (124). Anne tutumlarının çocuklarının sosyal becerileri ve okula uyumları üzerindeki yordayıcı etkisini ortaya koymayı amaçlayan bir çalışmada otoriter ve izin verici tutumun olumsuz yönde, demokratik tutumun olumlu yönde etkisi olduğu ortaya konulmuştur (125).

2.3.1.3. Psikiyatrik Bozukluğu Olan Ebeveynler ve Çocukları

Aile ortamının çocuk gelişimi üzerindeki önemli etkileri nedeniyle, aile işleyişi özel bir öneme sahiptir. Ebeveynlerin davranışları, çocuktaki mizaç, psikopatoloji ve uyum/ uyumsuz davranışlar üzerinde doğrudan rol oynamaktadır (20). Yapılan çalışmalarda, ruhsal bozukluğa sahip olan ebeveynlerin çocuklarının psikiyatrik ve davranışsal sorunlar geliştirme açısından yüksek risk altında olduğu gösterilmiştir (126). Yüksek riskli çocuklarda strese karşı biyolojik bir duyarlılığın olması, duygusal bozukluklara yatkınlığın temelini oluşturduğundan bu etkilerin önemi artmaktadır (22).

Ebeveynlerin ağır bir ruhsal bozukluğa sahip olması ile bu ebeveynlerin çocuklarında görülen sosyal, duygusal, bilişsel problemler ve çocukluk çağı sorunları arasında ilişki olduğu bildirilmiştir (127). Literatüre baktığımızda ebeveyninde ruhsal bozukluk bulunan çocukların, çocukluk dönemlerini anlatırken o dönemleri zor ve sıkıntılı dönemler olarak ifade ettiklerini gösteren yayınlar bulunmaktadır (128, 129). Ebeveynlerinden birinde ağır bir ruhsal bozukluk olan, 10-18 yaşları arasındaki çocuklarla görüşmelerin yapıldığı bir çalışmada bu çocuklar, deneyimleri hakkında konuşacak birine ihtiyaç duyduklarını ve damgalanma yaşadıklarını bildirmişlerdir (130).

Yüksek risk grubundaki çocuklar, gelişimleri boyunca bir dizi olumlu ve olumsuz çevresel etki yaşarlar. Ruhsal bozukluğa sahip olmalarında ailesel geçişin yanısıra bu çevresel faktörlerin de rol oynadığı vurgulanmaktadır (131). Duygudurum bozukluğu olan ebeveynlerin çocuklarında, genetik etkilerin yanısıra; evlilik sorunları ve ebeveynin sahip olduğu ruhsal bozukluğun kronikliği ve şiddeti gibi aile süreçlerini içeren çevresel etkiler, psikiyatrik bozukluğun gelişimi için belirlenmiş risk faktörleridir (132,133). Duygudurum bozukluğu olan anne/babalarının irritabilite artışı ile ilişkili olarak sözel agresyon göstermeleri sonucunda çocuklarının onlardan kaçındıkları ve çoğunlukla bakımveren rolünü kendilerinin üstlendikleri gösterilmiştir. Bu çocukların, ebeveynlerinin geri çekilme davranışlarını ise psikiyatrik bozukluk belirtileri olarak değil, ebeveynlerini kendileriyle az ilgilendikleri yönünde değerlendikleri bildirilmiştir (134).

Şizofreni ve bipolar bozukluğu olan bireylerin yüksek riskli çocuklarında paylaşılan genetik yatkınlık, ortak mizaç özellikleriyle gelişimin erken dönemlerinde ortaya çıkabilir. BB tanısı olan ebeveynlerin 80 çocuğu, şizofreni tanısı olan ebeveynlerin 34 çocuğu ve kontrol grubu ebeveynlerin 110 çocuğu ile mizaç boyutlarının değerlendirilmesi amacıyla bir çalışma yapılmıştır. BB ve şizofreni tanılı ebeveynlerin çocuklarının olumlu duygudurum boyutunda ve adaptasyon faktöründe, kontrol grubundan anlamlı derecede daha düşük puan aldığı gözlemlenmiştir. Olumlu duygudurum boyutundaki düşük puanlar her iki grupta da artmış uyum bozukluğu riski ile ilişkilendirilmiştir. Ayrıca bu çocuklarda içselleştirme ve dışsallaştırma bozukluklarıyla ilişkili faktörlere bakıldığında; BB olan ebeveyn grubundaki çocukların olumlu duygudurum boyutundaki düşük puanları ile ilişkili olduğu görülmüştür. Şizofreni tanısı olan ebeveyn grubundaki çocukların ise aktivite ve esneklikteki yüksek puanlarının artan içselleştirme ve dışsallaştırma bozukluklarıyla ilişkili olduğu düşünülmüştür. Yaşamın erken dönemlerinde görülen duygu düzenleme ile ilgili zorlukların, yüksek riskli gruplarda paylaşılan bir kırılganlık fenotipini temsil ettiği belirtilmiştir (25).

Ebeveynde görülen ruhsal bozukluğun, çocuklarda geniş bir yelpazede duygusal ve davranışsal problemler görülme riskini arttırdığı gözlemlenmiş ve çocuğun fiziksel sağlığının bozulması ile ilişkilendirilmiştir (135). Yapılan

çalışmalarda, bu çocukların ergenlik döneminde depresyon tanısı aldıkları, psikiyatrik semptomları olduğu, davranışsal ve sosyal alanda sorunlar yaşadıkları görülmüştür (128,129). Çocuklarda görülen ruhsal bozuklukların yaygınlığı ile ebeveynindeki ruhsal bozukluğun hem ciddiyeti, hem de kronikliği arasında pozitif bir ilişki olduğu bildirilmiştir (136,137). Özellikle mevcut ruhsal bozukluğun süreğenlik göstermesi, diğer ebeveynde de psikiyatrik bir bozukluk olması, ebeveynlerin boşanmış olması ve evliliklerinin uyumu çocukta gelişecek olan psikopatolojiyi etkilemektedir (7).

Bir ebeveyne ağır bir ruhsal bozukluk teşhisi konulmuş olması, bu bozukluğu çocuğun yetişkinlikte geliştirmesi için ana risk faktörlerinden biri olarak kabul edilmektedir ve aynı zamanda çocuklarda herhangi bir ruhsal bozukluk gelişme riskini arttırmaktadır (26). Son zamanlarda yapılan bir metanalize göre şiddetli ruhsal bozukluk (şizofreni, bipolar bozukluk, majör depresif bozukluk (MDB)) olan ebeveynlerin çocuklarının psikopatoloji geliştirme riskinin kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu ve bu çocukların %55'inin herhangi bir ruhsal bozukluk tanısı aldığı saptanmıştır. Şizofreni veya BB tanısı olan ebeveynlerin çocuklarında, bu bozuklukların ortaya çıkma olasılığının %32 olduğu ve bu oranın kontrol grubunda gözlemlenen oranın iki katından daha fazla olduğu belirtilmiştir (138).

Ebeveyni BB ya da şizofreni tanılı olan yüksek risk grubunda yapılan bir diğer çalışmada 54 yüksek riskli çocuğun yaklaşık %60'ında, en az bir klinik tanı ve yüksek oranda komorbid bozukluk gözlenmiştir (139). Şizofreni ve bipolar bozukluk tanılı ebeveynlerin çocuklarının akademik başarılarının araştırıldığı bir çalışmada, ebeveynlerde ağır ruhsal bozukluğun bulunmasının, çocukların eğitim başarısı ve ilkokulu bitirebilmeleri ile ters yönde ilişkili olduğu saptanmış ve bu durumun önemi vurgulanmıştır (127). Ebeveynlerinde duygudurum bozukluğu öyküsü olan gençlerin, kontrollere kıyasla fiziksel aktivite, okuma ve sosyal etkileşimler gibi aktif uğraşlarla daha az zaman harcadığı ve ekran kullanma sürelerinin daha fazla olduğu görülmüştür (140). Akran ilişkileri ise, ruhsal bozukluğa sahip olan ebeveynlerin çocuklarında ruh sağlığı sorunları için koruyucu bir faktör olarak vurgulanmıştır (141).

Duygusal değişkenlik ile duygudurum ve psikotik bozuklukların aile öyküsünde bulunması arasındaki ilişkiyi incelemeyi hedefleyen bir çalışmada, MDB tanısı olan ebeveynlerin 137 çocuğu, BB olan ebeveynlerin 68 çocuğu, şizofreni tanısı olan ebeveynlerin 24 çocuğu ve sağlık kontrol grubunun 91 çocuğu olmak üzere 6-17 yaş arası 320 çocuk çalışmaya alınmıştır. Sonuç olarak MDB veya BB tanısı olan ebeveynlerin çocuklarının sağlıklı kontrol grubunun çocuklarına göre önemli ölçüde daha yüksek duygusal değişkenlik puanlarına sahip oldukları saptanmıştır. Ancak şizofreni tanısı olan ebeveynlerin çocukları ile kontrol grubu ebeveynlerinin çocukları arasında önemli ölçüde farklılık saptanmamıştır. Sonuçlar, çocukluk döneminde artmış duygusal değişkenliğin, duygudurum bozuklukları için ailesel riskin bir göstergesi olduğu yönünde değerlendirilmiştir (142).

Son yıllarda yapılan bir başka çalışmada şizofreni tanılı ebeveynlerin 41 çocuğu, BB tanısı olan ebeveynlerin 90 çocuğu ve kontrol grubu ebeveynlerin 107 çocuğu araştırmaya alınmıştır. Psikopatoloji görülme oranları ve komorbidite prevalansı, şizofreni tanılı ebeveynlerin çocukları ve BB olan ebeveynlerin çocuklarında, başlangıçta ve 2 yıllık takipte kontrollerin çocuklarına göre daha yüksek bulunmuştur. Duygudurum bozuklukları, BB tanısı olan ebeveynlerin çocuklarında; yıkıcı davranış bozuklukları şizofreni tanısı olan ebeveynlerin çocuklarında daha yaygın saptanmıştır (26).

MDB, BB, şizofreni tanısı olan ve duygudurum ya da psikotik bozukluk öyküsü olmayan ebeveynler ile 4 ila 24 yaş arasındaki 378 çocuk yapılan bir çalışmada MDB, BB ve şizofreni tanılı hastaların çocuklarında gözlemlenen dikkat sorunları kontrol grubuna göre artmış olarak bulunmuştur. Karşıt olma davranışları ve dil / düşünce sorunları, üç yüksek riskli grupta değişken derecelerde artmış olarak saptanmıştır ve en büyük zorluk BB olan ebeveynlerin çocuklarında gözlenmiştir. Kontrol grubu ile kıyaslandığında, MDB ve BB olan ebeveynlerin çocuklarında anksiyete düzeyi daha yüksek saptanmıştır. Ancak şizofreni tanısı olan ebeveynlerin çocuklarında, kontrol grubuna göre anksiyete düzeyinde artış olduğu gösterilmemiştir. Kontrol grubu ebeveynlerin çocukları ile karşılaştırıldığında, duygudurum ve psikotik bozukluğu olan ebeveynlerin çocuklarının büyük kısmının, en az bir değerlendirme sırasında reçeteli bir ilaç kullandığı belirlenmiştir.Sonuçlar

neticesinde dışsallaştırma sorunları, bilişsel ve dil zorluklarının, duygudurum ve psikotik bozukluklar için ailesel riskin genel bir tezahürünü temsil edebileceği, anksiyetenin ise duygudurum bozuklukları için yatkınlığın spesifik bir göstergesi olabileceği düşünülmüştür (143).

Bu bulgular, çocuklara sağlıklı büyümeleri için mümkün olan en iyi imkanları vermek için ebeveynlerde kalan rezidüel semptomlar dahil olmak üzere duygudurum ve psikotik bozuklukların semptomlarını etkili bir şekilde tedavi etmenin önemini vurgulamaktadır. Bu ebeveynlerin yüksek riskli çocuklarının davranışsal ve duygusal problemler yaşama olasılığının diğer çocuklardan daha yüksek olmasından ötürü; etkili müdahale stratejileriyle bu zorlukları hedeflemek, risk altındaki çocuk ve ergenlerde ruhsal bozukluğun gelişimini önlemeye yardımcı olabilir (143). Yapılan çalışmalarda çocukların yaşadığı güçlükler nedeniyle anneanne, babaanne veya dede gibi aile büyüklerinden ve sosyal çevreden gelen desteğin öneminden de bahsedilmiştir (126).

2.3.2. Bipolar Bozukluk ve Çocuk

2.3.2.1. Bipolar Bozukluk Tanısı Olan Ebeveyne Sahip olmak

BB tanılı hastaların, aile içinde ve arkadaşlarıyla sosyal etkileşimlerinin azaldığı, iş hayatlarında zorluk yaşadıkları, görevlerini sürdürmede otonomilerinin düşük olduğu, boş zaman aktivitelerine karşı ilgisiz oldukları ve bilişsel işlevselliklerinde bozulma olduğu bildirilmektedir (144). BB, özellikle mani ve depresyonun dalgalı aşamaları ile zihinsel ve bilişsel işlevleri bozmakta, ebeveynlik dahil günlük yaşamın tüm aktiviteleri üzerinde önemli bir etkiye sahip olmaktadır (145,146). Ebeveynlik işlevselliğinin bozulmasının yanısıra, bu hastaların aile içindeki problem çözme ve iletişim becerilerini de olumsuz etkiledikleri bildirilmektedir (147).

Bipolar bozukluğun semptomlarından dolayı aile içindeki dinamikler olumsuz etkilemekte ve uyum sorunları meydana gelmektedir (134). Bu da BB tanılı aile üyelerinin ruhsal bozuklukla ilgili davranışlarının diğer aile üyeleri için psikolojik sonuçlara yol açmasına neden olmaktadır (148). Aile Ortamını Değerlendirme Ölçeği (Family Enviroment Scale) kullanılarak yapılan bir çalışmada

BB tanılı ebeveyne sahip ailelerin, daha az uyum ve işbirliği, daha fazla çatışmaya sahip olmaları açısından ortalama bir aileden farklı oldukları görülmüştür (149). Bu tür ailelerde bozulmuş ebeveyn bağının bir etkisi olduğu da bildirilmektedir (150).

Ebeveynlerdeki bipolar bozukluk, çocuklar üzerinde farklı etkilere sahip olabilir. Mevcut ruhsal bozukluğun özelliklerinden dolayı belirli bir ebeveynlik tarzı göstermeleri çocuklarda çeşitli psikiyatrik bozuklukların görülmesine neden olmaktadır (151). Özellikle iyi ebeveyn olmadıkları duygusu, sınır koymada yaşanan zorluklar, tahammülsüzlük ve alınganlıklar, ebeveyn ile çocuğun ilişkisini olumsuz yönde etkilemektedir (8). BB tanılı ebeveynlerle yapılan bir çalışmada yapılan görüşmelerin neticesinde, ebeveynlik becerileri olarak kendilerini yetersiz hissettiklerini söyledikleri görülmüştür. Bu ebeveynler, öz denetleme yetileri diğer ebeveynler kadar gelişmedikçe iyi bir ebeveyn olmalarının zor olduğunu söylemişlerdir. Ayrıca toplumsal beklentilerle ilgili yaşadıkları sıkıntılı durumları yöneterek kendilerini iyi ebeveynler olarak inşa etmenin önemli bir süreç olduğundan bahsetmişlerdir (152).

Bu ailelerle yapılan bir başka çalışmada bulunan düşük aile bağlılığı, çocuklarda önceden var olan duygudurum bozuklukları ve daha yüksek oranda görülen içselleştirme ve dışsallaştırma sorunları ile ilişkilendirilmiştir (153). Bu çocuklar, ebeveynlerinin yineleyen atak dönemleri ve bunun dışında kalan zamanlarda da sahip oldukları rezidüel belirtilerle bozulan psikososyal işlevsellikleri nedeni ile diğer çocuklardan ayrılmaktadırlar (8). Çünkü BB tanılı bir ebeveyn tarafından yetiştirilen çocuklar, yalnızca genetik risk faktörlerini miras almakla kalmaz, aynı zamanda ağır psikiyatrik bozukluğu olan bir ebeveyne sahip olmanın getirdiği çevresel stres faktörlerine de maruz kalırlar ve bu, psikiyatrik bozukluk gelişimine sebep vermektedir (154). Çünkü ebeveynde bipolar bozukluk olması, sadece genetik aktarımla değil mevcut çevresel ve sosyal etmenlerle çocukta psikopatoloji oluşmasına zemin oluşturmaktadır (7).

Bipolar bozukluk, belli bir düzen olmaksızın tekrarlaması ve bireylerin psikososyal işlevselliği ve kişilerarası ilişkilerinin olumsuz etkilenmesi nedeniyle, ebeveyninde BB olan çocukları psikolojik olarak etkileyebilmektedir (155). Bir çalışmada BB tanılı ebeveynlerdeki düşük ebeveyn sıcaklığı ve bağının, ruhsal

patolojilerin ortaya çıkışında kalıtsal aktarıma ek olarak bağımsız bir risk faktörü olduğu ve çocuklardaki içselleştirme, dışsallaştırma sorunları ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Bu nedenle ebeveyn-çocuk ilişkisinin, bu tür ailelerde önleme stratejileri açısından potansiyel bir hedef olması gerektiği sonucuna varılmıştır (9).

Sağlıklı kontrollere kıyasla BB tanısı olan ebeveynlerin farklı ebeveynlik tarzlarını ve bunun psikiyatrik bozukluklarla ilişkisini değerlendirmeyi amaçlayan bir çalışmaya 250'si BB tanılı, 250'si sağlıklı kontrol grubu olarak seçilen 6-17 yaş arası çocuğu olan 500 ebeveyn dahil edilmiştir. Ebeveynlik tutumlarından demokratik ebeveyn tutumu çocuklarda psikoz görülme sıklığında azalmaya; izin verici ebeveyn tutumu KOKGB görülme olasılığında 0,320 kat azalmaya, otoriter ebeveyn tutumu sigara / tütün kullanma olasılığında 1,129 kat artışa neden olmuştur. Kontrol grubundaki ebeveynlerle kıyaslandığında, BB tanısı olan ebeveynlerde ihmal ve otoriter olmak üzere iki boyutta ebeveynlik stilinin kontrol grubuna göre daha sık olduğu saptanmıştır (151).

Bipolar bozukluk veya şizofreni tanısına sahip olan hastalar ile kontrol grubu bireylerindeki ebeveyn bağlarını karşılaştıran bir başka çalışmada, BB hastaları, diğer iki gruba kıyasla, çocukluk ve erken ergenlik döneminde anlamlı ölçüde daha yüksek aşırı koruyucu ebeveyn tutumu bildirirken ve kontrol grubuna göre daha düşük ebeveyn bakımı puanlarına sahip oldukları görülmüştür (156).

Ülkemizde BB tanılı ebeveynler ile hiçbir psikiyatrik bozukluğa sahip olmayan ebeveynlerin çocuklarının psikopatolojilerinin araştırıldığı bir çalışmada, araştırma grubundaki çocukların algıladığı anne baba tutumu ile psikopatoloji varlığı arasında ilişki bulunmuştur. Çocukların anne babalarının tutumlarını algılayışları arasındaki farklılıkları değerlendirmek amacıyla Anne Baba Tutum Ölçeği-ABTÖ (Parenting Style Inventory, PSI) kullanılmıştır. Araştırma ve kontrol grubundaki çocukların hem kabul/ilgi hem de psikolojik özerklik alt ölçüm puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmıştır (157).

Ebeveyn-çocuk ilişkileri, BB için genetik yatkınlığın etkisine karşı koruma sağlayabilmektedir (158). Özellikle, aile iletişimi konusunda verilen eğitimle birlikte sağlanan problem çözme ve davranışsal ebeveynlik stratejilerinin, yüksek riskli

çocukların semptomlarında olumlu etkileri olduğu gösterilmiştir (159). Mevcut bulgular, ebeveyn-çocuk etkileşimlerini hedefleyen davranışsal ebeveynlik stratejilerinin sıcaklık, empati ve katılımı teşvik etmesinin önemini göstermektedir. Ebeveyn-çocuk ilişkisinin kalitesinin, sistemik aile işleyişinin üzerinde ve ötesinde, çocuk psikopatolojisini etkilemede BB'nin ailesel riskinden bağımsız olarak anahtar faktör olabileceğini göstermektedir. Bu nedenle, ebeveyn-çocuk ilişkilerini BB tanılı ebeveyni olan aileler için mevcut müdahalelerde ayrı hedefler olarak vurgulamak faydalı olabilir (9).

2.3.2.2. Bipolar Bozukluk Tanısı Olan Ebeveynlerin Çocuklarında Psikopatoloji

BB tanılı ebeveynlerin çocukları; çocukluk, ergenlik ve yetişkinlikte ruhsal bozukluklar geliştirmeleri açısından çok yüksek risk altındadır (6). Bu riskin yüksek olması, biyolojik yatkınlığın ve çevresel etkilerin birlikteliğinden kaynaklanmaktadır (160). Yazın incelendiğinde konuyla ilgili yapılan pek çok çalışma olduğu ve çalışmaların neticesinde elde edilen benzer bulguların bu önermeleri desteklediği gözlemlenmiştir.

BB tanısı olan ebeveynlerin çocuklarının aile ortamı, sahip oldukları yüksek risk durumu ve psikopatoloji (içselleştirme ve dışsallaştırma sorunları) geliştirmeleri arasındaki ilişkiyi hem çocuklar, hem de ebeveynlerin bakış açısından incelemeyi hedefleyen bir çalışmada; 12-21 yaşları arasındaki yüksek riskli 90 çocuk ve kontrol grubu ebeveynlerin 56 çocuğu değerlendirilmiştir. Vaka grubundaki hem yüksek riskli çocuklar, hem de ebeveynleri kontrollere göre daha yüksek düzeyde içselleştirme ve dışsallaştırma sorunları bildirmişlerdir. Çocuk bildirimlerine göre yüksek risk durumu, anne ve babanın bakımvericiliğinde azalma ve düşük ebeveyn bağları ile ilişkilendirilmekle birlikte, bu durum bağımsız olarak içselleştirme problemleriyle, annedeki bakımvericiliğin azalması ise dışsallaştırma sorunlarının gelişimi ile ilişkilendirilmiştir (9).

Ebeveynlerde BB tanısının olması, çocuklarda duygusal değişkenliğin artmasıyla ilişkilendirilmektedir (142). BB tanılı ebeveynlerin 25 çocuğu (13-19 yaş) ile benzer yaş ve cinsiyete sahip sağlıklı kontrol grubunun 22 çocuğunun

karşılaştırıldığı bir çalışmada; BB tanılı ebeveynlerin çocuklarının %56'sında duygudurum semptomları saptanmıştır ve duygulanım kontrolünü sağlamak için uyuma yönelik olmayan tutumları olmakla birlikte benlik saygılarının daha değişken olduğunu bildirmişlerdir. Kontrol grubundaki ebeveynlerin çocuklarının ise sadece % 9'u yalnızca duygudurum semptomları bildirmiştir (161).

Benzer şekilde, bu çocukların sosyal ve duygusal sorunlarının, BB'ye sahip ebeveynlerinin kişilerarası sorunlarına benzediği düşünülmüştür (162). BB tanılı ebeveyne sahip 12-18 ay aralığındaki çocuklar ile ebeveynlerinde herhangi bir psikopatoloji bulunmayan çocukların karşılaştırıldığı bir çalışmada; BB tanılı ebeveynlerin çocuklarının kişilerarası etkileşimlerde daha fazla olumsuz tepki gösterdiklerini ve bu çocukların kendilerini yatıştırma becerilerinin daha düşük olduğunu gözlemlemişlerdir (163). Bipolar I bozukluk tanılı ebeveyni olan 31 çocuk ve psikiyatrik tanısı olmayan ebeveyne sahip 21 çocukta mizaç ve psikopatolojinin değerlendirildiği bir başka çalışmada, bu çocukların kontrol grubuna göre dış uyaranlarla dikkatlerinin kolayca dağıldığı, daha hareketli ve daha enerjik bir yapıya sahip oldukları belirlenmiştir (164). Bu bulgularla uyumlu olarak, BB tanılı ebeveynlerin okul öncesi çocuklarında yapılan bir çalışmada, DEHB ve KOKGB olan çocuklar örneklemden çıkarıldıktan sonra bile dışsallaştırma sorunları, uyku sorunları ve saldırganlık alt ölçekleri puanlarının kontrol çocuklarına göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulunmuştur (165).

Bipolar I ve II bozukluğu olan ebeveynlerin okul öncesi çocuklarında DSM-IV psikiyatrik bozuklukların yaşam boyu yaygınlığının araştırıldığı bir çalışmada; 83 ebeveynin 2-5 yaş arası toplam 121 çocuğu ve demografik olarak eşleştirilmiş kontrol grubu olan 65 ebeveynin (29'u bipolar olmayan psikiyatrik bozukluğu olan ve 36'sı yaşam boyu psikopatolojisi olmayan) 102 çocuğu çalışmaya alınmıştır. BB tanılı ebeveynlerin özellikle 4 yaş üstü çocuklarının, DEHB yaşam boyu prevelansının sekiz kat daha fazla olduğu, kontrol grubu ebeveynlerin çocukları ile karşılaştırıldığında anlamlı olarak daha yüksek oranda iki veya daha fazla psikiyatrik bozukluğa sahip oldukları ve eşikaltı manik ve depresif semptomların kontrollerden fazla olduğu saptanmıştır (166).

BB tanılı ebeveynlerin çocuklarının 12 yıllık takiplerinde yaşam boyu psikopatoloji oranı %72, duygudurum bozuklukları oranı %54 ve bipolar bozukluk oranı %13 olarak saptanmıştır (167), BB tanılı ebeveynlerin çocuklarının 10 yıl takip edildiği bir başka izlem çalışmasında ise %62,8'inin duygudurum bozukluğu, %43,5'inin anksiyete bozukluğu ve %31'inin davranım bozukluğu tanısı aldığı tespit edilmiştir (168). Benzer şekilde, BB tanılı ebeveynlerin 140 çocuğu ile 5 yıllık bir takip çalışması yürütülmüş ve yaşam boyu psikopatoloji oranı başlangıçta %44 iken takiplerde %59'a yükseldiği bulunmuştur (169).

BB'ye sahip en az bir ebeveyni olan 36 aileden 56 çocukla (6-18 yaş) yapılan bir çalışmada örneklemdeki çocukların %54'ünün eksen I bozukluğuna sahip olduğu gösterilmiştir (149). BB tanılı ebeveyne sahip 12-21 yaş arası 140 ergenin katıldığı bir çalışmada ise 61'ine (% 44) yaşam boyu en az bir DSM-IV tanısı konulmuştur (170). Yapılan bir başka çalışmada da BB'li ebeveynlerin çocuklarının yaklaşık yarısında ruhsal bozukluklar bildirilmiştir (171).

Yapılan çalışmalardaki veriler ebeveyninde BB bulunan çocukların duygudurum ve diğer bozukluklar (örneğin yıkıcı, anksiyete) tanısı alma riskinin arttığını göstermektedir (7, 172). En az bir ebeveyni bipolar I bozukluğu olan 37 çocuk ve herhangi bir DSM-IV eksen I psikopatolojisine sahip olmayan ebeveynleri olan 29 çocukta psikopatoloji sıklığının araştırıldığı bir çalışma yapılmıştır. Sağlıklı ebeveynlerin 29 çocuğunun 7'sine (% 24) kıyasla 37 yüksek riskli çocuğun 29'una (% 78) en az bir DSM-IV eksen I tanısı konulmuştur. Eksen I tanılarından kontrol grubuna kıyasla anksiyete bozuklukları ve DEHB sıklığının daha yüksek oranlarda saptandığı göze çarpmaktadır (173).

Bir başka çalışmada BB tanısı konmuş ebeveynlerin 117 çocuğu ile eşleştirilmiş sağlıklı kontrol grubunun 171 çocuğu karşılaştırılmıştır. Yüksek riskli gençlerde yüksek oranda MDB, BB, anksiyete bozukluğu ve yıkıcı davranış bozuklukları gözlenmiştir. Yüksek riskli çocuklar ayrıca önemli ölçüde daha fazla bozulmuş işlevsellik puanlarına, daha yüksek psikiyatrik tedavi oranlarına sahip bulunmuştur. Bu çocuklarda yıkıcı davranış bozuklukları, ayrılık anksiyetesi bozukluğu (AAB), yaygın anksiyete bozukluğu (YAB), sosyal fobi ve depresyon erken veya orta çocukluk döneminde başlama eğilimindeyken, bipolar bozukluk,

obsesif kompulsif bozukluk, panik bozukluğu ve madde kullanım bozukluğu en sık ergenlik döneminde başladığı saptanmıştır (174).

Bir diğer çalışmada ise 250'si Bipolar Bozukluk tanılı, 250'si sağlıklı kontrol grubu olarak seçilen 6-17 yaş arası çocuğu olan 500 ebeveyn değerlendirilmiştir. Depresyon, mani, DEHB ve TSSB tanılarında iki çocuk grubu arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur. Vaka grubunda, çocukların % 48,4'ünün 1 ya da 2, %21,2'sinin 3 veya daha fazla psikiyatrik tanısı olduğu gözlemlenmiştir. Kontrol grubunda ise 1 ya da 2 psikiyatrik bozukluğa sahip olan çocuklar %32,8 ve 3 veya daha fazla ruhsal bozukluk tanısı alanlar ise %13,2 oranlarında saptanmıştır (151).

En az bir ebeveyni bipolar I bozukluk tanılı, 6-17 yaş arası 35 çocuk ve ergenden oluşan bir çalışmada çocukların % 71,4'ünde yaşam boyu en az bir psikiyatrik bozukluk tanısı olduğu görülmüştür. Çocukların %28,6'sında duygudurum bozukluğu, %40'ında yıkıcı davranış bozukluğu ve %20'sinde anksiyete bozukluğu saptanmıştır. Eş hastalanım olmaksızın görülen duygudurum bozuklukları (% 11,4), DEHB'ye (% 17,1) eşlik eden duygudurum bozukluklarından daha az görülmüştür (175).

Son yıllarda yapılan bir çalışmada BB tanılı ebeveynlerin 43 çocuğu ile eşleştirilmiş saglıklı kontrol grubu ebeveynlerin 43 çocuğu psikopatoloji açısından karşılaştırılmıştır. Vaka grubundaki çocukların 37'sinin (%86), kontrol grubundaki çocukların 18'inin (%42) yaşam boyu en az bir DSM-5 ruhsal bozukluk tanısını karşıladığı tespit edilmiştir. Sağlıklı kontrollere göre duygudurum bozuklukları ve anksiyete bozuklukları anlamlı olarak yüksek oranda bulunmuştur (176).

En az bir ebeveyninde BB tanısı olan çocuklar ve psikiyatrik bozukluğa sahip olmayan ebeveynlerin çocukları arasında psikopatoloji görünümünü karşılaştıran 17 çalışmadan oluşan bir metaanalizde kontrol grubu ile kıyaslanıldığında, yüksek riskli çocuklarda bipolar bozukluğa sahip olma olasılığı 9 kat, BB olmayan duygudurum bozukluğu tanısı alma olasılıkları yaklaşık 2,5 kat ve anksiyete bozukluklarından en az birini geliştirme olasılığı 2 kat daha fazla bulunmuştur. Yüksek riskli çocukların ayrıca DEHB, herhangi bir davranış bozukluğu ve madde kullanım bozukluğu gibi diğer duygudurum dışı psikopatolojiye sahip olma riskinin yüksek olduğu da

gösterilmiştir (177). Benzer olarak BB'li ebeveynlerin çocuklarında kontrol grubuna göre duygudurum bozuklukları (BB ve depresyon), DEHB, madde kullanım bozuklukları, antisosyal kişilik bozukluğu ve anksiyete bozukluklarının 2-5 kat daha yaygın olduğu da gösterilmiştir (178). Bir başka meta-analizde şiddetli ruhsal bozukluğu (şizofreni, BB, MDB) olan ebeveynlerin çocukları ile yapılan çalışmalar araştırılmıştır ve BB olan ebeveynlerin çocuklarında şizofreni geliştirme riskinin de arttığı bulunmuştur (138).

Ülkemizde yapılan çalışmalara baktığımızda ebeveyninde BB olan gençlerin benlik tasarım puan ortalamalarının düşük olarak saptanması, bu ebeveynlerin çocuklarının ruh sağlığı açısından riskli olduklarını göstermiştir (155). Ülkemizde yapılan bir diğer çalışmada ise Bipolar I bozukluğu olan 28 ebeveynin 6-17 yaşındaki 36 çocuğu ve herhangi bir psikiyatrik bozukluğa sahip olmayan 28 ebeveynin 6-17 yaşındaki 33 çocuğu psikopatoloji yönünden kıyaslanmıştır. Sağlıklı kontrollere göre duygudurum bozuklukları ve yıkıcı davranım bozuklukları anlamlı olarak daha fazla görülmüştür (157).

Ülkemizde yapılan bir başka çalışmada, Bipolar I bozukluk tanısı olan 29 ebeveynin 35 çocuğu ile 29 sağlıklı yetişkinin 33 çocuğu arasında duygudurum ve yıkıcı davranış bozuklukları ve semptomlarının yaygınlığı araştırılmıştır. BB tanısı olan ebeveynlerin çocuklarının psikiyatrik tanı alma riski kontrol grubuna göre 9,48 kat daha yüksek bulunmuştur. BB tanısı olan hastaların sadece 2 çocuğuna duygudurum bozukluğu tanısı konulurken, % 30,9'u hafif depresif duygudurum sergilemiştir. Kontrol grubununda ise bu oran % 8,8 olarak saptanmıştır (179).

Tüm bunlara ek olarak, yüksek riskli bu çocuklarda ilaç tedavisi başlanırken özellikle antidepresan grubu ilaçların kullanımında dikkatli olunması gerektiği unutulmamalıdır. BB tanısına sahip en az bir biyolojik ebeveyni olan ve daha önce duygudurum veya psikotik dönem öyküsü olmayan 9-20 yaş arası gençlerin prospektif olarak değerlendirildiği bir çalışmada; anksiyete ve/veya ortaya çıkan depresif semptomları olan çocukları tedavi ederken dikkatli olunması gerektiği, takip sırasında antidepresanlara maruz kalmanın artan bipolariteye dönüşüm riski ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (180).

2.3.3. Şizofreni ve Çocuk

2.3.3.1. Şizofreni Tanısı Olan Ebeveyne Sahip Olmak

Şizofreni iş, okul, ebeveynlik, öz bakım, bağımsız yaşam, kişiler arası ilişkiler ve boş zaman aktivitelerinde işlev bozukluğuna neden olan; psikotik belirtiler, sosyal geri çekilme ve bilişsel bozuklukla karakterize önemli bir ruhsal bozukluktur (12). Düşünce, duygu ve davranışlardaki bozulma, hastayı ve ailedeki diğer üyeleri etkilemektedir (181). Dahası, ruhsal bozukluklar arasında en fazla aile içi sorunlara sebep olan bozukluklardan biri olduğu düşünülmektedir (182).

Şizofreni tanısı olan ebeveynlerin çocukları hem genetik açıdan, hem de ağır bir ruhsal bozukluğa sahip bir ebeveyn ile yaşamanın olumsuz etkileri nedeniyle yüksek risk grubu olarak değerlendirilmektedirler (182). Yüksek risk stratejisi, psikozlu ebeveynlerden doğan çocukların daha sonra psikoz ve diğer psikiyatrik bozuklukların gelişimi için yüksek risk altında olduğu gerçeğine dayanmaktadır (183). Çünkü şizofreni özellikle yetersiz sosyal destek ve eşlik eden komorbiditeler ile birlikte ebeveynlik kapasitesini önemli ölçüde bozmakta ve bu durum bu bireylerin çocuklarını gözardı edilmemesi gereken düzeyde etkilemektedir (184).

Şizofreninin semptomları ve antipsikotik ilaçların olumsuz etkileri, hastaların çocuklarıyla empati kurmasını ve duygusal bağlılıklarını azalttığı bildirilmiştir (17). Yapılan çalışmalarda şizofreninin semptomları ve ilaçların yan etkileri nedeniyle disiplini sağlamak ve sürdürmek, sınır koymak gibi ebeveynlik rolünde yaşanan sorunlar ve suçluluk, utanç ve sahip oldukları ruhsal bozukluğun çocukları üzerindeki olası etkilerinden korkmaları gibi zorluklardan bahsedilmiştir (16). Bu durum, aşırı derecede izin verici bir ebeveynlik tutumuyla sonuçlanabilmektedir (18).

Ebeveynlerin psikotik semptomlarının ebeveynliklerini nasıl etkilediğine dair görüşlerini inceleyen çalışmalar çok azdır. Bu amaçla yapılan bir çalışmada, ebeveynler; hastane yatışları, depresif belirtiler, yorgunluk, işitsel varsanılar, odaklanma güçlüğü gibi zorluklar yaşadıklarını bildirmişlerdir. Bu durumların, ebeveynliğin; koruma, karşılıklılık ve kontrol sağlama yeteneklerini olumsuz etkilediğini belirtmişlerdir. Ebeveynler ayrıca çocuklarının günlük yaşamındaki rutinleri sürdürmede yaşadıkları güçlükleri ifade etmişlerdir. Dahası, çocukları ile

ilişkilerinde; psikotik dönemler sırasında tekrarlayan şekilde meydana gelen zihinsel ve fiziksel "öngörülemeyen yoklukları"nın ebeveynliğin tüm alanlarını olumsuz etkilediği vurgulanmıştır. Kendilerini geri çekme ve kaçınma çabalarına rağmen özellikle psikotik ataklar esnasında, kaygı ve sanrıları üzerindeki kontrolü kaybetmektedirler. O dönemde kendilerine zarar vermekten ve çocuklarını kendilerinden koruyamamaktan korktuklarını bildirmişlerdir. Çocuklar ise, oyun oynamak gibi ebeveyn-çocuk etkileşimlerinde; genellikle hayal kırıklığına uğradıklarını, daha sakin ve daha az talepkar hale geldiklerini ifade etmişlerdir. Kimisinin de ebeveynin ilgisini sağlayabilmek için dikkat çekici hareketler yaptığı bildirilmiştir (185).

Şizofreni tanılı bireylerin evlilik yapmaları ve çocuk sahibi olmaları, şizofreninin başlangıcı ve seyri açısından ayrı bir önem taşımaktadır. Yapılan bir çalışmada şizofreni tanılı 158 ebeveyn ve çocuğu olmayan 242 şizofreni tanılı hastanın, premorbid özellikleri ve mevcut klinik ve sosyal uyum açısından karşılaştırılmıştır. Şizofreni tanılı ebeveynlerin çocuksuz olan hastalara göre anlamlı derecede daha iyi premorbid sosyal uyum puanlarına sahip olduğu, ilk hastaneye yatışlarının önemli ölçüde daha geç yaşta olduğu ve önemli ölçüde daha geç yaşta uyuşturucu kullanımına başladıkları saptanmıştır (186).

2.3.3.2. Şizofreni Tanısı Olan Ebeveynlerin Çocuklarında Psikopatoloji

Şizofreni tanısı olan ebeveynlerin çocuklarının , genel popülasyona kıyasla psikiyatrik bozukluk tanısı alma riski daha yüksektir (187). Şizofreni tanılı bir ebeveyne sahip olan çocuğun, yaşam boyu şizofreni tanısına sahip olma riski %7 ve herhangi bir psikiyatrik bozukluk tanısı alma riski %55 olarak bulunmuştur (138,188). Birçoğunun duygudurum veya anksiyete bozuklukları gibi başka psikiyatrik bozukluklara sahip olması, şizofreni tanısı olan ebeveynlerin çocuklarının sadece şizofreni için değil, daha genel olarak, gelişimsel ve genel ruhsal bozukluklar için yüksek risk altında olduğunu göstermektedir (14).

Son yıllarda 46 makalenin incelenmesi ile yapılan bir derlemede şizofreni tanılı ebeveynlerin çocuklarının daha yüksek oranda motor ve bilişsel kusurlar gibi nörogelişimsel özellikler ve toplumun diğer kesiminden ayırt edici sosyal

davranışlarla karakterize farklı gelişimsel kalıplar gösterdiği gözlenmiştir (14). Veriler, ebeveynlerinde şizofreni tanısı olan çocukların, psikiyatrik bozukluğu olmayan ya da şizofreni dışında psikiyatrik bozukluğu olan ebeveynlerin çocuklarına kıyasla, bebeklik ve çocukluk döneminde çeşitli nöromotor, bilişsel ve dikkat sorunları açısından daha yüksek risk altında olduğunu göstermektedir. Nörodavranışsal belirtileri olan yüksek riskli çocukların aynı zamanda daha zayıf sosyal uyum, daha fazla sosyal geri çekilme gösterdikleri belirtilmiştir (189). Yapılan bir çalışmada şizofreni tanılı ebeveynlerin yüksek riskli çocuklarının çalışma belleği, odaklanmış dikkat, dikkat hızı, bölünmüş dikkat, yürütücü işlevler, bildirimsel bellek ve sözel akıcılık gibi bilişsel işlevlerde anlamlı zayıf performans gösterdikleri saptanmıştır (190).

Benzer şekilde bu çocukların motor bilişsel gecikme, okul öncesi dönemde duygusal sorunlar, okul döneminde dikkat güçlüğü ve zayıf sosyal uyum ile birlikte tüm dönemlerde silik nörolojik belirtiler sergilediği gösterilmiştir (191,192). 1986-1996 yılları arasında Danimarka'da doğan ve yaşayan tüm çocuklar (N = 684.248) ve ebeveynlerinin dahil edildiği, çocukların mezuniyetine kadar süren bir çalışmada ebeveyninde şizofreni tanısı olan çocukların diğerlerine kıyasla düşük not ortalamasına sahip oldukları ve ilköğretimi bitirme oranlarının daha düşük olduğu tespit edilmiştir (127).

Şizofreni tanılı ebeveynlerin çocuklarıyla yapılan kesitsel çalışmalara ilişkin olarak, en yaygın psikopatolojiler, bipolar bozukluğu tanısı olan ebeveynlerin çocuklarında gözlenenlere benzer, ancak farklı oranlardadır. Örneğin, şizofreni tanılı ebeveynlerin çocuklarında yaşam boyu psikopatoloji prevalansı %60-81 arasında değişmekte olup, en yaygın tanılar DEHB (% 20-46), anksiyete bozuklukları (% 20-39), davranış bozuklukları (% 16-31) ve duygudurum bozuklukları (% 12-16) dır. Ayrıca, herhangi bir psikopatoloji tanısı almış bu çocukların genel popülasyona göre daha düşük global işlevselliğe, daha kötü premorbid uyuma, daha yüksek şizotipi puanlarına ve daha yüksek prodromal semptom puanlarına sahip olduğu görülmüştür (15,183,193-195).

Şizofreni tanısı olan ebeveynlerin 12-22 yaş arası 41 çocuğu, şizofreni dışında psikiyatrik bozukluğa sahip ebeveynlerin 39 çocuğu ve hiçbir psikiyatrik

bozukluğa sahip olmayan ebeveynlerin 36 çocuğu ile yapılan çalışmada şizofreni spektrum bozuklukları, ebeveynleri şizofreni olan gençlerde %17,1 oranında saptanırken diğer gençlerde %5,3 oranında saptanmıştır. Ebeveyn tanısına bakılmaksızın tüm gençlerde yaşam boyu anksiyete bozuklukları yaygın olmasına rağmen, mevcut anksiyete bozuklukları şizofreni tanılı ebeveynlerin ergen çocuklarında %34,1 oranı ile daha yaygın olarak bulunmuştur (196).

Şizofreni tanısı olan ebeveynlerin 75 çocuğu ile sağlıklı kontrol grubu ebeveynlerin 82 çocuğu arasında psikopatoloji açısından farklılıkların araştırıldığı bir çalışmada yüksek risk grubunun %60'ının DSM-IV eksen I tanısına sahip olduğu görülmüştür. DEHB, depresyon, KOKGB ve DB sırasıyla en çok tanı alınan bozukluklar olarak saptanmıştır. Psikiyatrik tanıya sahip bu 45 çocuktan 18'inin iki ya da daha fazla tanıyı karşıladığı tespit edilmiştir (15).

Yapılan bir meta-analize göre ağır ruhsal bozukluğu (şizofreni, bipolar bozukluk, majör depresif bozukluk) olan ebeveynlerin çocuklarının psikopatoloji geliştirme riski daha yüksek bulunmuş olup, şizofreni tanılı ebeveynlerin çocuklarında duygudurum bozukluğu geliştirme riskinin arttığı gösterilmiştir (138). Şizofreni ve BB tanısı olan ebeveynler ile kontrol grubu ebeveynlerin çocuklarının karşılaştırıldığı bir başka çalışmada diğer iki grupla da kıyaslandığında yıkıcı davranış bozuklukları şizofrenili ebeveynlerin çocuklarında daha yaygın, global işlevsellik puanları ise daha düşük saptanmıştır. Prodromal belirtiler, şizofreni tanısı olan ebeveynlerin çocuklarında kontrollerin çocuklarına göre daha sık görülmüştür (26).

BB tanısı olan ebeveynlerin 80 çocuğu, sizofreni tanısı olan ebeveynlerin 34 çocuğu ve kontrol grubu ebeveynlerin 110 çocuğu ile mizaç boyutlarının değerlendirilmesi amacıyla yapılan bir çalışmada BB ve şizofreni tanılı ebeveynlerin çocuklarının olumlu duygudurum boyutunda ve adaptasyon faktöründe, kontrol grubundan anlamlı derecede daha düşük puan aldığı gözlemlenmiştir. Olumlu duygudurum boyutundaki düşük puanlar her iki grupta da artmış uyum bozukluğu riski ile ilişkilendirilmiştir. Şizofreni grubundaki çocukların ise aktivite ve esneklikteki yüksek puanları artan içselleştirme ve dışsallaştırma bozuklukları olasılığıyla ilişkili olduğu düşünülmüştür (25). MDB, BB, şizofreni tanıları olan ve

duygudurum ya da psikotik bozukluk öyküsü olmayan ebeveynler ile onların 4-24 yaş arasındaki 378 çocuğu ile yapılan bir başka çalışmada şizofreni tanılı ebeveynlerin çocuklarında gözlemlenen dikkat, karşıt olma, dil ve düşünce sorunları artmış olarak saptanmıştır (143).

2.4. ANNEDE RUHSAL BOZUKLUK VE ÇOCUK

2.4.1. Annede Ruhsal Bozukluk ve Anne-Çocuk Bağlanmasına Etkisi

Psikanalitik kuram insan gelişiminde anne-çocuk ilişkisinin önemi vurgulanmaktadır. Bu ilişkide en temel şey ise annenin ulaşılabilir olması ve çocuğun gereksinimlerini karşılamasıdır. Annenin ulaşılabilirliği yitirildiğinde, çocuk bu duruma karşı tepki göstermektedir (32). Çünkü annenin ayrılmasına ağlayarak tepki vermek, anneyi gözetlemek ve döndüğünde anneye yaklaşmak; anne ile çocuk arasındaki bağlanma örüntüsünün temel bileşenleridir (197). Bu örüntüye göre 4 çeşit bağlanma tanımlanmıştır. Bunlar güvenli bağlanma, anksiyöz-kaçınan bağlanma, anksiyöz-dirençli bağlanma ve dezorganize bağlanmadır.

Yaşamın erken dönemlerinde, bebeğin kendisine bakım veren kişi olan annesi ile güvenli bağlanma geliştirmesi önemlidir. Çünkü bağlanma bilişsel süreçlerin yanında sinir sistemi ve hormonların etkisiyle de şekillenmektedir ve bağlanma sorunları oluştuğu takdirde bazı nörolojik ve hormonal düzensizlikler meydana gelebilmektedir (198). Bağlanmanın nörofizyolojik mekanizmalar ve duygulanım ayarlanması üzerine etkili olması nedeniyle, kurulan bağlanmanın biçimi sonraki dönemlerde kurulan ilişkiler için temel oluşturmaktadır. Bağlanmanın süt çocukluğu döneminde güvenli ya da güvensiz olarak bir kez belirlendikten sonra ilerleyen dönemlerde çok az değişkenlik gösterdiğine ve ergenlik döneminde de aynı şekilde devam ettiğine ilişkin kanıtlar vardır (199).

Bunlara bağlı olarak anne-bebek etkileşimleri, bebeklerin ruhsal bozukluk riskini değiştirebilecek önemli erken çevresel etkileri temsil etmektedir (160). Güvenli bağlanma geliştiren bebeklerin ilerleyen zamanlarda sosyal ilişkiler, sorun çözme ve akranlarıyla uyumlu ilişki kurmada daha başarılı oldukları bildirilmiştir (200). Güvensiz bağlanan çocukların ise okul dönemi ve ergenlikte daha fazla duygusal sorun yaşandığı görülmüştür (199). Dahası ilerleyen yıllarda psikopatoloji

geliştirmeye güvenli bağlanan bebeklere göre daha yatkın oldukları öne sürülmüştür (201).

Ebeveynlerden birinde veya her ikisinde duygudurum bozukluğu, şizofreni ya da depresyon gibi psikiyatrik bir bozukluğun görülmesi, çocuklar ile güvenli bir bağlanmanın kurulmasını olumsuz yönde etkileyebilmektedir (27). Ebeveynlerde görülen bu ruhsal bozukluklar, ebeveyn ile çocuk arasında kurulan ilişkiyi, annenin bebek bakımını, ebeveyn rolünü öğrenmesini olumsuz yönde etkilemektedir (30). Yapılan çalışmalarda kronik şizofreni tanılı hastaların duygularının uygunsuz, davranışlarının dağınık ve öngörülemez olduğu, çocuklarına bakım vermede zorluk yaşadıkları ve bu durumun anne-bebek ilişkisini ve dolayısıyla çocuğun bağlanma biçimini olumsuz yönde etkilediği gösterilmiştir (202).

Duygudurum bozuklukları, bebek sinyallerine duyarlı olan ve annelik işleyişini sağlayan "anneye ait duyarlılık ağları" ile örtüşen bölgelerdeki sinirsel duygu işlemeyi olumsuz etkilemektedir (24). Bir çalışmada BB tanılı annelerin, çocuklarına daha az bağlandıkları ve çocukları ile ilişkilerinin daha çatışmalı olduğu tespit edilmiştir (33). Ülkemizde yapılan bir çalışmada BB tanılı olguların çocuklarında kaygılı/ikircikli bağlanma sağlıklı kontrollere göre sık bulunmuştur ve bu çocuklarda sinirli mizacın güvensiz bağlanmayı öngördüğü saptanmıştır (8).

BB doğum sonrası dönemde yineleme riskinin yüksek olması nedeniyle ayrı bir önem kazanmaktadır (203). Çünkü mevcut relaps riski, anne-bebek etkileşimlerinin geliştiği dönemle çakışmaktadır ve ebeveyn-çocuk ilişkisinin kesintiye uğramasına neden olmaktadır. Yapılan bir çalışmada BB tanısı olan 26 anne ve çocukları ile 30 sağlıklı anne ve çocukları; anne-çocuk etkileşimi açısından postpartum 3 aylık dönemde araştırmaya alınmıştır. BB tanılı annelerin %46'sı postpartum 3 aylık dönemde atak yaşamıştır ve o annelerin bebekleriyle ilişki sağlamakta zorluk yaşadıkları gösterilmiştir (204). Bir başka çalışmada doğum sonrası 12. ayda bipolar depresif dönemdeki kadınlarda anne bebek etkileşimlerinin tanımlanması amacıyla, bu anneler unipolar depresyon tanılı anneler ve kontrol grubuyla karşılaştırılmıştır. İstatiksel olarak anlamlı fark bulunamasa bile bipolar depresyonu olan kadınların hem maternal duyarlılık, hem de bebekleriyle etkileşimleri açısından daha düşük puanlara sahip oldukları tespit edilmistir (205).

2.4.2. Ruhsal Bozukluğa Sahip Olan Anne İle Büyümek

Annede bir psikiyatrik bozukluk olmasının ve bu nedenle yaşadıkları kötü olaylar da dahil olmak üzere bu durumun yarattığı kronik stresin, çocukların psikopatoloji geliştirmelerinde etkisi olduğu gösterilmiştir (31). Örneğin yapılan bir çalışmada, depresif annelerin çocuklarının daha az duyarlı, daha olumsuz, daha eleştirel, daha endişeli, düzensiz ve tutarsız oldukları saptanmıştır (206).

Yapılan araştırmalara göre baba ile olan ilişkiyle karşılaştırıldığında, anne ile ilişkideki sorunlar (annenin olumsuz duygulanım ve davranışları, uzak-soğuk ilişki gibi) ve annenin psikiyatrik yakınmaları çocuğun mizaç özelliklerini daha olumsuz etkilemektedir (20). Ruhsal bozukluğa sahip olan ebeveynin baba olması durumunda, çocukların yaşamlarını büyük oranda kendi evlerinde sürdürdükleri, okul ve aile hayatlarının daha az etkilendiği bildirilirken, eğer ki bu ebeveyn anne ise çocukların başka bir bakımverene gereksinim duydukları ve hayatlarının daha fazla etkilendiği bildirilmektedir (207). Benzer şekilde BB tanısı olan babalara göre BB tanısı alan annelerin çocuklarının ilköğretimi bitirememe oranı çok daha yüksek çıkmıştır (127).

Şizofreni veya diğer ruhsal bozukluk tanısı olan ve bilinen ağır ruhsal bozukluğu olmayan annelerin 12 yaşındaki çocuklarının akademik performanslarının incelendiği bir çalışmada şiddetli ruhsal bozukluğa sahip olan annelerin çocuklarının % 43,1'i, kontrol grubunun çocuklarının % 30,3'ü kabul edilebilir standartların altında performans göstermiştir ve çocukları ortaokula geçiş için dezavantajlı duruma düştüğü tespit edilmiştir (208).

Duygudurum Bozukluğuna sahip ebeveynlerin çocuklarının ekran başında geçirdikleri sürenin sağlıklı kontrol grubunun çocuklarına göre daha fazla olduğu tespit edilen bir çalışmada annelerde mevcut olan depresyonun şiddeti ile çocukların aktif davranışlarla meşgul olmak için daha az ve ekran başında ise daha fazla zaman harcamaları arasında ilişki bulunmuştur (140).

Ağır ruhsal bozukluğu olan anneler ve çocuklarıyla yapılan bir çalışmada, bu annelerin çocuklarının yetişkinlikte yüksek oranda depresyon tanısı aldıkları görülmüştür. Çocukların büyük bir kısmı, çocukluklarında anneleriyle rol değişimi yaşadıklarını, ev işlerinde sorumluluk aldıklarını, kardeşleri ile ilgilendiklerini

belirtmişlerdir. Ayrıca o dönemde, anneleri fiziksel olarak evde olsa da duygusal anlamda annelerine ulaşamadıklarını söylemişlerdir. Çocukluk deneyimleri hakkındaki acı verici olduğu yönündeki kendi açıklamaları bulunmaktadır. Mevcut bildirimler, bu çocukların baş etme becerilerini arttırmak için daha fazla şeyin yapılması gerektiğini ortaya koymaktadır (128). Çocukların evde ve okulda sosyal, duygusal ve davranışsal problemler sergileme riski altında olmaları nedeniyle bu annelerin karşılaştığı ebeveynlik zorlukları değerlendirilmeli ve anne ve çocuklarla yapılan müdahaleler de dahil olmak üzere uygun destekler sağlanmalıdır (209).

2.4.2.1. Bipolar Bozukluk Tanısı Olan Anneler ve Çocukları

BB tanısı olan kadınlar, doğum sonrası dönemde ve perimenopozal dönemde semptom alevlenmesi riski altındadır (210). Gebelik ve doğum sonrası dönemde relaps oranındaki artışta, kullanılan ilaçların peripartum dönemde kesilmesi de önemli rol oynamaktadır (211,212). Doğum sonrası dönemde postpartum olmayan kadınlarla kıyaslandığında, relaps riski 23 kat yüksektir (213).

Bunlara ek olarak, MDB olan 92 kadından oluşan prospektif bir çalışmada, postpartum ilk altı ayda 6 kadının (% 6,5) tanısının bipolar bozukluğa dönüştüğünü bulunmuştur (214).

Postpartum dönemde de emzirme, BB olan kadınlarda zorlukları da beraberinde getirir. Emzirme amacıyla sık sık uyanma ve buna bağlı olarak uykusuzluk, BB tanısı olan kadınlarda nüks riskini artırabilir. Anneler, ister emzirme ister biberonla besleme olsun, gece çocuk bakımı sağlamak için uyanamama korkusuyla ilaç almaktan korkabilir. Bazı anneler, bebeğin güvenliği için endişe duyarak ilaç kullanımına karşı olabilir. Tüm psikotropik ilaçlar çeşitli derecelerde anne sütüne geçtiğinden, bebeğin maruziyetini ve yan etkilerini en aza indirmek için ilacın seçimi güvenlik verileri tarafından yönlendirilmelidir. Emzirme, puerperal psikoz veya mani olan kadınlarda kontrendike olmalıdır (215).

Perinatal dönemde görülen ataklarda psikotik özelliklerin varlığı ve semptomların hızlı bir şekilde başladığı göze çarpmaktadır (212). Postpartum psikoz geliştirme açısından özellikle yüksek risk altında olan bu kadınların doğumlarının yaklaşık %20'sinde postpartum psikoz atağı yaşanmaktadır (216). Postpartum psikoz,

psikiyatrik bir acil durum olarak kabul edilir ve vakaların çoğunda hastaneye yatmayı gerektirir (217).

Hamilelik sırasında bipolar bozukluğun; hem anne, hem de bebek için olumsuz sonuçlarla ilişkili morbid bir durum olduğu bilinmektedir (218). Kadınlar özellikle de ilaçların kesilmesi durumunu içeren hamilelik döneminde BB nüksü açısından yüksek risk altındadır. Bir duygudurum atağını önlemek ile ilaç kullanımının riski arasındaki dengeyi sağlamak, sağlık hizmeti sağlayanlar ile hasta arasında aktif işbirliğini gerektirmektedir (219).

BB tanısı olan ebeveynlerin bakım verme becerilerinde azalma olduğu bildirilmektedir. BB tanılı annelerin çocuklarıyla etkileşimlerinin, depresif ya da sağlıklı annelere göre çok daha olumsuz yönde etkilendiği bildirilmiştir (33). BB tanılı anne ve bebeklerinin yaşamın ilk yılında anne-bebek etkileşimlerinin örüntülerini ve gelişimini incelemek amacıyla yapılan bir çalışmada sağlıklı kontrol grubuyla kıyaslandığında; anne davranışı, bebek davranışı ve ikili etkileşim alanlarının üçünde de önemli ölçüde dafa fazla zorluk yaşadıkları tespit edilmiştir (160). Bu zorluklar nedeniyle gelişen düşük çocuk-ebeveyn bağı ile çocuklarda oluşan içselleştirme sorunları arasında ilişki olduğu görülmüştür. Annenin bakımvericiliğinin düşük olması ise tek başına dışsallaştırma sorunlarını öngörmektedir (9).

BB tanılı anneye sahip çocuklarla, annelerinin ebeveynliği konusunda bakış açılarını anlamak için görüşmelerin yapıldığı bir çalışmada, annelerinin gün boyu uyuması ve öfkeli tutumlarının olması gibi zorluklardan bahsetmişlerdir. Ayrıca kendilerinin de BB tanısına sahip olmaları konusundaki endişelerinden bahsetmişlerdir (220). Ülkemizde yapılan benzer bir çalışmada, bu çocuklar; annelerinin hastaneye yatışları nedeniyle ev işlerindeki sorumluluklarını yapamadıklarını, özellikle kız çocuklarının bulaşık yıkama, yemek yapma, ev temizliği gibi ev içindeki iş yükünün arttığnı ve ebeveyninde BB tanısının varlığı nedeniyle hayatlarının olumsuz etkilendiğini belirtmişlerdir (155).

Yapılan bir çalışmada, 6-18 yaş arası BB tanısı olan anneye sahip 43 çocuk, BB hariç başka bir hafif-orta derecede ruhsal bozukluğu olan annelerin 53 çocuğu ve

herhangi bir psikiyatrik bozukluğu olmayan annelerin 53 çocuğu, sahip olduğu psikopatolojiler açısından kıyaslanmıştır. BB tanısı olan annelerin çocuklarında, ruhsal bozukluğu olmayan annelerin çocuklarına göre bir ya da daha fazla yaşam boyu Eksen I tanısına sahip olma riskinin 2 kat ve yaşam boyu anksiyete bozukluğu tanısı alma riski ise 2,8 kat daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ayrıca sosyal sorunları ile anksiyete/depresyon ve içselleştirme sorunlarından anlamlı düzeyde daha yüksek puanlar aldıkları gözlemlenmiştir. Sonuç olarak BB tanısı olan annelerin çocuklarının %62,8'inin, hafif-orta derecede başka bir psikiyatrik tanısı olan annelerin çocuklarının %58,5'inin ve herhangi bir psikiyatrik tanısı olmayan annelerin çocuklarının %41,5'inin yaşam boyu en az bir DSM-IV tanı kriterlerini karşıladığı tespit edilmiştir (221).

Bipolar bozukluk ya da majör depresif bozukluk tanıları olan ve hiçbir psikiyatrik tanısı olmayan annelerin çocuklarında kişilik bozuklukları gelişimini karşılaştıran bir çalışmada ise; BB tanısı olan annelerin çocukları, ergenlik döneminde diğer iki gruba oranla, genç erişkinlik döneminde ise sadece sağlıklı kontrol grubuna oranla daha yüksek oranda B kümesi Kişilik Bozukluğu geliştirme riskine sahip olduğu bulunmuştur (222).

Yalnızca ruhsal gelişim değil, fiziksel gelişim açısından da bu çocukların doğumdan itibaren etkilendiği görülmektedir. BB tanısı olan annelerin doğumda düşük doğum ağırlığı ve erken doğum riskinin ruhsal bozukluğa sahip olmayan kadınlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (223). BB tanısı olan anneler, BB dışında bir psikiyatrik bozukluk tanısına sahip olan ve hiçbir psikiyatrik tanısı olmayan anneler arasında; aile planlaması, anne bakımı, obstetrik komplikasyonlar ve anne-çocuk etkileşimlerinin araştırıldığı bir çalışma yapılmıştır. BB tanılı annelerin mevcut ilişkilerinin devamlılığı ve çocuklarının biyolojik babasıyla yaşama oranları daha düşük olarak tespit edilmiştir. Kontrollere göre daha az doğum kontrol yöntemi kullandıkları görülmüştür. BB tanılı kadınların çocuklarının daha yüksek neonatal anoksi oranlarına ve daha fazla fiziksel istismar oranlarına sahip olduğu bulunmuştur, Çocuklarının %33,3'ünün annelerin semptomları nedeniyle fiziksel ve/veya psikolojik istismara uğradığı saptanmıştır (224).

Sonuç olarak, BB'ye sahip kadınlar tarafından verilen anne bakımının yetersiz olduğu yönünde bilgiler mevcuttur. BB psikopatolojisinin anne bakımını olumsuz yönde etkileyebildiği ve önemli bir çevresel risk faktörü olduğu bildirilmektedir (224). Mevcut zorlukların bu bebeklerde fiziksel ve ruhsal bozuklukların ortaya çıkma riskini artırabildiği göz önünde bulundurularak anne-bebek arasındaki etkileşimi ve karşılıklılığı teşvik etmek gerekmektedir. Annelerin bebeklerinin ipuçlarına daha duyarlı olmalarına yardımcı olmak ve uyumlu yanıtlar sağlamaları amacıyla uygun etkileşim müdahalelerinde bulunmak önemlidir (160).

2.4.2.2. Şizofreni Tanısı Olan Anneler ve Çocukları

Kadınlarda şizofreninin kapsamlı tedavisi, doğurganlık çağındaki tüm kadınların potansiyel anneler olduğunu hatırlamak anlamına gelir. Şizofreni tanılı kadınların nispeten daha az kontrasepsiyon kullandıkları ve bu nedenle istenmeyen gebeliklere karşı savunmasız oldukları bilinmektedir. Bu tür gebelikler, yüksek doğum komplikasyonları, doğum sonrası psikoz ve çocuğun velayetini kaybetme riski ile ilişkilidir. Tüm bu risklerle birlikte şizofreni tanısı olan annelerin ebeveynlik konusunda zorluk çektikleri ve bu zor rolde nispeten yeterli desteği alamadıkları bildirilmektedir (225).

Şizofreni tanısı olan pek çok kadın, ya fetüslerine zarar vermekten korktukları, ya da psikotik semptomlarının doğası hakkında bilgi sahibi olmadıkları ve ilaçların semptomlarını azaltma yeteneklerine inanmadıkları için hamilelik sırasında ilacı reddetmektedir. Bu nedenlerle ilacı bırakan kadınların gebelikte nüks yaşama oranları oldukça yüksektir (226). Annenin ikinci nesil antipsikotikleri alırken emzirmemesi gerektiği yönünde tavsiyede bulunulması da annenin ilacı kullanmaması ve doğum sonrası nükslerde etkili olmaktadır (225).

Şizofreni tanısı olan yeni anneler diğer tüm anneler gibi stresli ve depresif hale gelebilir, ancak bu popülasyondaki asıl endişe doğum sonrası psikozdur. Herhangi bir psikiyatrik bozukluk nedeniyle daha önce hastaneye yatmış anneler arasında göreceli doğum sonrası psikoz riski, genel popülasyona göre 100 kat artmıştır (227). Şizofreni tanılı annelerin ise %25'i doğum sonrası psikoz tanısı almaktadır. Postpartum psikoz, doğumdan sonraki ilk 1-4 hafta içinde hızla ortaya

çıkmaktadır. Psikotik semptomlar belirgindir ve karakteristik olarak biliş büyük ölçüde bozulur ve içgörü kaybolmaktadır. Davranış düzensizleşebilmekte ve potansiyel olarak anne ve çocuğun güvenliğini tehlikeye atacak düzeye gelebilmektedir. Bu dönemde asıl endişe intihar veya infantisid düşüncelerinin ortaya çıkmasıdır. Hormonal değişiklikler, obstetrik komplikasyonlar, dehidratasyon, uyku yoksunluğu, evlilik uyumsuzlukları ve artan psikososyal stres bu risklere katkıda bulunmaktadır (228).

Güvenli veya yeterince iyi ebeveynlik konusunda; şizofreni tanısına sahip kadın, ailesi ve tedavi sağlayıcılarının endişe duydukları bildirilmiştir (225). Özellikle annenin varlığının çok gerekli olduğu okul öncesi yıllarda da olmak üzere annenin sıklıkla ya da uzun süreler hastanede kalması, ebeveyn ilişkilerinde çatışma ve şiddet, annenin sahip olduğu ruhsal bozukluğun ciddiyeti ve kronik seyri, annenin evin ve annelik sorumluluklarında yetersiz kalması nedeniyle çocuklar etkilenebilmektedir (229).

Şizofreni tanısı olan anneler, depresyon tanısı olan anneler ve sağlıklı kontrollerden oluşan toplam 64 anne ile yapılan çalışmada şizofreni tanısı olan anneler diğer annelere göre ebeveynlikle ilgili ölçümlerin çoğunda ve duyguları tanıma ve ayırt etme ölçütlerinim tamamında bozulmalar göstermiştir (230). Yapılan bir başka çalışmada, şizofreni tanısı olan annelerin bipolar bozukluk tanısı olan annelere göre daha karmaşık klinik ve psikososyal sorunlara sahip olduğu, her tür olumsuz ebeveynlik sonuçlarını deneyimleme olasılıklarının önemli ölçüde daha yüksek olduğu bulunmuştur (231).

Şizofreni tanılı kadınlar, yetkin ebeveynliği engelleyen kişilerarası ilişkilere, ruh hallerine, bilişsel ve davranışsal yetilerinde anormalliklere sahip olabilmektedirler (34). Yapılan çalışmalarda kronik şizofreni tanılı hastaların duygularının uygunsuz, davranışlarının dağınık ve öngörülemez olabildiği, çocuklarına bakım vermede zorluk yaşadıkları ve bu durumun anne-bebek ilişkisini ve dolayısıyla çocuğun bağlanma biçimini olumsuz yönde etkilediği gösterilmiştir (202). Sonuçta ortaya çıkan ebeveyn anlaşmazlıkları, saldırgan davranışlar, bozulmuş anne duyarlılığı ve uyumsuz bağlanma davranışı çocuk yetiştirmeyi olumsuz etkilemekte ve çocuğun kişilik gelişiminin önemli bir bileşeni olan ailenin değerini

tehlikeye atmaktadır (35). Yapılan bir çalışmada bu ailelerde bozulmuş ve yetersiz aile içi ilişki ve anormal çocuk yetiştirme tutumlarının kontrollere göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu gözlenmiştir (34).

Bu nedenlerle annede şizofreni tanısı olması, potansiyel olarak anne-bebek ilişkisini, anneliğe uyumu ve bebekle olan etkileşimi çeşitli şekillerde bozabilmektedir. Pozitif belirtiler istenmeyen davranışlara yol açarken, negatif belirtiler, istenen davranışların yokluğu yoluyla etkisini gösterme eğilimindedir. Özellikle pozitif belirtilerin varlığı ile istenmeyen ya da aşırı davranışların ortaya çıkması anne-bebek ilişkisini bozabilmektedir. Azalmış göz teması, uyarılamama, ipuçlarını almada zorluk/yetersizlik ve anne ile bebek arasındaki uyumsuzluk gibi bebek gelişimi için kalıcı bilişsel, duygusal, davranışsal ve sosyal etkileri olduğu düşünülen olumsuz sonuçlarla ilişkilidir (34,232). Affektif küntlük, apati, avolusyon, anhedoni ve dezorganizasyon gibi belirtiler de anne bebek bağında güvenli bağlanmayı oluşturacak olan tutumlara engel olmaktadır (233).

Çeşitli nedenlerden ötürü karşılıklı anne ve çocuk ilişkisinden yoksun kalan çocuklar, genellikle duygusal ve davranışsal problemlerin gelişimi için risk altındadır (229). Psikotik bir bozukluğu olan annelerin çocukları, annelerinin sahip olduğu ruhsal bozuklukla direkt karşı karşıya kalmalarından doğan risklere sahiptir. Bunlar; kalıtsal bir ruhsal bozukluğa sahip olma riski, gelişimsel risk ve yaşadıkları sıkıntılara bağlı risklerdir (234). Şizofreni tanısı olan bir anneye sahip olmak, öncelikle çocuğun duygusal ve bilişsel gelişimini, çocukta ortaya çıkan davranış sorunlarını etkilemektedir (18,232). Şizofreni tanısı olan annelerin 159 yüksek riskli çocuğu ile kontrol grubu annelerin 99 çocuğunun verilerinin karşılaştırıldığı bir çalışma yapılmıştır. Bu çocuklarda kontrol grubuna kıyasla yüksek saptanan okul öncesi dönemde sosyal uyum sorunları ve şiddetli nörolojik semptomların gelecekteki şizofreni gelişimini yordadığı görülmüştür. Ayrıca okul çağındaki sosyal uyum sorunları ve duygusal belirtilerin ise gelecekteki psikotik olmayan psikiyatrik bozukları yordadığı bulunmuştur (192).

Benzer şekilde yapılan çalışmalarda bu çocukların, çocukluklarında diğer çocuklardan daha farklı algılandıklarını düşündükleri ve arkadaşlık ilişkisi kurmada büyük güçlükler yaşadıkları bildirilmiştir (128). Diğer psikiyatrik bozukluk tanısı

olan ve hiçbir psikiyatrik tanıya sahip olmayan annelerin çocuklarına kıyasla daha çok ruhsal bozukluk tanısı aldıkları, yüksek oranda geçmiş psikofarmakolojik ilaç kullanımı öykülerinin olduğu ve zayıf global işlevsellik gösterdikleri gösterilmiştir (183). Vaka grubundaki çocukların içselleştirme ve dışsallaştırma problemlerinde kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek puan aldıkları ve gruplar arasında psikososyal ortamda anlamlı farklılıklar olduğu görülmüştür (34). Bu sonuçlar ışığında maternal şizofreni ile adolesan ve genç erişkinlik dönemde görülen ruhsal bozuklukların artışı arasındaki ilişki vurgulanmaktadır (183).

Sonuç olarak, kalitesi büyük ölçüde annenin bebeğin ipuçlarını tanımasına bağlı olan anne-bebek etkileşiminin ruhsal bozukluğa sahip olan annelerde çeşitli derecelerde bozulduğuna dair önemli kanıtlar vardır (230). Anne ile çocuğu arasındaki ilişkiyi diğerlerinden daha fazla bozan en önemli psikiyatrik bozukluklardan birinin psikotik bozukluklar olmasının ötesinde, özellikle annede şizofreni tanısı olması annenin becerilerini altüst etmekte ve annelik görevlerini organize edememesine neden olmaktadır. Bu kapsamda şizofreni ve diğer psikotik bozukluk tanısına sahip annelerin çocuklarında duygusal ve davranışsal bozuklukların gelişimini değerlendirmek önemlidir (229).

Şizofreni tanısı almış annelerin çocuklarının taranması ve değerlendirilmesi, olası ruhsal ve davranışsal sorunların belirlenmesi ve yönetilmesi, psikososyal ortamın değerlendirilmesi ve bununla ilgili konulara müdahale edilmesi gerekmektedir (34). Bu annelerin ve bebeklerinin karşılaştığı zorlukların erken farkına varılması, annenin psikososyal zorlukları ve bebeğin gelişimsel gecikmesine karşı daha erişilebilir ve etkili müdahaleler sunulmasına ve muhtemel çocuk istismarı ve ihmalinin azaltılmasına katkıda bulunacaktır (232). Hizmet sağlayıcılar; istenmeyen gebeliği önlemenin yolları, hamilelik sırasında optimal farmakoterapi stratejileri, gebeliğin olumsuz sonuçlarını önleme yolları, etkili doğum sonrası bakım teknikleri ve çocukların sağlıklı gelişimi için mümkün olan en iyi ortamı sağlama konularında mücadele etmelidirler (225).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. YÖNTEM

3.1.1. Çalışma Evreni

Araştırmaya İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Psikoz Servisi'nde 0cak 2013- Eylül 2020 tarihleri arasında yatarak tedavi görmüş, deneyimli bir klinisyen tarafından bipolar bozukluk ve şizofreni tanısı almış ve remisyon sürecinde olan anneler ile bu annelerin 6-18 yaşındaki çocukları alınmıştır. Kontrol grubuna eşleştirilmiş sağlıklı kontrol grubu anneler ile 6-18 yaş arasındaki çocukları alınmıştır.

3.1.2. Örneklem Seçimi

Belirlenen tarihlerde kadın psikoz servisinde yatışı olmuş, şizofreni ve bipolar bozukluk tanısını karşılayan kadınların tıbbi kayıtları incelenmiştir. Uygun görülen kadınlar kendileriyle telefonla irtibata geçilmek suretiyle çalışma konusunda bilgilendirilmiştir. Bu bilgilendirmeden sonra çalışmaya katılımları konusunda sözel onamları alınmıştır ve dahil edilme ölçütlerini karşılayan hastalar ve 6-18 yaş arası çocuklarının ardışık olarak çalışmaya alınması planlanmıştır ve ileri değerlendirme yapılması için hastane polikliniğine davet edilmiştir. Daveti kabul ederek hastane polikliniğine gelen hastalardan çalışmaya katılmaya gönüllü olduklarını bildiren yazılı onamları alınmıştır. Sonrasında araştırma grupları ile eşleştirilmiş psikiyatrik bir bozukluğa sahip olmayan anneler ve bu annelerin 6-18 yaş arası çocukları çalışmaya alınarak kontrol grubu oluşturulmuştur, çalışmaya katılmaya gönüllü olduklarını bildiren yazılı onamları alınmıştır.

Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri:

Olgu Grubu:

Annenin deneyimli bir klinisyen tarafından bipolar bozukluk veya şizofreni tanısı almış ve remisyon sürecinde olması

Çocukların 6-18 yaş arasında olması

Annelere ve çocuklarına araştırmanın amacı ve uygulanacak testler a açıklandıktan sonra araştırmayı gönüllülük esasınca kabul etmiş ve aydınlatılmış onamı imzalamış olmaları

Kontrol Grubu:

Annenin herhangi bir psikiyatrik hastalığının olmaması

Çocukların 6-18 yaş arasında olması

Anneye ve çocuklarına araştırmanın amacı ve uygulanacak testler açıklandıktan sonra araştırmayı gönüllülük esasınca kabul etmiş ve aydınlatılmış onamı imzalamış olmaları

Çalışmadan Dışlama Kriterleri:

Olgu Grubu:

Anne yada çocukta klinik görüşmede sorulan sorulara yanıt vermeyi engelleyecek derecede mental retardasyon olması yada yaygın gelişimsel bozukluk olması yada kronik-stabil olmayan medikal hastalığının olması

Anne yada çocukların yeterli Türkçe bilmemesi

Çocukların evlatlık edilmiş olması

Kontrol Grubu:

Annenin herhangi bir psikiyatrik hastalığının olması

Anne yada çocukta klinik görüşmede sorulan sorulara yanıt vermeyi engelleyecek derecede mental retardasyon olması yada yaygın gelişimsel bozukluk yada kronik-stabil olmayan medikal hastalığının olması

Anne yada çocukların yeterli Türkçe bilmemesi Çocukların evlatlık edilmiş olması

3.1.3. İşlem

İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Psikoz Servisi'nde 0cak 2013- Eylül 2020 tarihleri arasında yatarak tedavi görmüş, deneyimli bir klinisyen tarafından bipolar bozukluk ve şizofreni tanısı almış ve remisyon sürecinde olan ve dahil edilme kriterlerimizi karşılayan anneler ile bu annelerin 6-18 yaşındaki çocukları çalışmaya alınmıştır. Anneler ve çocuklarına araştırmanın amacı ve uygulanacak testler açıklandıktan sonra gönüllü olduklarına dair yazılı onamları alınmıştır. Genel bilgiler araştırmacılar tarafından hazırlanmış sosyodemografik veri formuyla hastalardan ve çocuklarından alınmıştır. Araştırma gruplarındaki annelerin sosyodemografik verileri göz önüne alınarak dahil edilme kriterlerini karşılayan eşleştirilmiş sağlıklı kontroller ile 6-18 yaş arasındaki çocukları kontrol grubu olarak çalışmaya alınmıştır.

Çalışmaya alınan tüm çocukların psikiyatrik muayenesi çalışmaya katılan çocuk psikiyatristi tarafından yapılmıştır. Hem anne hem de çocuklarıyla Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi – Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (ÇDŞG-ŞY) DSM-5 Kasım 2016 adlı yarı yapılandırılmış görüşme yapılmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden çocuklar Ana Baba Tutum Ölçeği, Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği ile Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği'ni doldurmuştur. Çalışmaya alınan anneler Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği, Conners Ana Baba Derecelendirme Ölçeği Kısa Form, Çocuk Uyku Alışkanlıkları Anketi Kısa Form ve Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi'ni doldurmuştur.

3.2. GEREÇLER

3.2.1. Bilgilendirilmiş Onam Formu (EK-2)

3.2.2. Sosyodemografik Veri Formu (EK-3)

Araştırmacılar tarafından geliştirilmiş, hastaların sosyodemografik özelliklerini değerlendirmek için kullanılan bir form olup görüşmeci tarafından bireyle görüşülerek doldurulmuştur.

3.2.3. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi – Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (ÇDŞG-ŞY) DSM-5 Kasım 2016 adlı yarı yapılandırılmış görüşme formu

ÇDŞG-ŞY DSM-5 Kasım 2016, çocuk ve ergenlerin geçmişteki ve şu andaki psikopatolojilerini saptamak amacıyla Kauffman ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş yarı yapılandırılmış bir görüşme formudur (235). Anne-baba, çocuk ile görüşülerek uygulanır ve tüm kaynaklardan alınan bilgiler doğrultusunda değerlendirme yapılır. Ölçeğin Türk örneklemi için geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır**.** Form üç bölümden oluşmaktadır. İlk bölümünde çocuğun ve ailesinin sosyodemografik özellikleri, yakınmaları, gelişim öyküsü, sağlık durumu, okuldaki ve evdeki işlevselliği sorgulanır. İkinci bölümde hem geçmiş hem de şu andaki (son iki aydaki) belirtiyi değerlendiren tarama soruları yer alır. Üçüncü bölüm DSM-5 tanılarını doğrulamak için yapılan değerlendirme ve gözlem sonuçlarından oluşur (236).

DŞG-ŞY-DSM-5 Kasım 2016 ile taranabilen birincil tanılar; 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, tıkınırcasına 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 çocuk ve ergenlerde taranabilen tanılar arasına eklenenler yıkıcı duygudurum düzensizliği bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu/seçici konuşmazlık, tıkınırcasına yeme bozukluğu ve otizm spektrumu bozukluklarıdır (235).

3.2.4. Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği (ÇDÖ) (EK-4)

Çocuklardaki depresyon düzeyini saptamak amacıyla Kovacs tarafından 1981 yılında geliştirilen ve çocukluk çağı depresyonunda kendini değerlendirme amacıyla en sık kullanılan ve psikometrik özellikleri en sık araştırılmış olan ölçektir. Türkiye'de geçerlik güvenirlik çalışması Öy tarafından 1991 yılında yapılmıştır (237). Çocuklar için depresyon ölçeği 6–17 yaş arasındaki çocuklara uygulanabilmektedir. Madde ve bütünlük korelasyonları, iç tutarlılığı, test–tekrar test güvenirliği ve ayırıcı geçerliliği kabul edilebilirdir. Toplam 27 maddeden oluşan ölçekte çocuğun son iki hafta içindeki tutumunu değerlendirip üç seçenek arasından kendisine en uygun cümleyi seçerek işaretlemesi istenir. Verilen cevaplara 0 ile 2 arasında değişen puanlar verilir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 54 en düşük puan 0'dır. Kesim puanı olarak 19 önerilir. 19 ve üstü patolojik kabul edilir.

3.2.5. Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği (ÇATÖ) (EK-5)

Birmaher B ve ark. tarafından 1997 yılında geliştirilen Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği-anne baba formu ve Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği-çocuk formu çocuğun anksiyetesini değerlendiren 41 maddeden oluşmaktadır (238). Her madde, belirtinin şiddetine göre 0,1 veya 2 puan alır. Toplam puan ve 5 ayrı faktör puanı elde edilir.

Toplam puan kesim noktası 25 olarak önerilmektedir ve bir Anksiyete Bozukluğu varlığına işaret edebileceği düşünülmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 82 olup alınan puan ne kadar yüksekse kaygı düzeyi o kadar yüksektir. Her bir faktör ayrı bir Anksiyete Bozukluğu'na işaret eder. Her biri ayrı hesaplanan 5 faktör puanının kendi kesim noktaları vardır ve sırasıyla şöyle hesaplanır: Panik Bozukluk ve somatik belirti: 1, 6, 9, 12, 15, 18, 19, 22, 24, 27, 30, 34 ve 38. maddenin toplam puanı 7 ve üzeri; Yaygın Anksiyete Bozukluğu: 5, 7, 14, 21, 23, 28, 33, 35 ve 37. maddenin toplam puanı 9 ve üzeri; Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu: 4, 8, 13, 16, 20, 25, 29 ve 31. maddenin toplam puanı 5 ve üzeri; Sosyal Anksiyete Bozukluğu: 3, 10, 26, 32, 39, 40 ve 41. maddenin toplam puanı 8 ve üzeri; Okul Fobisi: 2, 11, 17 ve 36. maddenin toplam puanı 3 ve üzeri. Çocuklarda

Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği'nin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması, Çakmakçı FK tarafından 2003 yılında yapılmıştır (239).

3.2.6. Ana Baba Tutum Ölçeği (ABTÖ) (Parenting Style Inventory-PSI) (EK-6)

Lamborn, Mounts, Steinberg ve Dornbusch (1991) tarafından çocukların anne-babalarının tutumlarını algılayışları arasındaki farklılıkları değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir (240). Ölçek 10 yaş ve üzerindeki çocuk ve ergenlere uygulanabilmekte ve toplam 26 maddeden oluşmaktadır. Ölçek puanlarına uygulanan faktör analizi sonucu; kabul/ilgi (acceptance/ involvement), kontrol/ denetleme (strictness/supervision) ve psikolojik özerklik (psychological auto nomy) boyutları olmak üzere üç faktör ortaya çıkmıştır. Ölçekteki kabul/ilgi ve psikolojik özerklik boyutlarındaki maddeler 4 dereceli Likert-tipi ölçek üzerinde değerlendirilmektedir. Kontrol/denetleme boyutundaki maddelerin ilk ikisi 7 dereceli, diğer maddeler ise 3 dereceli Likert-tipi ölçek üzerinde değerlendirilmektedir. Kabul/ilgi, psikolojik özerklik ve kontrol-denetleme alt ölçekleri için hesaplanan Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı sırasıyla. 72, .82 ve .76'dır. Ölçeği'nin uyarlama çalışması Yılmaz (2000) tarafından ilköğretim, lise ve üniversite öğrencileri üzerinde yapılmıştır. Lise öğrencileri için güvenirlik katsayıları ve iç tutarlık katsayıları sırasıyla; kabul/ ilgi alt ölçeği için. 82 ve.75, kontrol/denetleme alt ölçeği için 88 ve.69, psikolojik özerklik alt ölçeği için.76 ve .66 olarak bulunmuştur. İlköğretim ve lise dönemindeki öğrencilerden elde edilen veriler genel olarak değerlendirildiğinde, anne-baba tutum ölçeğinin üç temel boyutu yansıttığı görülmüştür. Bu boyutlar özgün ölçekteki gibi kabul/ilgi, psikolojik özerklik ve kontrol/denetleme boyutlarını yansıtan maddelerden oluşmaktadır (241).

3.2.7. Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği (AHÇYTÖ) (Parental Attitude Research Instrument-PARI) (EK-7)

Yapılan bu ölçek, 60 maddeden oluşan Shaffer ve Bell tarafından geliştirilen likert tipi bir ölçektir(242,243). Ölçeğin Türkçeye uyarlanması, Le Compte ve Özer (1978) tarafından yapılmıştır. Bu ölçek ebeveynlerin çocuk yetiştirme tutumlarının değerlendirilmesi için kullanılır ve anne- babalar tarafından doldurulur. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0.91'dir. AHÇYTÖ aşırı annelik, demokratik tutum ve eşitlik

tanıma, ev kadınlığını reddetme, karı-koca geçimsizliği, otoriter tutum gibi 5 farklı boyutu değerlendirir. 1- 4 arasında puanlanan AHÇYTÖ'nin değerlendirilmesi sırasında 2, 29, 44. maddeler dışında tüm maddeler doğrudan işaretlenen dereceye göre puanlanır. Ölçekten toplam puan elde edilmemekte faktör puanları değerlendirilmektedir. Faktör puanları ayrı ayrı toplanıp 5 ayrı boyutu yansıtan 5 ayrı puan hesaplanır. "Demokratik tutum ve eşitlik tanıma" boyutu dışındaki boyutlarda puan artışı olumsuz anne-baba tutumlarını gösterir. AHÇYTÖ'nin alt ölçeklerinden 15 alınabilecek en yüksek puan aşırı annelik için 64, demokratik tutum ve eşitlik tanıma için 36, ev kadınlığını reddetme için 52, karı-koca geçimsizliği için 24, baskı ve disiplin alt ölçeği için 64'tür(244).

3.2.8. Conners Ana Baba Derecelendirme Ölçeği Kısa Form (CADÖ-48) (Conners' Parent Rating Scale-Short form) (EK-8)

Dereboy ve arkadaşları tarafından Türkçe uyarlaması yapılmıştır. 48 maddeden oluşan bir ölçektir. 6 madde öğrenme sorunu faktörünü, 4 madde hiperaktivite faktörünü, 5 madde karşı gelme faktörünü, 12 madde davranım sorunu faktörünü, 8 madde kaygı sorunu faktörünü, 5 madde psikosomatik sorun faktörünü taramaktadır. "Hiçbir zaman", "nadiren", "sıklıkla" ve "her zaman" seçenekleri sırasıyla; "0", "1", "2" ve "3" olarak puanlanmaktadır.

Uyarlanmış alt ölçekler için hesaplama kesme noktaları Davranım sorunu alt ölçeği için en az 18, Öğrenme sorunu alt ölçeği için en az 5, Ataklık/Hiperaktivite alt ölçeği için en az 6, Karşı gelme alt ölçeği için en az 7 puan ve üstünü alan deneklerin sorunlu alanda yer aldıkları kabul edilmiştir (245,246)

3.2.9. Çocuk Uyku Alışkanlıkları Anketi-Kısa Form (ÇUAA) (Children's Sleep Habits Questionnaire (CSHQ)-Abbreviated Form) (EK-9)

Çocukların uyku alışkanlıklarını ve uyku ile ilişkili sorunlarını araştırmaya yönelik olarak 2000 yılında Owens ve arkadaşları tarafından geliştirilen Children"s Sleep Habits Questionnaire (CSHQ)- Kısaltılmış Formu toplam 33 madden oluşmaktadır (247). Ölçekteki maddelerin çoğu 3 puana karşılık gelen "genellikle" (belirtilen davranış haftada 5-7 kez oluyorsa), 2 puana karşılık gelen "bazen"(haftada 2-4 kez oluyorsa) ve 1 puana karşılık gelen "nadiren"((haftada 0-1

kez oluyorsa) şeklinde kodlanmakta; 1,2,3,10,11 ve 26. maddeler ters kodlanmaktadır (genellikle: 1, bazen: 2 ve nadiren: 3). Otuz ikinci ve 33. maddeler de uykusu gelmez: 0, çok uykusu gelir: 1, uyuyakalır: 2 olarak kodlanmaktadır. Toplamda elde edilen 41 puan kesim noktası olarak kabul edilmekte ve bunun üzerindeki değerler 'klinik düzeyde anlamlı' olarak değerlendirilmektedir. Ankette çocuğun uyku alışkanlıkları (yatma saati, bütün gün boyunca uykuda geçirdiği süre, gece uyandığında uyanık kaldığı süre) ile ilgili açık uçlu üç soru bulunmaktadır. Ayrıca Fiş ve arkadaşları ölçeğin orijinalindeki alt boyutların faktör analizine dayanmaksızın geliştiricilerin yorumlarına göre oluşturulmuş olduğunu belirtip kendilerinin ölçeğin orijinalindeki 8 alt boyut yerine faktör analizine dayanan 11 alt boyut bulduklarını söylemişlerdir. Bu alt boyutlar; sabah zor uyanma, uykunun bölünmesi ile ilgili parasomniler, uyku kaygısı, uykuda solunumun bozulması, diğer parasomniler, sabah uyanma şekli, uyku miktarı, uykuya geçiş, başkalarıyla yatma ihtiyacı, gündüz uykululuğu ve gece altını ıslatmadır. Bu ölçeğin geçerlilik ve güvenirlilik çalışması Perdahlı Fiş ve ark. tarafından yapılmıştır (248).

3.2.10. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) (EK-10)

Buysse ve ark.(1989) tarafından geliştirilmiş, Ağargün ve ark.(1996) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır (249,250). Geçmiş bir aylık sürede uyku kalitesini ve bozukluğunu değerlendiren, 19 maddelik bir özbildirim ölçeğidir. Her maddesi eşit olarak 0-3 arasında puanlanır. 7 alt ölçek bulunmaktadır. Subjektif uyku kalitesi, uyku latensi, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği, uyku bozuklukları, uyku ilacı kullanımı ve gündüz işlevsellik kaybını değerlendirmektedir. Alt ölçeklerinin toplanarak 0-21 arasında puan elde edilir. Toplam PUKİ puanının beşten büyük olması bireyin uyku kalitesinin yetersiz olduğuna işaret etmektedir. Toplam puanın yüksek oluşu uyku kalitesinin kötü oluşunu işaret etmektedir. 0-4 puan arası iyi uyku kalitesini, 5-7 arası puan ılımlı uyku kalitesini,7-21 ciddi kötü uyku kalitesi olduğunu gösterir.

3.3. İSTATİKSEL ANALİZ

Araştırmada değerlendirilen BB ve SCH tanılı ve KG annelerin ve çocuklarının sosyodemografik ve klinik özellikleri sayı, yüzde, ortalama, standart sapma gibi betimleyici istatistiksel analizlerle değerlendirildi. BB, SCH Ve KG

olmak üzere üç grup arasında cinsiyet, eğitim durumu, psikopatoloji varlığı, ebeveyn tutumu gibi oranların karşılaştırılması Pearson Ki-Kare Analizi ve Fisher Kesin Ki-Kare Analizi (%<5,0) ile yapıldı. BB, SCH ve KG olmak üzere üç grup arasında yaş, ÇDÖ, ÇATÖ, ABTÖ, AHÇYTA, CADÖ-48, ÇUAA-KF ve PUKİ ortalamaları normal dağılan verilerde Tek Yönlü ANOVA Analizi, normal dağılmayan verilerde Kruskal Wallis-H Testi ile karşılaştırıldı. Buna ek olarak gruplar arasında ikili karşılaştırmalar Tek Yönlü ANOVA Analizi Tukey Testi ile; Kruskal Wallis-H Testi ile Mann Whitney U testi ile karşılaştırıldı. Araştırmada ÇDÖ, ÇATÖ, ABTÖ, AHÇYTA, CADÖ-48, ÇUAA-KF ve PUKİ skorları arasındaki ilişkiler normal dağılan verilerde Pearson Korelasyon Analizi, normal dağılmayan verilerde Spearman Korelasyon Analizi kullanıldı. Verilerin normal dağılıma uygunluğu basıklık ve çarpıklık değerleriyle (±1,5) kontrol edildi. Tüm analizler için anlamlılık seviyesi p<0,05 olarak belirlendi. Analizlerin uygulanmasında IBM SPSS 22.0 programı kullanıldı.

3.4. ETİK

Çalışmanın etik kurul onayı T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu'ndan 03.03.2020 tarihinde 431 protokol numarası ile alınmıştır. (EK-1)

4. BULGULAR

Bu araştırma; bipolar bozukluk ve şizofreni tanısı olan anneler ile eşleştirilmiş sağlıklı kontrol grubu annelerin ebeveyn tutumlarının karşılaştırıldığı ve bu annelerin ebeveyn tutumlarındaki farklılıkların, çocuklarında ortaya çıkan psikopatoloji ile olan ilişkisinin incelendiği kesitsel bir çalışmadır.

Araştırma hipotezlerimizi test etmek amacıyla; araştırma grubuna BB tanılı 30 anne ve 40 çocuğu ile şizofreni (SCH) tanılı 30 anne ve 43 çocuğu; kontrol grubuna (KG) ise herhangi psikiyatri tanısına sahip olmayan 30 anne ve 38 çocuğu alınmak üzere; toplamda 90 anne ile 121 çocuk ve ergen çalışmaya dahil edilmiştir.

4.1. SOSYODEMOGRAFİK BULGULAR

Tablo-1'de araştırmada değerlendirilen çocukların ebeveynlerinin sosyodemografik özellikleri gruplar arasında karşılaştırılmıştır.

Araştırma grupları ve kontrol grubunda bulunan annelerin yaş ortalamaları, çalışma durumları, çalıştıkları meslek grupları ve eğitim düzeyleri; bu değişkenlerin annelerin ebeveyn tutumlarına ve çocuklarında psikopatoloji gelişimine etkilerini kontrol etmek amacıyla eşleştirilmiştir. Araştırmada değerlendirilen BB tanılı annelerin yaş ortalamasının 39,37±5,20, SCH tanılı annelerin yaş ortalamasının 40,87±5,78 ve KG'de bulunan annelerin yaş ortalamasının 40,17±6,11 olduğu; Tek Yönlü ANOVA Analizine göre üç grup arasında yaş ortalamaları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olmadığı gösterilmiştir (F=0,52, p=0,597) (Tablo 1).

Araştırmada değerlendirilen BB tanılı anneye sahip çocukların babalarının yaş ortalamasının 43,34±4,90, SCH tanılı anneye sahip çocukların babalarının yaş ortalamasının 45,38±5,44 ve KG'de bulunan çocukların babalarının yaş ortalamasının 43,50±6,11 olduğu; Tek Yönlü ANOVA Analizine göre yaş ortalamaları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olmadığı gösterilmiştir (F=1,23, p=0,298) (Tablo 1).

Fisher Kesin Ki-Kare Analizine göre; üç grup arasında sadece babaların çalışma durumlarının istatistiksel açıdan anlamlı derecede farklılık gösterdiği

(X2=20,33, p=0,007) bulunmuştur. SCH grubundaki çocukların babalarının 4'ünün (%13,3) işsiz olduğu; BB ve KG'de bulunan çocukların babalarında işsiz olma durumunun bulunmadığı görülmektedir (Tablo 1).

Tablo 1: Araştırmada değerlendirilen çocukların ebeveyn özelliklerinin gruplar arasında karşılaştırılması

		BB		SCH		KG			
		Ort./n	SS./%	Ort./n	SS./%	Ort./n	SS./%	Analiz	p
Anne yaşı		39,37	5,20	40,87	5,78	40,17	6,11	F=0,52	0,597
Annenin eğitim durumu	İlkokul	16	53,3	16	53,3	16	53,3	X2=11,30	0,296
	Lise	4	13,3	1	3,3	4	13,3		
	Okuryazar	3	10,0	5	16,7	0	0,0		
	Ortaokul	3	10,0	6	20,0	5	16,7		
	Üniversite	4	13,3	2	6,7	5	16,7		
Annenin mesleği	Ev hanımı	26	86,7	29	96,7	22	73,3	X2=9,00	0,070
	İşçi	1	3,3	0	0,0	2	6,7		
	Memur	3	10,0	0	0,0	5	16,7		
	Serbest meslek	0	0,0	1	3,3	1	3,3		
Baba yaşı		43,34	4,90	45,38	5,44	43,50	6,11	F=1,23	0,298
Babanın eğitim durumu	İlkokul	13	43,3	15	50,0	9	30,0	X2=14,43	0,054
	Lise	9	30,0	4	13,3	8	26,7		
	Okuryazar	3	10,0	2	6,7	0	0,0		
	Ortaokul	3	10,0	7	23,3	4	13,3		
	Üniversite	2	6,7	2	6,7	9	30,0		
Babanın mesleği	Emekli	0	0,0	3	10,0	2	6,7	X2=20,33	**0,007**
	İşçi	7	23,3	5	16,7	7	23,3		
	İşsiz	0	0,0	4	13,3	0	0,0		
	Memur	3	10,0	0	0,0	4	13,3		
	Özel sektörde işçi dışı çalışma	1	3,3	0	0,0	5	16,7		
	Serbest meslek	19	63,3	18	60,0	12	40,0		

Ort.=Ortalama, SS.=Standart Sapma, F=Tek Yönlü ANOVA Analizi, X2=Fisher Kesin Ki-Kare Analizi

Tablo-2'de araştırmada değerlendirilen çocukların ailelerinin özellikleri gruplar arasında karşılaştırılmıştır.

Ki-Kare Analizlerine göre üç grup arasında ailelerin aylık ortalama gelir seviyesi oranlarının (X2=30,11, p<0,001) istatiksel açıdan anlamlı seviyede farklılık gösterdiği; SCH grubundaki ailelerin aylık ortalama gelirinin diğer iki gruptan daha düşük olduğu bulunmuştur (Tablo 2).

Anne-baba arasında akrabalık oranlarının (X2=10,88, p=0,004) istatiksel açıdan anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği; BB ve SCH grubundaki oranların KG'ye göre anlamlı düzeyde düşük olduğu görülmektedir (Tablo 2).

Annelerin ailesinde ruhsal bozukluk öyküsü oranlarının (X2=27,94, p<0,001) gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı seviyede farklılık gösterdiği; BB ve SCH grubundaki oranların KG'ye göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur. SCH grubunda bulunan 43 çocuktan 21'inin (%48,8), BB grubunda 40 çocuktan 18'inin (%45) annesinin ailesinde ruhsal bozukluk öyküsü bulunmasına karşın KG'de bulunan 38 çocuktan 1'inin (%2,6) annesinin ailesinde ruhsal bozukluk öyküsü bulunduğu görülmektedir (Tablo 2).

Tablo 2: Araştırmada değerlendirilen çocukların aile özelliklerinin gruplar arasında karşılaştırılması

		BB		SCH		KG		X2	p
		n	%	n	%	n	%		
Ailenin aylık ortalama geliri	0-1000	0	0,0	3	7,0	3	7,9	30,11[a]	**<0,001**
	1000-2000	5	12,5	7	16,3	2	5,3		
	2000-3000	9	22,5	20	46,5	8	21,1		
	3000-5000	16	40,0	12	27,9	10	26,3		
	5000-10000	5	12,5	1	2,3	13	34,2		
	10000-15000	5	12,5	0	0,0	2	5,3		
Anne-baba arasında akrabalık	Var	8	20,0	9	20,9	19	50,0	10,88[b]	**0,004**
	Yok	32	80,0	34	78,7	19	50,0		
Annenin ailesinde ruhsal bozukluk öyküsü	Var	18	45,0	21	48,8	1	2,6	27,94[a]	**<0,001**
	Yok	22	55,0	22	51,2	37	97,4		

a=Fisher Kesin Ki-Kare Analizi, b =Pearson Ki-Kare Analizi

Araştırmada değerlendirilen çocukların sosyodemografik özellikleri Tablo-3'te özetlenmiştir.

Araştırmamızda; BB tanılı annelerin çocuklarının yaş ortalamalarının 12,60±2,78, SCH tanılı annelerin çocuklarının yaş ortalamalarının 12,30±3,20 ve KG'de bulunan annelerin çocuklarının yaş ortalamalarının 12,32±3,10 olduğu; üç grup arasında çocukların yaş ortalamaları açısından anlamlı düzeyde farklılık olmadığı saptanmıştır (F=0,12, p=0,884). Araştırmamızda BB tanılı annelerin çocuklarının 21'inin (%52,5), SCH tanılı annelerin çocuklarının 21'inin (%48,8) ve kontrol grubundaki annelerin çocuklarının 22'sinin (%57,9) erkek olduğu; ve üç grup arasında cinsiyet özellikleri açısından gruplar arasında anlamlı düzeyde farklılık olmadığı saptanmıştır (X2=0,67, p=0,716) (Tablo 3).

Fisher Kesin Ki-Kare Analizine göre; BB, SCH ve KG'de bulunan çocukların aile tipi oranları istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği (X2=12,51, p=0,010); BB grubunda yer alan çocukların daha yüksek oranda boşanmış aile tipine sahip olduğu saptanmıştır. BB grubunda yer alan 40 çocuktan 9'unun (%22,5), SCH grubunda yer alan 43 çocuktan 2'sinin (%4,7), KG'de yer alan 38 çocuktan 1'inin (%2,6) boşanmış ebeveynlere sahip olduğu görülmektedir (Tablo 3).

Üç grup arasında kardeş sayısı oranlarının (F=17,33, p=0,033), toplam kardeş sayısı ortalamalarının (F=7,12, p=0,001); tek Yönlü ANOVA Analizine göre ise, üç grup arasında kardeş sırası ortalamalarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede farklılık gösterdiği (F=3,98, p=0,021) bulunmuştur. Şizofreni tanılı annelerin daha fazla çocuk sahibi oldukları ve şizofreni tanılı anneye sahip çocukların kardeşleri arasında sıralama olarak daha küçük yaşta oldukları görülmektedir (Tablo 3).

Üç grupta bulunan çocukların ders başarısı puan ortalamaları (F=16,91, p<0,001) ve ders başarı seviyesi oranlarının (X2=25,59, p<0,001) gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı seviyede farklılık gösterdiği görülmektedir. BB ve SCH tanılı annelerin çocuklarının ders notlarının ortalaması sırasıyla 67,78 ve 64,91 iken; kontrol grubu annelerin çocuklarının ders notu ortalaması 84,12'dir. BB ve SCH gruplarındaki çocukların ders başarısı daha çok orta seviyeye denk düşerken, kontrol

grubundaki çocukların büyük çoğunluğunun çok iyi seviyede başarı gösterdiği görülmektedir (Tablo 3).

Tablo 3: Araştırmada değerlendirilen çocukların sosyodemografik özelliklerinin gruplar arasında karşılaştırılması

		BB		SCH		KG		Analiz	p
		Ort./n	SS./%	Ort./n	SS./%	Ort./n	SS./%		
Çocuğun yaşı		12,60	2,78	12,30	3,20	12,32	3,10	F=0,12	0,884
Çocuğun cinsiyeti	Erkek	21	52,5	21	48,8	22	57,9	X2=0,67[a]	0,716
	Kız	19	47,5	22	51,2	16	42,1		
Aile tipi	Boşanmış	9	22,5	2	4,7	1	2,6	X2=12,51[a]	**0,010**
	Çekirdek	27	67,5	33	76,7	35	92,1		
	Geniş	4	10,0	8	18,6	2	5,3		
Kardeş sayısı	1,00	7	17,5	2	4,7	3	7,9	X2=17,33[b]	**0,033**
	2,00	22	55,0	15	34,9	15	39,5		
	3,00	7	17,5	12	27,9	16	42,1		
	4,00	4	10,0	9	20,9	3	7,9		
	5,00	0	0,0	3	7,0	0	0,0		
	6,00	0	0,0	2	4,7	1	2,6		
Toplam kardeş sayısı		2,20	0,85	3,05	1,21	2,61	0,95	F=7,12	**0,001**
Kaçıncı çocuk	1,0	20	50,0	12	27,9	19	50,0	X2=9,69[b]	0,227
	2,0	14	35,0	16	37,2	9	23,7		
	3,0	4	10,0	7	16,3	7	18,4		
	4,0	2	5,0	6	14,0	3	7,9		
	5,0	0	0,0	2	4,7	0	0,0		
Kardeş sırası		1,70	0,85	2,30	1,17	1,84	1,00	F=3,98	**0,021**
Çocuğun eğitimi Kaçıncı sınıfta		7,90	2,65	7,16	2,85	7,42	3,16	F=0,69	0,504
Ders başarısı (puan)		67,78	14,85	64,91	14,61	84,12	13,78	F=16,91	**<0,001**
Ders başarı seviyesi	Çok iyi (85-100)	11	27,5	9	20,9	26	68,4	X2=25,59[b]	**<0,001**
	İyi (70-84)	9	22,5	12	27,9	8	21,1		
	Orta (55-69)	14	35,0	14	32,6	3	7,9		
	Kötü (40-54)	6	15,0	8	18,6	1	2,6		

Ort.=Ortalama, SS.=Standart Sapma, F=Tek Yönlü ANOVA Analizi, X2[a] =Pearson Ki-Kare Analizi, X2[b]=Fisher Kesin Ki-Kare Analizi

4.2. ÇOCUKLARIN PERİNATAL VE GELİŞİM DÖNEMLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo-4'te araştırmada değerlendirilen çocukların perinatal dönem özellikleri gruplar arasında karşılaştırılmıştır.

Ki-Kare Analizlerine göre üç grup arasında gebelik süresi oranlarının ($X2=10,76$, $p=0,003$), gebelikte sigara kullanım oranlarının ($X2=15,69$, $p<0,001$), doğumda komplikasyon varlığı oranlarının ($X2=5,18$, $p=0,047$) ve gebelik kararının ($X2=8,79$, $p=0,012$) istatistiksel açıdan anlamlı seviyede farklılık gösterdiği bulunmuştur. Gebeliğin süresinin preterm olma oranı KG'de bulunan çocukların gebeliklerinde, BB ve SCH gruplarına göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Annelerin gebelik dönemlerinde sigara kullanımının BB ve SCH grubundaki annelerde; KG'de yer alan annelere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur. Doğumda komplikasyon varlığının BB grubunda KG'ye göre daha yüksek oranda saptandığı görülmektedir. Gebeliğin plansız olmasının ise SCH grubundaki annelerde diğer iki gruba göre anlamlı düzeyde daha yüksek oranda saptandığı görülmektedir (Tablo 4).

Tablo 4: Araştırmada değerlendirilen çocukların perinatal dönem özelliklerinin gruplar arasında karşılaştırılması

		BB		SCH		KG		Analiz	p
		Ort./n	SS./%	Ort./n	SS./%	Ort./n	SS./%		
Gebelik süresi	term	39	97,5	40	93,0	28	73,7	X2=10,76[a]	**0,003**
	preterm	1	2,5	3	7,0	10	26,3		
Gebelikte sorun	Var	7	17,5	8	18,6	6	15,8	X2=2,39[b]	0,810
	Yok	33	82,5	35	81,4	32	84,2		
Gebelikte sigara kullanımı	Var	15	37,5	9	20,9	1	2,6	X2=15,69[a]	**<0,001**
	Yok	25	62,5	34	79,1	37	97,4		
Doğumda annenin yaşı		26,97	5,32	28,47	6,07	27,45	5,46	F=0,76	0,470
Doğum şekli	Normal	25	62,5	19	44,2	18	47,4	X2=3,14[b]	0,211
	Sezaryen	15	37,5	24	55,8	20	52,6		
Doğumda komplikasyon	Var	5	12,5	2	4,7	0	0,0	X2=5,18[a]	**0,047**
	Yok	35	87,5	41	95,3	38	100,0		
Doğum kilosu	1,00	35	87,5	39	90,7	36	94,7	X2=1,24[b]	0,538
	2,00	5	12,5	4	9,3	2	5,3		
Gebelik kararı	Planlı	25	62,5	18	41,9	28	73,7	X2=8,79[b]	**0,012**
	Planlı degil	15	27,5	25	58,1	10	26,3		

Ort.=Ortalama, SS.=Standart Sapma, F=Tek Yönlü ANOVA Analizi, X2[a]=Fisher Kesin Ki-Kare Analizi, X2[b] =Pearson Ki-Kare Analizi

Tablo-5'te araştırmada değerlendirilen çocukların gelişim özellikleri gruplar arasında karşılaştırılmıştır.

Ki-Kare Analizlerine göre üç grup arasında çocuğa bakımda anneye yardımcı olan kişilerin oranlarının (X2=23,71, p=0,016) istatiksel açıdan anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği, KG'de bulunan annelerin %71,1'inin, SCH grubundaki annelerin %46,5'inin, BB grubundaki annelerin %32,5'inin herhangi birinden yardım almadan çocuklarına baktıkları görülmektedir (Tablo 5).

Annelerin doğumdan sonraki ilk üç yıllık dönemde bildirdikleri ruhsal durum oranlarının (X2=15,94, p<0,001) üç grup arasında istatiksel açıdan anlamlı seviyede farklılık gösterdiği; SCH tanılı annelerin diğer iki gruba göre anlamlı düzeyde daha yüksek oranda o dönemde kendilerinin mutsuz olduğunu ifade ettikleri görülmektedir. Bu dönemde çocukların gelişim basamaklarında gecikme oranlarının (X2=16,56, p<0,001) istatistiksel açıdan anlamlı seviyede farklılık gösterdiği bulunmuştur. SCH grubunda yer alan annelerin çocuklarının hem BB, hem de KG'de

yer alan annelerin çocuklarına göre anlamlı düzeyde daha yüksek oranda gelişim basamaklarında gecikme gösterdiği görülmektedir (Tablo 5).

Tablo 5: Araştırmada değerlendirilen çocukların gelişim dönemi özelliklerinin gruplar arasında karşılaştırılması

		BB		SCH		KG		Analiz	p
		Ort./n	Med./SS./%	Ort./n	Med./SS./%	Ort./n	Med./SS./%		
Çocuğa kim baktı	Anne	34	85,0	37	86,0	38	100,0	X2=9,40[a]	0,146
	Anneanne	3	7,5	4	9,3	0	0,0		
	Babaanne	2	5,0	1	2,3	0	0,0		
	Hala	0	0,0	1	2,3	0	0,0		
	Yenge	1	2,5	0	0,0	0	0,0		
Bakarken yardımcı olan kişi	Abla	1	2,5	5	11,6	0	0,0	X2=23,71[a]	**0,016**
	Anneanne	11	27,5	10	23,3	6	15,8		
	Baba	1	2,5	0	0,0	1	2,6		
	Babaanne	10	25,0	7	16,3	4	10,5		
	Hala	0	0,0	1	2,3	0	0,0		
	Diğer	1	2,5	0	0,0	0	0,0		
	Teyze	2	5,0	0	0,0	0	0,0		
	Yenge	1	2,5	0	0,0	0	0,0		
	Yok	13	32,5	20	46,5	27	71,1		
Anne sütü alma süresi		10,50	10,53	12,91	11,73	16,18	8,75	F=2,86[b]	0,060
Annenin ilk 3 yıl ruhsal durumu	Mutlu	31	77,5	23	53,5	35	92,1	X2=15,94[c]	**<0,001**
	Mutsuz	9	22,5	20	46,5	3	7,9		
Gelişim basamaklarında gecikme	Var	9	22,5	19	44,2	2	5,3	X2=16,56[c]	**<0,001**
	Yok	31	77,5	24	55,8	36	94,7		
Yürüme zamanı		1,10	1,00	1,19	1,00	1,04	1,00	X2=3,30[d]	0,192
Konuşma zamanı		1,98	2,00	2,20	2,00	1,89	2,00	X2=3,53[d]	0,171
Tuvalet eğitimi zamanı		2,39	2,00	2,23	2,00	2,25	2,00	X2=1,49[d]	0,476
Kronik bir hastalık var mı	Evet	4	10,0	2	4,7	3	7,9	X2=0,96[a]	0,628
	Hayır	36	90,0	41	95,3	35	92,1		
Çocuk kreşe gitti mi	Evet	14	35,0	9	20,9	12	31,6	X2=2,19[c]	0,335
	Hayır	26	65,0	34	79,1	26	68,4		

Ort.=Ortalama, Med.=Medyan, SS:=Standart Sapma, X2[a]=Fisher Kesin Ki-Kare Analizi, F[b]=Tek Yönlü ANOVA Analizi (SS.), X2[c] = Kruskal Wallis-H Testi (Med.), X2[d] =Pearson Ki-Kare Analizi

4.3. AİLE TUTUMLARININ BİLDİRİMİNE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo-6'da araştırmada değerlendirilen çocukların ve annelerinin aile içinde gösterilen tutumlarla bağlantılı bildirimleri gruplar arasında karşılaştırılmıştır.

Ki-Kare Analizine göre üç grup arasında annenin ilk üç yıl çocuğu ile ilişkisinin kalitesi oranlarının (X2=12,29, p=0,010) istatiksel açıdan anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği; SCH grubunda yer alan anne ve çocukların doğumdan sonraki ilk 3 yıllık dönemdeki ilişkilerinin kalitesinin çok iyi olarak ifade eden annelerin oranın diğer iki gruba göre daha az oranda olduğu; buna karşın kötü olarak değerlendiren SCH tanılı annelerin oranının diğer iki gruba göre daha yüksek oranda olduğu görülmektedir (Tablo 6).

Anneye göre evde çocuğa sınır koyan kişilerin oranlarının (X2=54,14, p<0,001) ve çocuğa göre evde kural koyan kişilerin oranlarının (X2=47,95, p<0,001) üç grup arasında istatiksel açıdan anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği; hem anne, hem de çocukların bildirimlerine göre BB ve SCH grubundaki ailelerde çocuğa sınır koyanın yüksek oranda baba olduğu, KG'deki ailelerde ise bu kişinin yüksek oranda anne ya da anne ve baba olduğu görülmektedir (Tablo 6).

Çocuğa göre evde kural konulup konulmadığı yönündeki bildirimlerin oranlarının (X2=10,49, p=0,005) üç grup arasında istatiksel açıdan anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği; BB ve SCH grubundaki ailelerde kural konulma oranlarının KG'ye göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu görülmektedir (Tablo 6).

Ek olarak çocuğa göre annesinin sorumluluklarını yapmasına izin verme oranlarının (X2=6,77, p=0,034) istatistiksel açıdan anlamlı seviyede farklılık gösterdiği; BB ve SCH grubundaki annelerin çocuklarının sorumluluklarına izin verme oranlarının KG'deki annelere göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu görülmektedir (Tablo 6).

Çocuğun anne ile aktivite yapma oranlarının (X2=10,46, p=0,005) ve çocuğun baba ile aktivite yapma oranlarının (X2=9,89, p=0,007) üç grup arasında istatiksel açıdan anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği görülmektedir. SCH grubunda yer alan annelerin; hem BB grubunda, hem de KG'de yer alan annelerden anlamlı düzeyde daha düşük oranda çocuklarıyla aktivite yaptıkları saptanmıştır. BB ve SCH

grubunda yer alan çocukların babaları ile aktivite yapma oranlarının; KG'ye göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu bulunmuştur (Tablo 6).

Tablo 6: Araştırmada değerlendirilen çocukların aile tutumlarıyla bağlantılı özelliklerin gruplar arasında karşılaştırılması

		BB		SCH		KG		X2	p
		n	%	n	%	n	%		
Annenin ilk 3 yıl çocuğu ile ilişkisinin kalitesi	Çok iyi	36	90,0	34	79,1	36	94,7	12,29[a]	**0,010**
	İyi	2	5,0	1	2,3	1	2,6		
	Orta	1	2,5	0	0,0	1	2,6		
	Kötü	1	2,5	8	18,6	0	0,0		
Anneye göre evde çocuğa sınır koyan	Aile büyükleri	3	7,5	4	9,3	0	0,0	54,14[a]	**<0,001**
	Anne	12	30,0	7	16,3	17	44,7		
	Anne ve baba	2	5,0	0	0,0	16	42,1		
	Baba	16	40,0	18	41,9	3	7,9		
	Yok	7	17,5	14	32,6	2	5,3		
Anne çocuğunun sorumluluklarını yapmasına izin veriyor mu?	Evet	38	95,0	39	90,7	37	97,4	1,55[a]	0,560
	Hayır	2	5,0	4	9,3	1	2,6		
Çocuk, anne ile aktivite yapıyor mu	Evet	31	77,5	23	53,5	32	84,2	10,46[b]	**0,005**
	Hayır	9	22,5	20	46,5	6	15,8		
Çocuk, baba ile aktivite yapıyor mu	Evet	25	64,1	23	54,8	33	86,8	9,89[b]	**0,007**
	Hayır	14	35,9	19	44,2	5	13,2		
Çocuğa göre evde kurallar konuluyor mu	Evet	23	57,5	22	51,2	32	84,2	10,49[b]	**0,005**
	Hayır	17	42,5	21	48,8	6	15,8		
Çocuğa göre evde kuralları kim koyuyor	Abla	0	0,0	1	4,5	0	0,0	47,95[a]	<**0,001**
	Aile büyükleri	2	8,7	2	9,1	0	0,0		
	Anne	8	34,8	6	27,3	18	56,3		
	Anne ve baba	1	4,3	0	0	14	43,8		
	Baba	12	52,2	13	59,1	0	0,0		
Çocuk kurallardan memnun mu	Evet	16	69,6	17	77,3	19	59,4	1,97[b]	0,374
	Hayır	7	30,4	5	22,7	13	40,6		
Çocuğun anne ile şu anki ilişkisinin kalitesi	İyi	32	80,0	34	79,1	37	97,4	8,59[a]	0,054
	Kötü	6	15,0	5	11,6	0	0,0		
	Orta	2	5,0	4	9,3	1	2,6		
Çocuğa göre, anne sorumluluklarını yapmasına izin veriyor mu	Evet	32	80,0	35	81,4	37	97,4	6,77[a]	**0,034**
	Hayır	8	20,0	8	18,6	1	2,6		

a=Fisher Kesin Ki-Kare Analizi, b =Pearson Ki-Kare Analizi

4.4. EBEVEYN TUTUMLARINA İLİŞKİN BULGULAR

Tablo-7'de çocuklar tarafından doldurulan ve annelerin ebeveyn tutumlarının değerlendirildiği ABTÖ alt ölçeklerinin puan ortalamaları üç grup arasında karşılaştırılmıştır.

Tek Yönlü ANOVA Analizine göre üç grup arasında; kabul-ilgi alt ölçeği puan ortalamalarının istatistiksel açıdan anlamlı derecede farklılık gösterdiği (F=5,30, p=0,007) bulunmuştur. Tukey Testine göre KG'de bulunan çocukların kabul-ilgi alt ölçeği ortalamalarının BB tanılı grupta bulunan çocukların (p=0,038) ve SCH tanılı grupta yer alan çocukların (p=0,005) ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu bulunmuştur. Kruskal Wallis-H Testine göre üç grup arasında kontrol-denetleme alt ölçek skorlarının üç grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı seviyede farklılık gösterdiği (X2=9,43, p=0,001) bulunmuştur. Mann Whitney U testine göre KG'de bulunan çocukların kontrol-denetleme alt ölçek puan ortalamalarının SCH tanılı grupta yer alan çocukların ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu (p=0,001) bulunmuştur (Tablo 7).

Tablo 7: Üç grup arasında ABTÖ ortalamalarının karşılaştırılması

												İkili Karşılaştırmalar		
	BB (I)			SCH (II)			KG (III)					I-II	I-III	II-III
	Ort.	Med.	SS.	Ort.	Med.	SS.	Ort.	Med.	SS.	Analiz	p			
Kabul-ilgi	25,80	27,00	5,41	24,97	25,50	6,17	29,10	30,00	4,27	F=5,30	**0,007**	-	**0,038**	**0,005**
Kontrol-denetleme	27,86	30,00	5,12	26,59	27,50	4,94	30,10	31,00	2,33	X2=9,43	**0,009**	-	-	**0,001**
Psikolojik özerklik	21,06	21,00	5,25	20,15	19,00	4,54	22,61	24,00	5,48	F=1,93	0,151	-	-	-

Ort.=Ortalama, Med.=Medyan, SS.=Standart Sapma, F=Tek Yönlü ANOVA Analizi, X2=Kruskal Wallis-H Testi, ABTÖ=Anne Baba Tutum Ölçeği, Tek Yönlü ANOVA Analizi için ikili karşılaştırmalar Tukey Testi, Kruskal Wallis-H Testi için ikili karşılaştırmalar Mann Whitney U testi ile yapılmıştır.

Tablo-8'de anneler tarafından doldurulan ve annelerin ebeveyn tutumlarının değerlendirildiği AHÇYTA alt ölçeklerinin puan ortalamaları karşılaştırılmıştır.

Tek Yönlü ANOVA Analizine göre üç grup arasında aşırı koruyuculuk (F=19,87, p<0,001), karı-koca geçimsizliği (F=5,00, p=0,008) ve otoriter (F=10,94, p<0,001) alt ölçek skorlarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede farklılık gösterdiği bulunmuştur. Buna ek olarak Kruskal Wallis-H Testine göre üç grup arasında demokratik tutum ve eşitlik tanıma alt ölçek skorlarının (X2=16,45, p=<0,001) istatistiksel açıdan anlamlı seviyede farklılık olduğu bulunmuştur. Tukey Testine göre KG'de bulunan çocukların ebeveynlerinin aşırı koruyuculuk alt ölçek skor ortalamalarının BB tanılı (p<0,001) ve SCH tanılı (p<0,001) ebeveynlerinin ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha düşük olduğu bulunmuştur. Tukey Testine göre KG'de bulunan çocukların ebeveynlerinin karı koca geçimsizliği alt ölçek skor ortalamalarının SCH tanılı ebeveynlerin ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha düşük olduğu (p=0,008) bulundu. Tukey Testine göre KG'de bulunan çocukların ebeveynlerinin otoriter alt ölçek skor ortalamalarının BB tanılı (p=0,034) ve SCH tanılı (p<0,001) ebeveynlerinin ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha düşük olduğu bulunmuştur. Mann Whitney U testine göre KG'de bulunan çocukların demokratik tutum ve eşitlik tanıma alt ölçek skor ortalamalarının; BB tanılı (p=0,003) ve SCH tanılı (p<0,001) ebeveynlerinin ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 8).

Tablo 8: Üç grup arasında AHÇYTA ortalamalarının karşılaştırılması

												İkili Karşılaştırmalar		
	BB (I)			SCH (II)			KG (III)					I-II	I-III	II-III
	Ort.	Med.	SS.	Ort.	Med.	SS.	Ort.	Med.	SS.	Analiz	p			
Aşırı koruyuculuk	48,80	47,50	7,34	51,19	50,00	6,84	41,39	42,00	7,47	F=19,87	**<0,001**		**<0,001**	**<0,001**
Demokratik tutum ve eşitlik tanıma	27,75	27,00	3,16	27,65	27,00	3,51	30,37	31,50	3,54	X2=16,45	**<0,001**	-	**0,003**	**<0,001**
Ev kadınlığını reddetme	29,63	28,50	8,58	32,81	34,00	8,31	29,39	29,00	4,89	F=2,69	0,072	-	-	-
Karı-koca geçimsizliği	15,50	16,00	4,29	17,23	18,00	3,73	14,74	15,50	2,75	F=5,00	**0,008**	-	-	**0,008**
Otoriter tutum	41,25	38,50	8,82	45,16	45,00	9,03	36,47	37,50	6,91	F=10,94	**<0,001**		**0,034**	**<0,001**

Ort.=Ortalama, Med.=Medyan, SS.=Standart Sapma, F=Tek Yönlü ANOVA Analizi, X2=Kruskal Wallis-H Testi, AHÇYTA=Aile Hayatı Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği, Tek Yönlü ANOVA Analizi

için ikili karşılaştırmalar Tukey Testi, Kruskal Wallis-H Testi için ikili karşılaştırmalar Mann Whitney U testi ile yapılmıştır.

4.5. ÇOCUKLARDA SAPTANAN PSİKOPATOLOJİLERE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo-9'da araştırmacı tarafından uygulanan yarı yapılandırılmış görüşmeye göre üç grup arasında geçmişte ve şu anda saptanan psikopatolojilerin oranları karşılaştırılmıştır.

Ki-Kare Analizine göre üç grup arasında; geçmişte saptanan psikopatoloji varlığı (X2=15,26, p<0,001) oranlarının istatiksel açıdan anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği; şu anda saptanan psikopatoloji oranlarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede farklılık göstermediği (p>0,05) bulunmuştur. Geçmişte saptanan psikopatoloji oranlarının SCH ve BB grubundaki çocuklarda; KG'de yer alan çocuklara göre anlamlı düzeyde daha yüksek saptandığı görülmektedir (Tablo 9).

Tablo 9: Üç grup arasında geçmişte ve şu anda saptanan psikopatoloji oranlarının karşılaştırılması

		BB (I)		SCH (II)		K G (III)			
		n	%	n	%	n	%	X2	p
Geçmiş	Yok	12	30,0	10	23,3	24	63,2	15,26b	<0,001
	Var	28	70,0	33	76,7	14	36,8		
Şu anda	Yok	17	42,5	17	39,5	24	63,2	5,22b	0,074
	Var	23	57,5	26	60,5	14	36,8		

b=Pearson Ki-Kare Analizi

Tablo-10'da araştırmacı tarafından uygulanan yarı yapılandırılmış görüşmeye göre üç grup arasında geçmişte ve şu anda saptanan psikopatoloji sayılarının oranları karşılaştırılmıştır.

Ki-Kare Analizlerine göre üç grup arasında şu anda sahip oldukları psikopatoloji sayısı oranlarının istatiksel açıdan anlamlı düzeyde farklılık göstermediği (X2=15,52, p=0,061), geçmişte saptanan psikopatoloji sayısı oranlarının ise istatistiksel açıdan anlamlı derecede farklılık gösterdiği (X2=25,41, p=0,002) bulunmuştur. BB ve SCH grubundaki çocukların yüksek sayıda

komorbiditeye sahip olma oranlarının KG'deki çocuklardan daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 10).

Tablo 10: Sahip olunan psikopatoloji sayı oranlarının üç grup arasında karşılaştırılması

		BB (I)		SCH (II)		KG (III)			
		n	%	n	%	n	%	X2	p
Şuanda sahip olunan psikopatoloji sayısı	,00	17	42,5	17	39,5	24	63,2	15,52	0,061
	1,00	8	20,0	13	30,2	8	21,1		
	2,00	8	20,0	5	11,6	6	15,8		
	3,00	3	7,5	7	16,3	0	0,0		
	4,00	2	5,0	1	2,3	0	0,0		
	5,00	2	5,0	0	0,0	0	0,0		
Geçmişte sahip olunan psikopatoloji sayısı	,00	12	30,0	10	23,3	24	63,2	25,41	**0,002**
	1,00	6	15,0	11	25,6	6	15,8		
	2,00	11	27,5	9	20,9	7	18,4		
	3,00	6	15,0	9	20,9	0	0,0		
	4,00	2	5,0	4	9,3	1	2,6		
	5,00	3	7,5	0	0,0	0	0,0		

X2=Fisher Kesin Ki-Kare Analizi

Tablo-11'de araştırmacı tarafından uygulanan yarı yapılandırılmış görüşmeye göre çocukların geçmişte sahip olduğu ruhsal bozuklar üç grup arasında karşılaştırılmıştır.

Ki-Kare Analizlerine göre üç grup arasında sadece geçmişte saptanan TSSB (X2=11,17, p=0,002) ve MDB (X2=12,41, p=0,002) tanı oranlarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede farklılık gösterdiği bulunmuştur. BB tanılı anneye sahip çocuklarda TSSB saptanma oranının diğer iki gruba göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Geçmişte MDB saptanan çocukların oranının; BB ve SCH grubunda, KG'ye göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 11).

Tablo 11: Araştırmada değerlendirilen çocukların geçmişteki ruhsal bozukluklarının gruplar arasında karşılaştırılması

		BB		SCH		KG			
		n	%	n	%	n	%	X2	p
DEHB	Yok	29	72,5	30	69,8	30	78,9	0,91[a]	0,635
	Var	11	27,5	13	30,2	8	21,1		
KOKGB	Yok	39	97,5	38	88,4	37	97,4	3,38[b]	0,216
	Var	1	2,5	5	11,6	1	2,6		
DB	Yok	39	97,5	40	93,0	38	100,0	2,61[b]	0,324
	Var	1	2,5	3	7,0	0	0,0		
YAB	Yok	36	90,0	36	83,7	34	89,5	0,90[a]	0,563
	Var	4	10,0	7	16,3	4	10,5		
TSSB	Yok	31	77,5	40	93,0	38	100,0	11,17[b]	**0,002**
	Var	9	22,5	3	7,0	0	0,0		
MDB	Yok	30	75,0	30	69,8	37	97,4	12,41[b]	**0,002**
	Var	10	25,0	13	30,2	1	2,6		
AAB	Yok	37	92,5	40	93,0	36	94,7	0,17[a]	0,917
	Var	3	7,5	3	7,0	2	5,3		
SAB	Yok	38	95,0	39	90,7	37	97,4	1,55[b]	0,560
	Var	2	5,0	4	9,3	1	2,6		
ÖF	Yok	28	70,0	33	76,7	34	89,5	4,50[a]	0,105
	Var	12	30,0	10	23,3	4	10,5		
Agorafobi	Yok	40	100,0	41	95,3	38	100,0	2,44[b]	0,329
	Var	0	0,0	2	4,7	0	0,0		
Enüresiz	Yok	32	80,0	35	81,4	36	94,7	4,07[a]	0,130
	Var	8	20,0	8	18,6	2	5,3		
Enkopresiz	Yok	37	92,5	42	97,7	38	100,0	2,91[b]	0,211
	Var	3	7,5	1	2,3	0	0,0		
OKB	Yok	37	92,5	43	100,0	37	97,4	3,16[b]	0,161
	Var	3	7,5	0	0,0	1	2,6		
Sigara	Yok	36	90,0	41	95,3	36	94,7	1,12[a]	0,570
	Var	4	10,0	2	4,7	2	5,3		
Tik Bozukluğu	Yok	38	95,0	43	100,0	38	100,0	2,73[b]	0,204
	Var	2	5,0	0	0,0	0	0,0		

a=Pearson Ki-Kare Analizi, b=Fisher Kesin Ki-Kare Analiz

Tablo-12'de araştırmacı tarafından uygulanan yarı yapılandırılmış görüşmeye göre çocukların şu anda sahip olduğu ruhsal bozuklar üç grup arasında karşılaştırılmıştır.

Ki-Kare Analizlerine göre üç grup arasında şu anda saptanan TSSB (X2=5,97, p=0,028) ve MDB (X2=6,72, p=0,018) tanı oranlarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede farklılık gösterdiği bulunmuştur. Şu anda TSSB ve MDB saptanan çocukların oranının BB grubunda diğer iki gruba göre daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 12).

Tablo 12: Araştırmada değerlendirilen çocukların şu andaki ruhsal bozukluklarının gruplar arasında karşılaştırılması

		BB		SCH		KG			
		n	%	n	%	n	%	X2	p
DEHB	Yok	29	72,5	31	72,1	30	78,9	0,61[a]	0,738
	Var	11	27,5	12	27,9	8	21,1		
KOKGB	Yok	39	97,5	38	88,4	37	97,4	3,38[b]	0,216
	Var	1	2,5	5	11,6	1	2,6		
DB	Yok	39	97,5	40	93,0	38	100,0	2,61[b]	0,324
	Var	1	2,5	3	7,0	0	0,0		
YAB	Yok	36	90,0	36	83,7	34	89,5	0,90[a]	0,563
	Var	4	10,0	7	16,3	4	10,5		
TSSB	Yok	35	87,5	42	97,7	38	100,0	5,97[b]	**0,028**
	Var	5	12,5	1	2,3	0	0,0		
MDB	Yok	34	85,0	41	95,3	38	100,0	6,72[b]	**0,018**
	Var	6	15,0	2	4,7	0	0,0		
AAB	Yok	40	100,0	42	97,7	38	100,0	1,71[b]	0,999
	Var	0	0,0	1	2,3	0	0,0		
SAB	Yok	38	95,0	39	90,7	37	97,4	1,55[b]	0,560
	Var	2	5,0	4	9,3	1	2,6		
ÖF	Yok	29	72,5	33	76,7	34	89,5	3,70[a]	0,157
	Var	11	27,5	10	23,3	4	10,5		
Agorafobi	Yok	40	100,0	41	95,3	38	100,0	2,44[b]	0,329
	Var	0	0,0	2	4,7	0	0,0		
Enüresiz	Yok	36	90,0	42	97,7	37	97,4	2,64[b]	0,318
	Var	4	10,0	1	2,3	1	2,6		
Enkopresiz	Yok	38	95,0	43	100,0	38	100,0	2,73[b]	0,204
	Var	2	5,0	0	0,0	0	0,0		
OKB	Yok	37	92,5	43	100,0	37	97,4	3,16[b]	0,161
	Var	3	7,5	0	0,0	1	2,6		
Sigara	Yok	36	90,0	41	95,3	37	97,4	1,86[b]	0,390
	Var	4	10,0	2	4,7	1	2,6		
Tik Bozukluğu	Yok	39	97,5	43	100,0	38	100,0	1,85[b]	0,645
	Var	1	2,5	0	0,0	0	0,0		

a=Pearson Ki-Kare Analizi, b=Fisher Kesin Ki-Kare Analizi

Tablo-13'te araştırmacı tarafından uygulanan yarı yapılandırılmış görüşmeye göre çocukların geçmişte sahip olduğu ruhsal bozuklar tanı grupları halinde üç grup arasında karşılaştırılmıştır. Yıkıcı bozukluklar tanı grubunda KOKGB ve DB; dışsallaştırma bozukluklarında DEHB, KOKGB ve DB; anksiyete bozukluklarında YAB, AAB, Sosyal anksiyete bozukluğu (SAB), Özgül fobi (ÖF), agorafobi; dışa atım bozukluklarında enürezis, enkoprezis; içselleştirme bozukluklarında anksiyete bozuklukları, TSSB ve MDB tanılı çocuklar yer almaktadır.

Ki-Kare Analizine göre üç grup arasında geçmişte psikopatoloji tanı grubu oranlarından anksiyete bozukluklarının (X2=6,32, p=0,042), içselleştirme bozukluklarının (X2=14,19, p=0,001) istatistiksel açıdan anlamlı derecede farklılık gösterdiği bulunmuştur. Anksiyete bozukluklarıve içselleştirme bozuklukları görülme oranlarının BB ve SCH grubunda yer alan çocuklarda; KG'deki çocuklara göre daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 13).

Tablo 13: Üç grup arasında geçmiş psikopatoloji tanı grubu oranlarının karşılaştırılması

		BB (I)		SCH (II)		KG (III)			
		n	%	n	%	n	%	X2	p
Yıkıcı davranış bozuklukları	Yok	38	95,0	38	88,4	37	97,4	2,50[a]	0,276
	Var	2	5,0	5	11,6	1	2,6		
Dışsallaştırma bozuklukları	Yok	28	70,0	30	69,8	30	78,9	1,08[b]	0,582
	Var	12	30,0	13	30,2	8	21,1		
Anksiyete bozuklukları	Yok	23	57,5	23	53,5	30	78,9	6,32[b]	**0,042**
	Var	17	42,5	20	46,5	8	21,1		
Dışa atım bozuklukları	Yok	31	77,5	35	81,4	36	94,7	4,80[b]	0,091
	Var	9	22,5	8	18,6	2	5,3		
OKB ve Tik Bozuklukları	Yok	36	90,0	43	100,0	37	97,4	4,58[a]	0,059
	Var	4	10,0	0	0,0	1	2,6		
İçselleştirme Bozuklukları	Yok	17	42,5	18	41,9	30	78,9	14,19[b]	**0,001**
	Var	23	57,5	25	58,1	8	21,1		

a=Fisher Kesin Ki-Kare Analizi, b=Pearson Ki-Kare Analizi

Tablo-14'te araştırmacı tarafından uygulanan yarı yapılandırılmış görüşmeye göre çocukların şu anda sahip olduğu ruhsal bozuklar tanı grupları halinde üç grup arasında karşılaştırılmıştır.

Ki-Kare Analizine göre üç grup arasında şu andaki psikopatoloji tanı grubu oranlarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede farklılık göstermediği (p>0,05) bulunmuştur (Tablo 14).

Tablo 14: Üç grup arasında şu andaki psikopatoloji tanı grubu oranlarının karşılaştırılması

		BB (I)		SCH (II)		KG (III)			
		n	%	n	%	n	%	X2	p
Yıkıcı davranış bozuklukları	Yok	38	95,0	38	88,4	37	97,4	2,50[a]	0,276
	Var	2	5,0	5	11,6	1	2,6		
Dışsallaştırma bozuklukları	Yok	28	70,0	31	72,1	30	78,9	0,88[b]	0,646
	Var	12	30,0	12	27,9	8	21,1		
Anksiyete bozuklukları	Yok	26	65,0	25	58,1	30	78,9	4,05[b]	0,132
	Var	14	35,0	18	41,9	8	21,1		
Dışa atım bozuklukları	Yok	35	87,5	41	95,3	37	97,4	2,97[a]	0,214
	Var	5	12,5	2	4,7	1	2,6		
OKB ve Tik Bozuklukları	Yok	37	92,5	43	100,0	37	97,4	3,16[a]	0,161
	Var	3	7,5	0	0,0	1	2,6		
İçselleştirme Bozuklukları	Yok	25	62,5	25	58,1	30	78,9	4,25[b]	0,120
	Var	15	37,5	18	41,9	8	21,1		

a=Fisher Kesin Ki-Kare Analizi, b=Pearson Ki-Kare Analizi

Tablo-15'te araştırma gruplarında ve kontrol grubunda yer alan çocukların doldurduğu ÇDÖ ve ÇATÖ puan ortalamaları ve ÇATÖ alt ölçek puan ortalamaları üç grup arasında karşılaştırılmıştır.

Tek Yönlü ANOVA Analizine göre üç grup arasında CDI (F=2,57, p=0,081), panik bozukluk-somatik belirti alt ölçeği (F=3,95, p=0,139), yaygın anksiyete bozukluğu alt ölçeği (F=0,20, p=0,823), ayrılma aksiyetesi alt ölçeği (F=0,98, p=0,380), sosyal aksiyete alt ölçeği (F=0,63, p=0,533) ve ÇATÖ (F=1,70, p=0,188) skor ortalamalarının istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde farklılık göstermediği bulunmuştur. Kruskal Wallis-H Testine göre üç grup arasında sadece okul fobisi-okul reddi alt ölçek skor ortalamalarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede farklılık gösterdiği (X2=6,74, p=0,034) bulunmuştur. Buna ek olarak Mann Whitney U testine göre KG'de bulunan çocukların okul fobisi-okul reddi alt ölçek skor ortalamalarının;

BB tanılı ebeveynlerin çocuklarının (p=0,018) ve SCH tanılı ebeveynlerin çocukların (p=0,031) ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 15).

Tablo 15: Üç grup arasında ÇDÖ ve ÇATÖ ortalamalarının karşılaştırılması

												İkili Karşılaştırmalar		
	BB (I)			SCH (II)			KG (III)					I-II	I-III	II-III
	Ort.	Med.	SS.	Ort.	Med.	SS.	Ort.	Med.	SS.	Analiz	p			
ÇDÖ	11,73	10,00	9,26	12,53	11,00	7,57	8,87	9,00	5,15	F=2,57	0,081	-	-	-
Panik bozukluk-somatik belirti	6,15	4,00	6,30	5,53	4,00	5,12	3,87	3,50	2,78	X2=3,95	0,139	-	-	-
Yaygın anksiyete bozukluğu	5,10	4,00	5,03	5,26	5,00	4,32	4,68	4,50	2,97	F=0,20	0,823	-	-	-
Ayrılma anksiyetesi bozukluğu	6,30	5,50	4,20	6,00	5,00	3,83	5,18	5,00	2,66	F=0,98	0,380	-	-	-
Sosyal anksiyete bozukluğu	7,63	7,50	3,20	7,30	8,00	3,69	6,76	7,50	3,31	F=0,63	0,533	-	-	-
Okul fobisi-okul reddi	1,88	1,00	1,98	1,72	2,00	1,72	0,97	0,50	1,26	X2=6,74	**0,034**	-	**0,018**	**0,031**
ÇATÖ	27,05	21,50	17,42	25,81	26,00	14,86	21,47	22,50	7,50	F=1,70	0,188	-	-	-

Ort.=Ortalama, Med.=Medyan, SS.=Standart Sapma, F=Tek Yönlü ANOVA Analizi, X2=Kruskal Wallis-H Testi, CDI=Çocuklar için Depresyon Ölçeği, ÇATÖ=Çocuklarda Anksiyete Bozukluğu Tarama Ölçeği, Tek Yönlü ANOVA Analizi için ikili karşılaştırmalar Tukey Testi, Kruskal Wallis-H Testi için ikili karşılaştırmalar Mann Whitney U testi ile yapılmıştır.

Tablo-16'da araştırma gruplarında ve kontrol grubunda yer alan annelerin doldurduğu CADÖ-48 ve alt ölçeklerinin puan ortalamaları üç grup arasında karşılaştırılmıştır.

Tek Yönlü ANOVA Analizine ve Kruskal Wallis-H Testine göre üç grup arasında davranım sorunu alt ölçeği (X2=0,62, p=0,735), karşı gelme alt ölçeği (X2=0,33, p=0,850), hiperaktivite alt ölçeği (F=0,17, p=0,844), öğrenme sorunu alt ölçeği (X2=0,73, p=0,694), kaygı alt ölçeği (F=0,14, p=0,869), psikosomatik alt ölçeği (X2=0,88, p=0,645) ve CABDÖ (F=0,15, p=0,865) skor ortalamalarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede farklılık göstermediği saptanmıştır (Tablo 16).

Tablo 16: Üç grup arasında CADÖ-48 ve alt ölçeklerinin ortalamalarının karşılaştırılması

												İkili Karşılaştırmalar		
	BB (I)			SCH (II)			KG (III)					I-II	I-III	II-III
	Ort.	Med.	SS.	Ort.	Med.	SS.	Ort.	Med.	SS.	Analiz	p			
Davranım Sorunu Faktörü	3,15	2,00	3,48	3,21	1,00	4,23	2,58	2,00	2,54	X2=0,62	0,735	-	-	-
Karşı Gelme Faktörü	2,10	1,00	2,70	2,09	1,00	2,50	1,92	2,00	1,70	X2=0,33	0,850	-	-	-
Hiperaktivite Faktörü	3,93	4,00	2,78	3,79	3,00	3,24	4,18	4,50	3,14	F=0,17	0,844	-	-	-
Öğrenme Sorunu Faktörü	3,10	3,00	3,11	3,56	3,00	3,55	3,37	3,00	2,42	X2=0,73	0,694	-	-	-
Kaygı Sorunu Faktörü	6,18	6,00	4,41	6,44	5,00	4,92	5,92	5,00	3,77	F=0,14	0,869	-	-	-
Psikosomatik Sorun Faktörü	2,45	1,00	2,95	2,37	1,00	3,30	1,58	1,00	1,60	X2=0,88	0,645	-	-	-
CADÖ-48	26,60	24,50	19,67	27,53	16,00	24,80	25,13	26,00	13,41	F=0,15	0,865	-	-	-

Ort.=Ortalama, Med.=Medyan, SS.=Standart Sapma, F=Tek Yönlü ANOVA Analizi, X2=Kruskal Wallis-H Testi, CADÖ=Conners Anne Baba Derecelendirme Ölçeği, Tek Yönlü ANOVA Analizi için ikili karşılaştırmalar Tukey Testi, Kruskal Wallis-H Testi için ikili karşılaştırmalar Mann Whitney U testi ile yapılmıştır.

Tablo-17'de araştırma gruplarında ve kontrol grubunda yer alan annelerin doldurduğu ÇUAA-KF ve PUKİ puan ortalamaları üç grup arasında karşılaştırılmıştır.

Tek Yönlü ANOVA Analizine ve Kruskal Wallis-H Testine göre üç grup arasında Çocuk uyku alışkanlıkları Anketi- Kısa Form (X2=1,38, p=0,503) ve Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (F=2,03, p=0,136) skor ortalamalarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede farklılık göstermediği saptanmıştır (Tablo 17).

Tablo 17: Üç grup arasında ÇUAA-KF ve PUKİ ortalamalarının karşılaştırılması

												İkili Karşılaştırmalar		
	BB (I)			SCH (II)			KG (III)					I-II	I-III	II-III
	Ort.	Med.	SS.	Ort.	Med.	SS.	Ort.	Med.	SS.	Analiz	p			
Çocuk uyku alışkanlıkları Anketi- Kısa Form (ÇUAA-KF)	45,15	45,50	8,52	43,63	41,00	9,25	43,05	41,00	7,59	X2=1,38	0,503	-	-	-
Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ)	14,25	12,00	9,04	12,12	8,00	10,93	9,97	8,50	7,66	F=2,03	0,136	-	-	-

Ort.=Ortalama, Med.=Medyan, SS.=Standart Sapma, F=Tek Yönlü ANOVA Analizi, X2=Kruskal Wallis-H Testi, Tek Yönlü ANOVA Analizi için ikili karşılaştırmalar Tukey Testi, Kruskal Wallis-H Testi için ikili karşılaştırmalar Mann Whitney U testi ile yapılmıştır.

Tablo-18'de araştırma gruplarında ve kontrol grubunda yer alan annelerin doldurduğu PUKİ puan ortalamalarına göre annelerin sahip olduğu uykunun kalitesi üç grup arasında karşılaştırılmıştır.

Ki-Kare Analizine göre üç grup arasında PUKİ'ye göre uyku kalitesi oranlarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede farklılık gösterdiği (X2=12,68, p=0,013); ciddi kötü derecede uyku kalitesine sahip olan annelerin oranının BB grubunda diğer iki gruba göre yüksek olduğu, SCH ve KG'de benzer oranlarda olduğu bulunmuştur (Tablo 18).

Tablo 18: Üç grup arasında uyku kalitesi oranlarının karşılaştırılması

		BB		SCH		KG			
		n	%	n	%	n	%	X2	p
PUKİ	Ciddi kötü	30	75,0	24	55,8	20	52,6	12,68	**0,013**
	Ilımlı	5	12,5	3	7,0	10	26,3		
	İyi	5	12,5	16	37,2	8	21,1		

PUKİ=Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi, X2=Pearson Ki-Kare Analizi

4.6. ANNELERİN EBEVEYN TUTUMLARIYLA ÇOCUKLARDA SAPTANAN PSİKOPATOLOJİ ARASINDAKİ İLİŞKİYE DAİR BULGULAR

Tablo-19'da araştırmacı tarafından uygulanan yarı yapılandırılmış görüşme neticesinde her bir grupta yer alan çocuklar psikopatolojiye sahip olan ve olmayanlar olarak ayrılmış olup bu çocukların psikopatolojiye sahip olması ya da olmaması ile bu durumun ebeveynlerinin tutumları ile olan ilişkisi gruplar arasında karşılaştırılmıştır.

Mann Whitney U testine göre psikopatolojiye sahip olan BB grubundaki çocukların annelerinin kabul-ilgi alt boyut skor ortalamalarının; psikopatolojiye sahip olmayan çocukların annelerinin ortalamalarından istatiksel olarak anlamlı seviyede daha düşük olduğu (p=0,001) bulunmuştur. Mann Whitney U testine göre KG'de bulunan ve psikopatolojiye sahip olmayan çocukların annelerinin aşırı koruyuculuk ortalamalarının; SCH grubunda olan ve psikopatolojiye sahip olmayan çocukların annelerinin ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı seviyede düşük olduğu (p<0,001) bulunmuştur. Mann Whitney U testine göre KG'de bulunan ve psikopatolojiye sahip olmayan çocukların annelerinin aşırı koruyuculuk ortalamalarının BB grubunda olan ve psikopatolojiye sahip olmayan çocukların annelerinin ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı seviyede düşük olduğu (p=0,001) bulunmuştur. BB grubunda olan ve psikopatolojiye sahip olan çocukların annelerinin aşırı koruyuculuk alt ölçek puan ortalamalarının; KG'de olan ve psikopatolojiye sahip olan çocukların annelerinin ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu bulunmuştur (p=0,034). Mann Whitney U testine göre KG'de bulunan ve psikopatolojiye sahip olmayan çocukların annelerinin demokratik tutum ve eşitlik tanıma ortalamalarının; BB grubunda olan ve psikopatolojiye sahip olmayan çocukların annelerinin ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı seviyede yüksek olduğu (p<0,001) bulunmuştur. Mann Whitney U testine göre KG'de bulunan ve psikopatolojiye sahip olmayan çocukların annelerinin demokratik tutum ve eşitlik tanıma ortalamalarının; SCH grubunda olan ve psikopatolojiye sahip olmayan çocukların annelerinin ortalamalarında istatistiksel açıdan anlamlı seviyede düşük olduğu (p=0,019) bulunmuştur. Mann Whitney U testine göre KG'de yer alan ve psikopatolojiye sahip olmayan çocukların annelerinin

kabul ilgi (p=0,006) ve psikolojik özerklik (p=0,015) ortalamalarının SCH olan ve psikopatolojiye sahip olmayan çocukların annelerinin ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu bulunmuştur. Mann Whitney U testine göre psikopatolojiye sahip olmayan ve KG'de yer alan çocukların annelerinin karı-koca geçimsizliği (p=0,007) ve otoriter (p=0,043) alt ölçek puan ortalamalarının; SCH grubunda olan ve psikopatolojiye sahip olmayan çocukların annelerinin ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha düşük olduğu bulunmuştur.

SCH grubunda olan ve psikopatolojiye sahip olan çocukların annelerinin otoriter alt ölçek puan ortalamalarının; BB grubunda olan ve psikopatolojiye sahip olan çocukların annelerinin ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu bulunmuştur (p=0,044). KG'de bulunan ve psikopatolojiye sahip olan çocukların annelerinin kontrol denetleme (p=0,038), aşırı koruyuculuk (p<0,001), ev kadınlığını reddetme (p=0,023) ve otoriter (p=0,002) alt ölçek puan ortalamlarının; SCH grubunda bulunan ve psikopatolojiye sahip olan çocuklarının annelerinin ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı seviyede farklılık gösterdiği bulunmuştur (Tablo 19).

Tablo 19: Gruplar arasında psikopatoloji varlığına göre ebeveyn tutumlarının karşılaştırılması

	BB				SCH				KG										
	Psikopatoloji				Psikopatoloji				Psikopatoloji				İkili Karşılaştırmalar[a]						
	Yok (I)		Var (II)		Yok (III)		Var (IV)		Yok (V)		Var (VI)		I-II	III-IV	V-VI	I-III	I-V	III-V	II-IV	II-VI	IV-VI
	Ort.	Med.	Ort.	Med.	Ort.	Med.	Ort.	Med.	Ort.	Med.	Ort.	Med.									
Kabul-ilgi boyutu	28,88	30,00	23,21	23,00	25,73	28,00	24,61	25,00	29,95	30,00	27,55	28,00	**0,001**	0,856	0,403	0,064	0,748	**0,006**	0,270	0,115	0,381
Kontrol-denetleme	29,75	31,50	26,26	29,00	28,09	29,00	25,87	26,00	30,15	31,00	30,00	31,00	0,056	0,344	0,984	0,110	0,867	0,058	0,815	0,094	**0,038**
Psikolojik özerklik	21,13	21,50	21,00	21,00	18,64	17,00	20,87	19,00	23,20	24,00	21,55	21,00	0,857	0,164	0,528	0,162	0,180	**0,015**	0,912	0,982	0,897
Aşırı koruyuculuk	49,47	48,00	48,30	47,00	51,12	52,00	51,23	50,00	40,87	42,00	42,29	42,00	0,829	0,861	0,601	0,357	**0,001**	**<0,001**	0,208	**0,034**	**<0,001**
Demokratik tutum ve eşitlik tanıma	26,82	27,00	28,43	28,00	27,94	27,00	27,46	27,50	30,46	31,50	30,21	31,50	0,302	0,783	0,964	0,610	**<0,001**	**0,019**	0,688	0,281	0,083
Ev kadınlığını reddetme	29,24	27,00	29,91	29,00	31,65	34,00	33,58	35,00	30,13	29,50	28,14	28,50	0,808	0,390	0,191	0,413	0,466	0,730	0,112	0,603	**0,023**
Karı-koca geçimsizliği	14,76	16,00	16,04	17,00	17,47	19,00	17,08	17,50	14,75	16,00	14,71	14,50	0,371	0,802	0,940	0,106	0,968	**0,007**	0,475	0,253	0,127
Otoriter	41,59	37,00	41,00	39,00	43,35	40,00	46,35	45,50	35,75	36,50	37,71	40,00	0,829	0,199	0,393	0,634	0,131	**0,043**	**0,044**	0,474	**0,002**

a=Mann Whitney U Testi Sonucu

4.7. ANNENİN İLK 3 YIL RUHSAL DURUMU VE BAĞLANMANIN ÇOCUKLARDA GÖRÜLEN PSİKOPATOLOJİ İLE İLİŞKİSİNE DAİR BULGULAR

Tablo-20'de araştırmacı tarafından uygulanan yarı yapılandırılmış görüşmeye göre her üç grupta psikopatolojiye sahip olan ve olmayan çocukların annelerinin doğumdan sonraki 3 yıl içerisindeki ruhsal durumları karşılaştırılmıştır.

Ki-Kare Analizlerine göre annelerin doğumdan sonraki ilk üç yıllık süreçteki ruhsal durumu ve annenin bu ilk üç yıllık dönemde çocuğuyla kurduğu ilişkinin kalitesi ile çocuklardaki psikopatoloji varlığı arasında istatistiksel açıdan anlamlı seviyede farklılık olmadığı (p>0,05) bulunmuştur (Tablo 20).

Tablo 20: Üç grup arasında psikopatoloji varlığına göre annelerin doğumdan sonraki 3 yıl içindeki ruhsal durumlarının karşılaştırılması

		1,00				2,00				3,00			
		Psikopatoloji				Psikopatoloji				Psikopatoloji			
		Yok		Var		Yok		Var		Yok		Var	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Annenin ilk 3 yıl ruhsal durumu	Mutlu	15	88,2	16	69,6	11	64,7	12	46,2	22	91,7	13	92,9
	Mutsuz	2	11,8	7	30,4	6	35,3	14	53,8	2	8,3	1	7,1
	Pa	0,162				0,233				0,896			

a=Pearson Korelasyon Analizi

5. TARTIŞMA

Bu araştırma; bipolar bozukluk ve şizofreni tanısı olan anneler ile eşleştirilmiş sağlıklı kontrol grubu annelerin ebeveyn tutumlarının karşılaştırıldığı ve bu annelerin ebeveyn tutumlarındaki farklılıkların, çocuklarında ortaya çıkan psikopatoloji ile olan ilişkisinin incelendiği kesitsel bir çalışmadır. Literatür incelendiğinde, bipolar bozukluk ve şizofreni tanısı ile takip edilen annelerin ebeveyn tutumlarının eşleştirilmiş sağlıklı kontrol grubu anneler ile kıyaslandığı ve bu tutumların çocuklarındaki psikopatoloji ile ilişkisinin araştırıldığı bir çalışmaya rastlanılmamıştır.

Araştırma hipotezlerimizi test etmek amacıyla; araştırma grubuna bipolar bozukluk tanılı 30 anne ve 40 çocuğu ile şizofreni tanılı 30 anne ve 43 çocuğu; kontrol grubuna ise herhangi psikiyatri tanısına sahip olmayan 30 anne ve 38 çocuğu alınmak üzere; toplamda 90 anne ile 121 çocuk ve ergen çalışmaya dahil edilmiştir. Bu bölümde, mevcut çalışmamızdan elde edilen bulgular, ilgili literatür ışığında tartışılmıştır.

5.1. SOSYODEMOGRAFİK BULGULAR

Çalışmamızda; diğer iki gruba göre SCH grubundaki çocukların babalarının istihdam durumu ve ailelerinin aylık ortalama geliri anlamlı düzeyde daha düşük saptanmıştır. SCH ve BB tanılı ebeveynler ile KG'de yer alan ebeveynlerin ve çocuklarının değerlendirildiği bir başka çalışmada da, SCH grubundaki çocukların ebeveynlerinin istihdam durumunun ve ailelerinin sosyoekonomik durumunun diğer iki gruba kıyasla daha düşük seviyede olduğunun saptanması, mevcut bulgumuzu destekler niteliktedir (127). Bu bulgu; şizofreninin sosyoekonomik düzeyi düşük ailelerde daha fazla görüldüğü literatür bilgisi ile uyumludur (83).

Çalışmamızda, BB ve SCH grubunda bulunan annelerin ailesinde ruhsal bozukluk öyküsünün varlığı KG'de bulunan annelerden anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Bulgumuzla uyumlu olarak; BB ve SCH tanılı bireylerle yapılan çalışmalarda, bu bozukluklarda ailesel geçişin önemine vurgu yapılmıştır (4,12,13,61-65,81,86,93,154,182).

Çalışmamızda; BB grubundaki ailelerin anlamlı düzeyde daha fazla parçalanmış aile yapısına sahip oldukları görülmüştür. Bu bulgu; BB tanılı annelerin mevcut ilişkilerinin devamlılığı ve çocuklarının biyolojik babasıyla yaşama oranlarının daha düşük olduğunu bildiren çalışmalar ile uyumludur (224). Yapılan çalışmalarda bu ebeveynlerin; bipolar bozukluğun semptomlarından dolayı aile içindeki problem çözme, iletişim becerileri ve aile içindeki dinamiklerin olumsuz etkilendiği, uyum sorunlarının meydana geldiği saptanmıştır (134,147). Mevcut sonuçlar, çalışmamızdaki bulgumuzu destekler niteliktedir. Ayrıca, bu çocukların kendi ifadelerini içeren çalışmalarda ise, çocukluk dönemlerini anlatırken o dönemleri zor ve sıkıntılı dönemler olarak ifade etmeleri ve zorlayıcı deneyimlere sahip olduklarını söylemiş olmaları bu bulgularla uyumludur (127-130).

Çalışmamızda; şizofreni tanılı annelerin anlamlı düzeyde daha fazla çocuk sahibi oldukları ve şizofreni tanılı anneye sahip çocukların kardeşleri arasında sıralama olarak anlamlı düzeyde daha küçük yaşta oldukları saptanmıştır. Yapılan çalışmalara bakıldığında, şizofreni tanılı kadınların nispeten daha az kontrasepsiyon kullandıkları ve bu nedenle istenmeyen gebeliklere karşı savunmasız olduklarının gösterilmiş olması, mevcut bulgumuz ile uyumludur (225).

Çalışmamızda; BB ve SCH gruplarındaki çocukların akademik başarılarının; KG'de yer alan çocuklara göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu görülmektedir. Çalışmamıza benzer şekilde; şizofreni veya diğer ruhsal bozukluğu tanısı olan anneler ile bilinen ağır ruhsal bozukluğu olmayan annelerin 12 yaşındaki çocukları kıyaslanmıştır. Ağır ruhsal bozukluğu olan annelerin çocuklarının % 43,1'i, kontrol grubundaki çocukların ise % 30,3'ü kabul edilebilir standartların altında performans göstermiştir ve bu çocukların ortaokula geçiş için dezavantajlı duruma düştükleri tespit edilmiştir (208). SCH ya da BB tanılı ve KG'de yer alan ebeveynlerin çocuklarının akademik başarılarının araştırıldığı bir diğer çalışmada; ebeveynlerde ağır ruhsal bozukluğun bulunmasının, çocukların eğitim başarısı ve ilkokulu bitirebilmeleri ile olumsuz yönde ilişkili olduğu saptanmış ve bu durumun önemi vurgulanmıştır. 1986-1996 yılları arasında Danimarka'da doğan ve yaşayan tüm çocuklar (N = 684.248) ve ebeveynlerinin dahil edildiği, çocukların mezuniyetine kadar süren bu çalışmada; ebeveyninde şizofreni tanısı olan çocukların BB ve KG'ye

kıyasla düşük not ortalamasına sahip oldukları ve ilköğretimi bitirme oranlarının daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuçların anne babanın sahip olduğu ruhsal bozukluk nedeniyle ailede yaşanan stres gibi çevresel faktörlerden, ebeveynlerin çalışma durumu ve eğitim durumlarından kaynaklandığından bahsedilmiştir (127). Bizim çalışmamızda da SCH grubundaki çocukların babalarında işsizlik saptanmasına karşın diğer iki grupta işsiz babanın bulunmaması ve SCH grubundaki ailelerin aylık ortalama gelirinin diğer iki gruptan anlamlı düzeyde daha düşük olması mevcut çalışmadaki nedenlerle uyum göstermektedir.

Ayrıca bipolar bozukluk ve şizofreni tanılı bireylerin çocuklarında dikkat sorunları, DEHB görülme sıklığı, bilişsel ve dil zorluklarının artmış olduğunu gösteren çalışmalar da literatürde yer almaktadır (143,151,164,166,173,177,178,192). Bu çocukların performansının düşük olmasında bu problemlerin etkili olduğu görülmektedir. Bizim çalışmamızda da bu çocuklardaki gelişimsel basamaklarda gecikme oranlarının KG'ye göre daha yüksek oranda saptanması mevcut çalışmalarla uyumludur. Yapılan bir başka çalışmada ise şizofreni tanılı ebeveynlerin yüksek riskli çocuklarının; çalışma belleği, odaklanmış dikkat, dikkat hızı, bölünmüş dikkat, yürütücü işlevler, bildirimsel bellek ve sözel akıcılık gibi bilişsel işlevlerde kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde zayıf performans gösterdikleri saptanmıştır (190). Literatürde bulunan mevcut çalışmalar, bulgumuzu destekler niteliktedir.

5.2. ÇOCUKLARIN PERİNATAL VE GELİŞİM DÖNEMLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Çalışmamızda; annelerin gebelik dönemlerinde sigara kullanımının, BB ve SCH grubundaki annelerde KG'de yer alan annelere göre; doğumda komplikasyon varlığının ise BB grubunda KG'ye göre anlamlı düzeyde daha yüksek oranda saptandığı görülmektedir. Yapılan çalışmalarda BB ve şizofreni tanılı annelerin; doğumda düşük doğum ağırlığı, erken doğum ve obstetrik komplikasyon ile karşılaşma riskinin, ruhsal bozukluğa sahip olmayan kadınlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (223,224,225). BB tanılı kadınların çocuklarının daha yüksek neonatal anoksi oranlarına sahip olduğunu gösteren çalışmalar da bulgularımızı destekler niteliktedir (224). Özellikle, gebelikte annenin sigara kullanımının; doğum

sonrası çocukta gelişebilecek pek çok gelişimsel, fiziksel ve ruhsal sorunla ilişkili olduğu yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (251). Mevcut çalışmalar bulgumuzu desteklemektedir. Literatürde şizofreni tanılı kadınların yüksek doğum komplikasyonlarına (225) sahip olduğu bildirilmesine karşın çalışmamızdaki farkın anlamlı düzeye ulaşamamasında örneklem grubunun küçük olması ile birlikte doğum bilgilerinin tıbbi kayıtlar yerine kişisel bildirimlere dayanmasının rol oynadığı düşünülmektedir.

Gebeliğin plansız olmasının ise SCH grubundaki annelerde diğer iki gruba göre anlamlı düzeyde daha yüksek oranda saptandığı görülmektedir. Yapılan çalışmalara bakıldığında, şizofreni tanılı kadınların nispeten daha az kontrasepsiyon kullandıkları ve bu nedenle istenmeyen gebeliklere karşı savunmasız olduklarının gösterilmiş olması, mevcut bulgumuz ile uyumludur (225). Ayrıca çalışmamızda; şizofreni tanılı annelerin anlamlı düzeyde daha fazla çocuk sahibi oldukları ve şizofreni tanılı anneye sahip çocukların kardeşleri arasında sıralama olarak anlamlı düzeyde daha küçük yaşta oldukları saptanmış olması da bu bulguyu destekler niteliktedir. Ayrıca BB tanılı annelerin plansız gebelik açısından KG'de yer alan annelerden anlamlı düzeyde farklılaşmamasında; örneklem sayımızın küçük olması ile birlikte BB tanılı annelerin bu süreçte tedavi görmesi ve ataklarının kontrol altında olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Öte yandan çalışmamızda literatürde yer alan çalışmalardan farklı olarak, prematüre oranının KG'de anlamlı düzeyde yüksek oranda saptanmasında; örneklem grubunun küçük olması ile birlikte doğum bilgilerinin tıbbi kayıtlar yerine kişisel bildirimlere dayanmasının rol oynadığı düşünülmektedir.

Çocuğun bakımında anneye yardımcı olan kişilerin oranlarına bakıldığında; BB tanılı annelerin her iki gruba göre; SCH tanılı annelerin KG'de bulunan annelere göre herhangi birinden yardım alma oranlarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Yapılan çalışmalarda bu ailelerdeki çocukların yaşadığı güçlükler nedeniyle; anneanne, babaanne veya dede gibi aile büyüklerinden ve sosyal çevreden gelen desteğin varlığından bahsedilmiş olması bulgumuzu destekler niteliktedir (126). Bulgumuzla uyumlu olarak, bu ebeveynlerin ebeveynlik becerilerinin olumsuz yönde etkilendiğinin, ebeveynlikle ilgili sorumluluklarını yapmakta güçlük çektiklerinin;

hem bipolar bozukluk tanılı anneler ile (9,33,132,133,145-147,156,224), hem de şizofreni tanılı anneler ile yapılan çalışmalarda (12,16,34,35,184,185,202,229-231) gösterilmiş olması; bu annelerin bakım vermede desteğe ihtiyaç duyabildiklerini göstermektedir. Özellikle BB tanılı annelerin ebeveynlik becerilerinin olumsuz etkilendiğini bildirmelerinin yanısıra çocuklarının da bakımveren rolünü kendilerinin üstlendiklerini, ev içindeki iş yüklerinin arttığını, annelerinin hastaneye yatışları nedeniyle ev işlerindeki sorumluluklarını yapamadıklarını, bulaşık yıkama, yemek yapma, ev temizliği gibi ev içindeki iş yüklerinin arttığını ve ebeveyninde BB tanısının varlığı nedeniyle hayatlarının olumsuz etkilendiğini ifade etmeleri bulgumuzu desteklemektedir (134,152,155). Benzer şekilde yapılan bir diğer çalışmada; şizofreni tanılı annelerin çocuklarının büyük bir kısmının, anneleri fiziksel olarak evde olsa da duygusal anlamda annelerine ulaşamadıklarını, annelerine annelik yapmak mecburiyetinde kaldıklarını, ev işlerinde sorumluluk aldıklarını, kardeşleri ile ilgilendiklerini belirtmeleri de bulgumuzu desteklemektedir (128).

Çalışmamızda; doğumdan sonraki 3 yıllık dönemde, SCH tanılı annelerin diğer iki gruba göre anlamlı düzeyde daha yüksek oranda o dönemde kendilerinin mutsuz olduğunu ifade ettikleri görülmektedir. Yapılan çalışmalarda da hem bipolar bozukluk, hem de şizofreninin doğum sonrası dönemde görülme riskinin arttığı ve bu dönemde yaşanan semptomlar ile yaşanan zorlukların annenin ruhsal durumunu olumsuz yönde etkilediği gösterilmesi bulgumuzu destekler niteliktedir (210-216, 225-229).

SCH grubunda yer alan annelerin çocuklarının hem BB, hem de KG'de yer alan annelerin çocuklarına göre anlamlı düzeyde daha yüksek oranda gelişim basamaklarında gecikme gösterdiği görülmektedir. Literatüre baktığımızda ebeveynde görülen ruhsal bozukluğun, çocuğun fiziksel sağlığının bozulması ve gelişimsel risk ile ilişkilendirilmesi, mevcut bulgumuzu destekelemektedir (135,234). Özellikle, şizofreni tanısı olan bir anneye sahip olmanın, çocuğun bilişsel gelişimini etkilediği vurgulanmıştır(18,232). Son yıllarda 46 makalenin incelenmesi ile yapılan bir derlemede şizofreni tanılı ebeveynlerin çocuklarının daha yüksek oranda motor ve bilişsel kusurlar gibi nörogelişimsel özellikler ve toplumun diğer kesiminden ayırt

edici sosyal davranışlarla karakterize farklı gelişimsel kalıplar gösterdiği gözlenmiştir (14). Veriler, ebeveynlerinde şizofreni tanısı olan çocukların, çeşitli nöromotor ve bilişsel sorunlar açısından daha yüksek risk altında olduğunu göstermekte olup çalışmamızdaki bulguyla paralellik göstermektedir (189).

5.3. AİLE TUTUMLARININ BİLDİRİMİNE İLİŞKİN BULGULAR

Çalışmamızda; SCH grubunda yer alan anne ve çocukların doğumdan sonraki ilk 3 yıllık dönemdeki ilişkilerinin kalitesini çok iyi olarak ifade eden annelerin oranın; diğer iki gruba göre daha az oranda olduğu; buna karşın kötü olarak değerlendiren SCH tanılı annelerin oranının diğer iki gruba göre daha yüksek oranda olduğu görülmektedir. Yapılan çalışmalarda, şizofreninin doğum sonrası dönemde görülme riskinin arttığı ve bu dönemde yaşanan semptomlar ile yaşanan zorlukların anneyi olumsuz yönde etkilediği gösterilmesi bulgumuzu destekler niteliktedir (225-229). Bulgumuzla paralel olarak, annenin şizofreni tanısına sahip olmasının; ebeveyn-çocuk ilişkisini ve anneliğe uyumunu olumsuz etkilediği, annelik görevlerini organize edememesine neden olduğu gösterilmiştir (16,17,30,34,35,184,202,229,232). Ayrıca, yapılan bir başka çalışmada, şizofreni tanısı olan annelerin bipolar bozukluk tanısı olan annelere göre daha karmaşık klinik ve psikososyal sorunlara sahip olduğu, her tür olumsuz ebeveynlik sonuçlarını deneyimleme olasılıklarının önemli ölçüde daha yüksek olduğu bulunmuştur (231). Mevcut çalışmalar, bulgumuzu desteklemektedir.

Çalışmamızda; hem anne, hem de çocukların bildirimlerine göre; BB ve SCH grubundaki ailelerde çocuğa sınır koyanın yüksek oranda baba olduğu, KG ailelerde ise bu kişinin yüksek oranda anne ya da anne ve baba olduğu saptanmıştır. Benzer şekilde çocuğa göre evde kural konulmadığı yönündeki bildirimlerin; BB ve SCH grubunda KG'ye göre anlamlı düzeyde daha yüksek oranda olduğu görülmektedir. Yapılan çalışmalarda da bu ebeveynlerin sahip olduğu ruhsal bozukluk nedeniyle evde kontrol sağlama ve sınır koyma becerilerinin olumsuz etkilendiği, çocuklarının günlük yaşamındaki rutinler gibi ebeveynlik görevlerini sürdürmede güçlük

yaşadıkları ve anormal çocuk yetiştirme tutumları sergilediği bildirilmiştir (8,16,18,34,151,156, 185,229).

Çalışmamızda; çocukların kendi bildirimlerine göre annelerinin sorumluluklarını yapmalarına izin vermeme oranlarının da BB ve SCH grubunda, KG'deki annelere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda BB ve şizofreni tanılı ebeveynlerin ebeveynlik becerilerinin olumsuz yönde etkilendiği ve buna bağlı olarak ebeveyn tutumlarındaki farklılıkların gösterilmiş olması bulgumuz ile uyumludur (30, 34,156). BB tanılı ebeveynlerin, anlamlı ölçüde daha yüksek oranda aşırı koruyucu ebeveyn tutumu sergilediklerinin gösterildiği bir çalışma da bulgumuzu desteklemektedir (156).

Çalışmamızda, SCH tanılı annelerin çocukları; hem BB tanılı, hem de KG'de yer alan annelerin çocuklarından anlamlı düzeyde daha düşük oranda anneleriyle aktivite yaptıklarını ifade etmişlerdir. Şizofreni tanılı bireylerin ebeveyn tutumlarının incelendiği ve çocuklarının ifadelerine yer verilen bir başka çalışmada, annelerin sahip olduğu ruhsal bozukluğun özellikleri ve semptomları nedeniyle ebeveynliğin; koruma, karşılıklılık ve kontrol sağlama yeteneklerini olumsuz etkilendiğinin, oyun oynamak gibi ebeveyn-çocuk etkileşimlerinde genellikle hayal kırıklığına uğradıklarının, daha sakin ve daha az talepkar hale geldiklerinin ve ebeveynin ilgisini sağlayabilmek için dikkat çekici hareketler yaptıklarının ifade etmiş olmaları bulgumuzu desteklemektedir (185). Ayrıca şizofreni tanısı olan anneler ve çocuklarıyla yapılan bir başka çalışmada; bu çocukların, anneleri fiziksel olarak evde olsa da duygusal anlamda annelerine ulaşamadıklarını ve bu deneyimlerinin acı verici olduğu yönündeki ifadeler de bulgumuzla uyum göstermektedir (128).

Çalışmamızda, BB ve SCH grubunda yer alan çocukların babaları ile aktivite yaptıkları yönündeki bildirimlerinin; KG'deki çocuklara göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu bulunmuştur. Aile Ortamını Değerlendirme Ölçeği (Family Enviroment Scale) kullanılarak yapılan bir çalışmada, BB tanılı ebeveyne sahip ailelerin, daha az uyum ve işbirliği, daha fazla çatışmaya sahip olmaları açısından ortalama bir aileden farklı olduklarının (149) ve ebeveyn-çocuk arasındaki bağın bozulmuş olduğunun (150) bildirildiği çalışmalar bulgumuzu desteklemektedir. Benzer şekilde şizofreni tanılı olan ebeveyne sahip ailelerde meydana gelen ebeveyn

anlaşmazlıkları, saldırgan davranışlar, çatışma ve şiddet çocuğun kişilik gelişiminin önemli bir bileşeni olan ailenin değerini tehlikeye attığı bildirilmiştir (35,229) Yapılan bir çalışmada bu ailelerde bozulmuş ve yetersiz aile içi ilişki kontrollere göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (34). Dahası, şizofreninin ruhsal bozukluklar arasında en fazla aile içi sorunlara sebep olan bozukluklardan biri olduğu bildirilmiştir (182). Mevcut çalışmalar, bulgumuzu desteklemektedir.

5.4. EBEVEYN TUTUMLARINA İLİŞKİN BULGULAR

Çocuklar tarafından doldurulan ve annelerin ebeveyn tutumlarının değerlendirildiği ABTÖ alt ölçeklerinin puanları karşılaştırıldığında; KG'de bulunan çocukların bildirdiği kabul-ilgi alt ölçeği ortalamalarının BB ve SCH grubundan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Literatür incelendiğinde bulgumuzla uyumlu olarak ruhsal bozukluğa sahip annelerin çocuklarına gösterdikleri ilginin azaldığı ve aralarındaki ilişkinin olumsuz etkilendiği bildirilmiştir (30,230). Bipolar bozukluk tanısı olan annelerin çocuklarıyla olan ilişkisinin olumsuz yönde etkilendiği, çocuklarına daha az bağlandıkları, bu durumun düşük ebeveyn sıcaklığı ve bağına neden olduğu yapılan çalışmalarda bildirilmiştir (8,9,33,150,153,156,160,224). Aynı şekilde yapılan çalışmalarda, şizofreni tanılı annelerin çocuklarına karşı duygusal bağlılıklarının az olduğu, anne-çocuk ilişkisinin olumsuz etkilendiği, anneliğe uyumlarının bozulduğu bildirilmiştir (17,18,34,35,202,232,233). Mevcut çalışmalar, bulgumuzu desteklemektedir. Çocukların kendi bildirimlerine dayanan bir başka çalışmada; bu çocukların, ebeveynlerinin sahip olduğu ruhsal bozukluklarından dolayı sergiledikleri geri çekilme davranışlarını; psikiyatrik bozukluklarının belirtileri olarak değil, ebeveynlerini kendileriyle az ilgilendikleri yönünde algıladıklarını ifade etmeleri de bu bulgumuzu desteklemektedir (134). Bir diğer çalışmada şizofreni tanılı annelerin çocuklarının; anneleri fiziksel olarak evde olsa da duygusal anlamda annelerine ulaşamadıklarını söylemişlerdir (128). Benzer şekilde bu annelerin çocuklarının ifadelerine yer verilen bir çalışmada; annelerinin koruma, karşılıklılık ve kontrol sağlama gibi ebeveynlik becerilerinin olumsuz etkilendiği, oyun oynamak gibi ebeveyn-çocuk etkileşimlerinde genellikle hayal kırıklığına uğradıklarını, daha sakin

ve daha az talepkar hale geldiklerini ve ebeveynin ilgisini sağlayabilmek için dikkat çekici hareketler yaptıklarını ifade etmişlerdir (185). Mevcut çalışmalardaki sonuçlar, bulgumuzu desteklemektedir.

Çalışmamızda, çocuklar tarafından bildirilen kontrol-denetleme puanlarının ise SCH tanılı annelerde KG'de bulunan annelerden anlamlı düzeyde daha düşük olduğu bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda; şizofreni tanılı bireylerin ebeveynlik becerilerinin olumsuz yönde etkilendiği, ebeveynlik tutumlarının sahip oldukları ruhsal bozukluğa bağlı olarak şekillendiği ve çocuklarına karşı ihmalkar tutumlarının daha yüksek oranda görüldüğü yönündeki bildirimler, bu bulgumuzu desteklemektedir (151,152). Özellikle şizofreni tanılı anneler ile yapılan çalışmalarda; annelikle ilgili sorumluluklarını yapma ve çocuk yetiştirme tutumlarının olumsuz etkilendiği, disiplini sağlamak ve sürdürmek, sınır koymak gibi ebeveynlik rollerinde sıkıntı yaşadıkları; bunun sonucu olarak aşırı derecede izin verici bir ebeveynlik tutumu sergiledikleri yönündeki bulgular, çalışmamızdaki şizofreni tanılı annelerin kontrol-denetleme becerilerinin diğer gruplara göre düşük saptanmasını destekler niteliktedir (16, 18,34,35,185, 229). BB grubunda yer alan çocukların bildirdiği kontrol-denetleme puanlarının KG'den anlamlı düzeyde farklılaşmamasında örneklem sayımızın küçük olmasının etkili olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda, anneler tarafından doldurulan ve annelerin ebeveyn tutumlarının değerlendirildiği AHÇYTA'ya göre; BB ve SCH tanılı annelerin, KG'de bulunan annelere göre; aşırı koruyuculuk ve otoriter tutum puanlarının anlamlı derecede daha yüksek; demokratik tutum ve eşitlik tanıma puanlarının anlamlı derecede daha düşük olduğu bulunmuştur. Bulgumuzla uyumlu olarak, yapılan çalışmalarda bipolar bozukluk ve şizofreni tanısına sahip annelerin çocuk yetiştirmeyle ilgili ebeveyn tutumlarında sağlıklı annelere göre bozulmalar olduğu bildirilmiştir (16,18,34,35, 151,155,156,157,185). Yapılan diğer çalışmalarda, BB tanısı olan ebeveynlerde otoriter ebeveynlik stilinin daha yüksek oranda saptanması (151) ve daha yüksek aşırı koruyucu ebeveyn tutumu sergilediklerinin gösterilmesi ile düşük ebeveyn bakımı puanlarına sahip olduklarının bildirilmesi bulgularımızla uyumludur (156).

Çalışmamızda; SCH tanılı annelerin karı koca geçimsizliği puanlarının KG'ye göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür. Bulgumuzla uyumlu olarak, bu ailelerde bulunan çocukların kendi ifadelerini içeren çalışmalarda, çocukluk dönemlerini anlatırken o dönemleri zor ve sıkıntılı dönemler olarak ifade ettikleri ve acı verici deneyimlere sahip olduklarını söyledikleri görülmektedir (127-130). Benzer şekilde, şizofreni tanılı olan ebeveyne sahip ailelerde meydana gelen ebeveyn anlaşmazlıkları, saldırgan davranışlar, çatışma ve şiddet çocuğun kişilik gelişiminin önemli bir bileşeni olan ailenin değerini tehlikeye attığı bildirilmiştir (35,229) Yapılan bir diğer çalışmada bu ailelerde bozulmuş ve yetersiz aile içi ilişki kontrollere göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (34). Dahası, ruhsal bozukluklar arasında en fazla aile içi sorunlara sebep olan bozukluklardan birinin şizofreni olduğu bildirilmiştir (182). Mevcut çalışmalar, bulgumuzu destekler niteliktedir.

Çalışmamızda ebeveyn tutumlarını değerlendiren ve KG'ye göre anlamlı farklılık saptanan ABTÖ ve AHÇYTA alt ölçek puan ortalamaları değerlendirildiğinde; şizofreni tanılı annelerin diğer gruplara göre hem ABTÖ kabul-ilgi, hem de kontrol-denetleme boyutları ile ABÇYTÖ demokratik tutum alanında daha düşük puan ortalamalarına sahip olması, hem de ABÇYTÖ aşırı koruyuculuk, otoriter tutum ve karı-koca geçimsizliği alanında en yüksek puan ortalamalarına sahip olması; şizofreni tanılı annelerin ebeveynlik becerileri açısından hem kontrol grubu hem de bipolar bozukluk tanılı annelere göre daha çok zorluk yaşadıklarını göstermektedir. Literatürde BB ve SCH tanılı anneler ve KG annelerin ebeveyn tutumları ile bu tutumların çocuklarında psikopatoloji gelişimine etkisinin araştırıldığı bir başka çalışma olmamasına karşın literatürde yer alan çalışmalara baktığımızda mevcut sonuçların bulgularımızı desteklediği görülmektedir. Şizofreni tanısı olan anneler, depresyon tanısı olan anneler ve sağlıklı kontrollerden oluşan toplam 64 anne ile yapılan bir çalışmada şizofreni tanısı olan anneler diğer annelere göre ebeveynlikle ilgili ölçümlerin çoğunda ve duyguları tanıma ve ayırt etme ölçütlerinim tamamında bozulmalar göstermiştir (230). Yapılan bir başka çalışmada, şizofreni tanısı olan annelerin bipolar bozukluk tanısı olan annelere göre daha karmaşık klinik ve psikososyal sorunlara sahip olduğu, her tür olumsuz ebeveynlik sonuçlarını deneyimleme olasılıklarının önemli ölçüde daha yüksek olduğu

bulunmuştur (231). Şizofreni tanılı anneler ile yapılan mevcut çalışmalar bulgularımızı desteklemektedir.

5.5. ÇOCUKLARDA SAPTANAN PSİKOPATOLOJİLERE İLİŞKİN BULGULAR

Çalışmamızda; araştırmacı tarafından uygulanan yarı yapılandırılmış görüşme neticesinde çocuklarda saptanan geçmişteki psikopatoloji oranlarının gruplar arasında anlamlı farklılık gösterdiği; şizofreni grubunda %76,7, BB grubunda %70, kontrol grubunda %36,8 olarak saptandığı bulunmuştur. Şu andaki psikopatoloji oranlarının şizofreni grubunda %60,5, BB grubunda %57,5, kontrol grubunda %36,8 olarak bulunduğu görülmektedir. Yapılan çalışmalarda, bulgularımızla uyumlu olarak ruhsal bozukluğu olan ebeveynlerin çocuklarının duygusal ve davranışsal psikiyatrik sorunlar geliştirme açısından yüksek risk altında olduğu bildirilmiştir (26,126,128,129,135, 138,139,143,209). Literatür incelendiğinde konuyla ilgili yapılan pek çok çalışma olduğu ve çalışmaların neticesinde elde edilen benzer sonuçların bu bulguları desteklediği görülmüştür. Bulgularımızla uyumlu olarak şizofreni tanısına sahip bireylerin çocuklarının sadece şizofreni için değil, daha geniş gelişimsel ve genel ruh sağlığı sonuçları için yüksek risk altında olduğu yapılan çalışmalarda bildirilmiştir (14,18,26,34,138,139,143,182-184,187,229,232). Şizofreni tanılı ebeveynlerin çocuklarında yaşam boyu psikopatoloji prevalansı %60-81 arasında değişmektedir (15,183,193-195). BB tanılı ebeveynlerin çocuklarının da benzer şekilde yüksek risk altında olduğunu bildiren birçok çalışma bulunmaktadır (6,7,26,138,139,142,143, 153,155,164,165,166). BB tanılı ebeveyne sahip çocukların psikopatolojiye sahip olma oranları yapılan çalışmalarda oranlar %44-%78 arasında değişmektedir (149,167,169,170,173,175,221). Bu çalışmalardaki sonuçlar çalışmamızdaki bulguları desteklemektedir.

Çalışmamızla benzer şekilde, şizofreni veya BB tanısı olan ebeveynler ve çocuklarıyla yapılan bir çalışmada, bu bozuklukların çocuklarında ortaya çıkma olasılığının %32 olduğu ve bu oranın kontrol grubunda gözlemlenen oranın iki katından daha fazla olduğu belirtilmiştir. Yüksek risk grubunda yer alan bu çocukların %55'inin ise herhangi bir ruhsal bozukluk tanısı aldığı gösterilmiştir (138). Ebeveyni BB ya da şizofreni tanılı olan çocuklarla yapılan bir diğer çalışmada,

54 yüksek riskli çocuğun yaklaşık %60'ında, en az bir klinik tanı ve yüksek oranda komorbid bozukluk gözlenmiştir (139). Bir başka çalışmada şizofreni tanılı ebeveynlerin 41 çocuğu, BB tanısı olan ebeveynlerin 90 çocuğu ve kontrol grubu ebeveynlerin 107 çocuğu araştırmaya alınmıştır. Psikopatoloji görülme oranları ve komorbidite prevalansı, şizofreni ve BB tanısı olan ebeveynlerin çocuklarında; başlangıçta ve 2 yıllık takipte, kontrol grubundakilerin çocuklarına göre daha yüksek bulunmuştur (26). Kontrol grubu ebeveynlerin çocukları ile karşılaştırıldığında, duygudurum ve psikotik bozukluğu olan ebeveynlerin çocuklarının büyük kısmının, en az bir değerlendirme sırasında reçeteli bir ilaç kullandığı bildirilmiştir (143). Mevcut çalışmalar bulgularımızı desteklemektedir.

Çalışmamızda, çocukların sahip olduğu ruhsal bozukluklara eşlik eden komorbidite sayısına göre karşılaştırıldığında; BB ve SCH grubundaki oranların KG'den yüksek olduğu görülmektedir. İki ya da daha fazla psikiyatrik tanıya sahip olma oranları geçmişte BB grubunda %55, şizofreni grubunda %51,1, kontrol grubunda %30; şu anda BB grubunda %37,5, şizofreni grubunda %30,2, kontrol grubunda %15,8 olarak saptanmıştır. Çalışmamızla benzer olarak şizofreni tanısı olan ebeveynlerin 75 çocuğu ile sağlıklı kontrol grubu ebeveynlerin 82 çocuğu arasında psikopatoloji açısından farklılıkların araştırıldığı bir çalışmada; şizofreni grubunda psikiyatrik tanıya sahip 45 çocuktan 18'inin (%40) iki yada daha fazla tanıyı karşıladığı tespit edilmiştir (15). Bir başka benzer çalışmada, BB tanılı ebeveyne sahip çocukların KG'de yer alan çocuklara göre anlamlı olarak daha yüksek oranda iki veya daha fazla psikiyatrik bozukluğa sahip oldukları görülmüştür (166). 250'si Bipolar Bozukluk tanılı, 250'si sağlıklı kontrol grubu olarak seçilen 6-17 yaş arası çocuğu olan 500 ebeveynin katıldığı bir başka benzer çalışmada; vaka grubunda çocukların % 48,4'ünün 1 ya da 2, %21,2'sinin 3 veya daha fazla psikiyatrik tanısı olduğu gözlemlenmiştir. Kontrol grubunda ise 1-2 psikiyatrik bozukluğa sahip olan çocuklar %32,8 ve 3 veya daha fazla ruhsal bozukluk tanısı alanlar ise %13,2 oranlarında saptanmıştır (151). Mevcut çalışmalar, bulgularımızı destekler niteliktedir.

Çalışmamızda, MDB tanılı çocukların oranlarının, geçmişte BB ve SCH grubunda, KG'ye göre; şu anda BB grubunda diğer iki gruba göre daha yüksek

olduğu görülmektedir. Şizofreni tanılı bireylerin çocuklarında (14,15,138) ve BB tanılı ebeveynlerin çocuklarında (7,151,157,161,166,167,168,172,174-179,221) MDB ve diğer duygudurum bozuklukları görülme sıklığının arttığını bildiren çalışmalar bulunmaktadır ve mevcut bulgularımızı desteklemektedir. Çalışmamızla benzer olarak, MDB tanısı olan ebeveynlerin 137 çocuğu, BB olan ebeveynlerin 68 çocuğu, şizofreni tanısı olan ebeveynlerin 24 çocuğu ve sağlık kontrol grubunun 91 çocuğu olmak üzere 6-17 yaş arası 320 çocuk çalışmaya alınmıştır. Yüksek duygusal değişkenlik puanlarının MDB veya BB tanısı olan ebeveynlerin çocuklarında KG'de yer alan çocuklara göre önemli ölçüde yüksek olduğu, ancak şizofreni tanısı olan ebeveynlerin çocukları ile kontrol grubu ebeveynlerinin çocukları arasında önemli ölçüde farklılık olmadığı gösterilmiştir. MDB ve BB tanılı ebeveyne sahip çocuklarda artmış duygusal değişkenliğin, duygudurum bozuklukları için ailesel riskin bir göstergesi olduğunun bildirilmesi, çalışmamızda MDB'nin BB grubunda daha yüksek oranda saptanması ile uyumludur (142). Ayrıca bu çocukların sosyal ve duygusal sorunlarının, BB'ye sahip ebeveynlerinin kişilerarası sorunlarına benzediği, duygulanım kontrolünü sağlamak için uyuma yönelik olmayan tutumları olduğu, benlik saygılarının daha değişken olduğu, kişilerarası etkileşimlerde daha fazla olumsuz tepki gösterdikleri, kendilerini yatıştırma becerilerinin daha düşük olduğu ve benlik tasarım puan ortalamalarının daha düşük olduğunu bildiren çalışmalar da bu bulgu ile paralellik göstermektedir (142,155,161-163). Bu etkenler bu çocuklarda MDB gelişim riskini arttırmakla birlikte çalışmamızda özellikle BB grubundaki çocuklarda MDB'nin yüksek oranda saptanmasını açıklar niteliktedir. Bu çalışmaların birkaçında BB tanılı çocuklar saptanmasına karşın (167,174), bizim çalışmamızda hiçbir çocuk ve ergen bipolar bozukluk tanısını almamıştır. Bipolar bozukluk tanı yaşının genellikle 15-25 arasında olması ve çocukluk döneminde (12 yaş altı) başlangıç olguların %5' inde, ergenlikte (12- 18 yaş) başlangıç %28' inde görülmesi (54) ve BB tanılı olgularda başlangıç ataklarının daha sıklıkla depresyon olarak tanı aldığı yönündeki bildirimler bu durumu açıklamaktadır (252). BB tanılı ebeveyni olan çocuklarla yapılan bir başka çalışmada; depresif bozukluk erken veya orta çocukluk döneminde başlama eğilimindeyken, bipolar bozukluğun en sık ergenlik döneminde saptanmış olması da bu durumu destekler niteliktedir (174). Bu

bilgiler ile birlikte çalışmamızda BB grubundaki çocuk ve ergen örneklem sayısının az olmasının da bu durumda bir etken olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda, BB tanılı anneye sahip çocuklarda TSSB saptanma oranının hem geçmişte, hem de şu anda diğer iki gruba göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. 250'si Bipolar Bozukluk tanılı, 250'si sağlıklı kontrol grubu olarak seçilen 6-17 yaş arası çocuğu olan 500 ebeveynin katıldığı bir çalışmada; çalışmamızla benzer şekilde TSSB görülme oranı açısından iki çocuk grubu arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur (151). Yapılan bir diğer çalışmada BB tanılı kadınların çocuklarının daha fazla fiziksel istismar oranlarına sahip olduğunun ve Çocuklarının %33,3'ünün annelerin semptomları nedeniyle fiziksel ve/veya psikolojik istismara uğradığının bildirilmiş olması mevcut bulgumuzla paralellik göstermektedir (224). Ayrıca bu çocukların kendi ifadelerini içeren çalışmalarda, çocukluk dönemlerini anlatırken o dönemleri zor ve sıkıntılı dönemler olarak ifade etmeleri ve acı verici deneyimlere sahip olduklarını söylemeleri bu bulgumuzu destekler niteliktedir (127-130). Aile Ortamını Değerlendirme Ölçeği (Family Enviroment Scale) kullanılarak yapılan bir çalışmada BB tanılı ebeveyne sahip ailelerin, daha az uyum ve işbirliği, daha fazla çatışmaya sahip olmaları açısından ortalama bir aileden farklı oldukları görülmüştür (149). Bu sonuçlara dayanarak BB tanılı anneye sahip çocukların çocukluk çağı travmaları açısından daha büyük riske sahip olduğunu ve bu durumun çalışmamızda BB grubunda TSSB tanısının diğer iki gruba göre daha yüksek saptanmasıyla paralellik gösterdiğini söyleyebiliriz.

DEHB görülme oranları gruplar arasında anlamlı derecede farklılık göstermemekle birlikte en yüksek oranların sırasıyla SCH ve BB grubundaki çocuklarda olduğu, en az KG'de saptandığı görülmektedir. Şizofreni tanılı bireylerin çocuklarında DEHB tanı sıklığının arttığı ve bu çocukların odaklanmış dikkat, dikkat hızı, dikkati sürdürme alanlarında diğer çocuklara göre daha zayıf performans gösterdikleri bildirilmiştir (15,127,143,189,190). Yapılan çalışmalarda BB tanılı ebeveynlerin çocuklarında da DEHB görülme sıklığının arttığı ve bu çocukların diğer çocuklara göre dış uyaranlarla dikkatlerinin kolayca dağıldığı, daha hareketli ve daha enerjik bir yapıya sahip oldukları gösterilmiştir (151,165,166,173,177,178). Bu sonuçlar çalışmamızdaki bulgularımızı desteklemektedir.

Literatüre baktığımızda hem bipolar bozukluk, tanılı hem de şizofreni tanılı bireylerin çocuklarında içselleştirme ve dışsallaştırma bozukluklarının görülme riskinin arttığını ve kontrol grupları ile kıyaslandığında bu bozuklukların daha fazla görüldüğünü bildiren çalışmalar bulunmaktadır (7-10,15,25,34,143,153,165,172, 174,221). Çalışmamızda; çocuklarda geçmişte anksiyete bozuklukları ve içselleştirme bozuklukları (anksiyete bozuklukları, TSSB ve MDB) tanı gruplarının görülme oranlarının BB ve SCH gruplarındaki oranların KG'den anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Literatüre baktığımızda yapılan çalışmalar hem BB tanılı, hem de SCH tanılı bireylerin çocuklarında anksiyete bozuklukları ve içselleştirme bozukluklarının görülme riskinin arttığını bildirmektedir ve çalışmamızdaki bulgularla uyumludur (7,9,10,14,25,153,168,172-178,196,221). Öte yandan literatürde BB ve SCH tanılı annelerin çocuklarında dışsallaştırma bozuklukları ve yıkıcı bozukluk oranlarının KG'ye göre daha yüksek bildirilmesine karşın mevcut çalışmamızda araştırma gruplarında bu bozukluklar açısından KG'ye göre anlamlı farklılık saptanmamasında örneklem sayısının az olmasının etkili olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda çocuklar tarafından doldurulan ve anksiyete bozukluklarını tarayan ÇATÖ ölçeğine göre; okul reddi alt bölümünde, BB ve SCH gruplarındaki çocukların KG'de yer alan çocuklara göre anlamlı düzeyde daha yüksek puan aldıkları saptanmıştır. Mevcut bulgumuzu destekleyen bir çalışmada; 1986-1996 yılları arasında Danimarka'da doğan ve yaşayan tüm çocuklar (N = 684.248) ve ebeveynlerinin dahil edildiği, çocukların mezuniyetine kadar süren bir çalışmada; ebeveyninde şizofreni tanısı olan çocukların diğerlerine kıyasla düşük not ortalamasına sahip oldukları ve ilköğretimi bitirme oranlarının daha düşük olduğu tespit edilmiştir (127). Benzer şekilde, ağır ruhsal bozukluğu olan annelerin çocuklarının ortaokula geçiş için dezavantajlı duruma düştükleri tespit edildiğini bildiren bir başka çalışma da literatürde yer almaktadır (208). Çalışmamızda yüksek risk gruplarında bulunan çocukların düşük akademik başarı ve gelişim basamaklarında gecikme oranlarının kontrol gruplarına göre yüksek olmasının bu duruma etkisi olduğu düşünülmektedir. Bu çocuklarda saptanan dikkat sorunları, DEHB görülme sıklığı, bilişsel ve dil zorluklarının artmış olduğunu gösteren

çalışmalar da literatürde yer almaktadır (143,151,164,166,173,177,178,192). Literatürde bulunan mevcut çalışmalar, bulgumuzu destekler niteliktedir.

Çalışmamızda düşük akademik başarı ve gelişim basamaklarında gecikmenin en fazla şizofreni tanılı annelerin çocuklarında görülmesi birbirini destekleyen sonuçlardır ve literatürde benzer sonuçları elde eden birçok çalışma bulunmaktadır. Şizofreni tanısı olan bir anneye sahip olmanın, öncelikle çocuğun bilişsel gelişimini etkilediği bildirilmiştir. Bu durumun hem bozukluğun genetik aktarımı, hem de annelerinin sahip olduğu ruhsal bozuklukla direkt karşı karşıya kalmalarından kaynaklandığı; azalmış göz teması, uyarılamama, ipuçlarını almada zorluk/yetersizlik ve anne ile bebek arasındaki uyumsuzluk gibi bebek gelişimi için kalıcı bilişsel, duygusal, davranışsal ve sosyal etkileri olduğu düşünülen olumsuz sonuçlarla ilişkili olduğu yapılan çalışmalarda bildirilmiştir (18,34,232,234) Bulgularımızla uyumlu olarak, son yıllarda 46 makalenin incelenmesi ile yapılan bir derlemede şizofreni tanılı ebeveynlerin çocuklarının daha yüksek oranda motor ve bilişsel kusurlar gibi nörogelişimsel özellikler ve toplumun diğer kesiminden ayırt edici sosyal davranışlarla karakterize farklı gelişimsel kalıplar gösterdiği gözlenmiştir (14). Veriler, ebeveynlerinde şizofreni tanısı olan çocukların, çeşitli nöromotor ve bilişsel sorunlar açısından daha yüksek risk altında olduğunu göstermektedir (189). Yapılan bir çalışmada şizofreni tanılı ebeveynlerin yüksek riskli çocuklarının çalışma belleği, odaklanmış dikkat, dikkat hızı, bölünmüş dikkat, yürütücü işlevler, bildirimsel bellek ve sözel akıcılık gibi bilişsel işlevlerde anlamlı zayıf performans gösterdikleri saptanmıştır (190). Benzer şekilde bu çocukların motor bilişsel gecikme, okul öncesi dönemde duygusal sorunlar, okul döneminde dikkat güçlüğü ve zayıf sosyal uyum ile birlikte tüm dönemlerde silik nörolojik belirtiler sergilediği gösterilmiştir (191,192). Yapılan bir çalışmada ebeveyninde şizofreni tanısı olan çocukların diğerlerine kıyasla düşük not ortalamasına sahip oldukları ve ilköğretimi bitirme oranlarının daha düşük olduğu tespit edilmiştir (127). Mevcut sonuçlar, bulgumuzu desteklemektedir. Yapılan çalışmalardan elde edilen sonuçlar ve çalışmamızın bulguları doğrultusunda şizofreni tanılı anneye sahip çocukların ebeveyn tutumlarında en olumsuz sonuçlara sahip olmaları ile birlikte genetik faktörlerin de etkisi ile çocuklarının gelişimlerini ve akademik başarılarını diğer gruplara göre daha olumsuz yönde etkiledikleri düşünülmektedir.

Çalışmamızda annelerin PUKİ ölçeğine göre uyku kalitelerinin oranlarını karşılaştırdığımızda ciddi kötü derecede uyku kalitesine sahip olan annelerin oranının BB grubunda diğer iki gruba göre yüksek olduğu, SCH ve KG'de benzer oranlarda olduğu bulunmuştur. Çocuklardaki uyku sorunlarını ölçmek amacıyla anneler tarafından doldurulan ÇUAA-KF'ye göre anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Literatüre baktığımızda BB tanılı annelerin çocuklarında uyku bozukluğunun görüldüğü bildirilmiştir (253). BB tanılı ebeveynlerin okul öncesi çocuklarında bir çalışmada, DEHB ve KOKGB olan çocuklar örneklemden çıkarıldıktan sonra bile uyku sorunları puanlarının kontrol çocuklarına göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulunmuştur (165). Bizim çalışmamızda görülen farklılığın istatiksel olarak anlamlı düzeyde olmamasının; örneklem sayısının az olması ile birlikte çocuklarda görülen uyku problemlerinin çocukların kendi bildirimine değil, annelerinin değerlendirilmesine dayanmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

5.6. ANNELERİN EBEVEYN TUTUMLARIYLA ÇOCUKLARDA SAPTANAN PSİKOPATOLOJİ ARASINDAKİ İLİŞKİYE DAİR BULGULAR

Çalışmamızda, annelerin ebeveyn tutumlarını değerlendiren ve çocuklar tarafından doldurulan ölçekte kabul-ilgi, kontrol-denetleme ve psikolojik özerklik puanları ile birlikte anneler tarafından doldurulan ölçekte demokratiklik ve eşitlik tanıma puanları azaldıkça çocuklarda psikopatoloji görülme riskinin arttığı; aşırı koruyuculuk, ev kadınlığını reddetme, karı-koca geçimsizliği ve otoriter tutum arttıkça çocuklarda psikopatoloji görülme riskinin arttığı bulunmuştur. Ebeveyn tutumlarının çocuklarda psikopatoloji oluşumunda rol oynadığı ve hem olumlu hem de olumsuz yönde etkileyebildiği görülmektedir. Bu bulgular, BB ve SCH tanılı annelerin çocuklarında psikopatoloji gelişimini, yanlızca ruhsal bozukluklarının genetik aktarımı ile değil; aile içinde annelerin diğer ebeveynle olan ilişkileri, ev içindeki sorumluluklara olan katkıları ve çocuklarına karşı sergiledikleri tutumları ile etkilediklerini göstermektedir. Literatürü incelediğimizde; birçok çalışmanın, araştırmamızın mevcut sonuçlarını desteklediğini, çocukların yalnızca genetik risk faktörlerini miras almakla kalmadığını, aynı zamanda ağır düzeyde ruhsal bozukluğa sahip bir ebeveyn ile yaşamanın olumsuz etkileri nedeniyle çevresel stres faktörlerine

de maruz kaldıklarını ve bu durumun çocuklarda psikiyatrik bozukluklara neden olduğunu bildirmektedir (7,9,24,31,106,131-133,151,154,155,182,224).

Yapılan çalışmalarda bulgularımızla uyumlu olarak, ebeveynde BB tanısı olmasının, çocuklarıyla olan ilişkisini olumsuz yönde etkilediği; düşük ebeveyn sıcaklığı ve bağının, bağımsız bir risk faktörü olarak çocuklarda içselleştirme ve dışsallaştırma sorunlarına neden olduğu bildirilmiştir (8,9). Ayrıca düşük aile bağlılığı, çocuklarda var olan duygudurum bozuklukları ile ilişkilendirilmiştir (153). Yapılan bir başka çalışmada benzer şekilde, şizofreni tanılı annelerin sağladıkları psikososyal ortamın kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde olumsuz etkilendiği ve buna bağlı olarak yüksek risk grubundaki çocukların içselleştirme ve dışsallaştırma problemlerine ilişkin sahip oldukları puanların, kontrol grubundaki çocuklara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu gösterilmiştir (34).

Mevcut çalışmalar ve bulgularımızla paralel olarak, ebeveynlik tarzının sıcak ve öngörülebilir olmasının koruyucu etkisiyle bu olumsuz etkiler hafifletebildiği; eleştirel ve reddeden ebeveynlik tutumunun ise çocuklarda daha sonra ortaya çıkan duygudurum bozuklukları ile ilişkilendirildiği bildirilmiştir (116). Benzer şekilde, demokratik (yetkin) tutumun bileşenleri olan yüksek sıcak ilgi ve yüksek kontrol yeterli olarak sergilendiğinde, çocukların olumlu etkilendiği; ancak demokratik tutumun sergilenmediği ailelerde, bu durumun çocuklarda görülen psikopatoloji ile ilişkilendirildiğine dair birçok çalışma bulunmaktadır (21,108,109-112,117,125). Bu doğrultuda ülkemizde yapılan ve 34 çalışmayı inceleyen bir derlemede; ebeveyn tutum ve davranışlarında baskı, disiplin ve aşırı koruyuculuğun olmasının olumsuz; demokratik ve kabul edici tutum ve davranışların olumlu etkileri olduğu gözlemlenmiştir (21). Benzer şekilde, ebeveynlik tutumları alt ölçeklerinde "kabul-ilgi" ve "psikolojik özerklik" stillerinin benlik saygısını olumlu yönde etkiledikleri ortaya konulmuştur (108). Demokratik ebeveyn tutumu; sosyal ve bilişsel yetiler, psikolojik gelişim, okula uyum, akademik motivasyon ile pozitif ilişki gösterirken, uyum sorunları ile negatif ilişkili bulunmuştur (21,109-112). İçselleştirme ve dışsallaştırma bozukluğuna sahip ergenlerin ebeveynlerinin tutumlarının karşılaştırıldığı bir çalışmada ise; dışsallaştırma grubunda aşırı koruyucu annelik ve ev kadınlığı rolünü reddetme alt boyutlarının, içselleştirme grubuna göre anlamlı

olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar ışığında dışsallaştırma bozukluklarında ebeveyn ve ergen ilişkisinin daha problemli olduğu bildirilmiştir (254). Mevcut çalışmalar, bulgularımızla uyumluluk göstermektedir.

Çalışmamızdaki bulgularla uyumlu olarak, ebeveyn bakımının eksikliği, yüksek ebeveyn kontrolü ve ebeveynin destekleyici olmamasının; çocukta ileride ortaya çıkacak olan depresyonu yordadığı bildirilmiştir (118). Yapılan çalışmaların sonuçları bulgularımızla pararlellik göstermektedir. Literatürdeki çalışmaları incelediğimizde hem anne, hem de baba tarafından sıcak ebeveynlik tutumu bildiren ergenlerin; stresli olaylara tepki olarak depresyon semptomları gösterme ihtimali, her iki ebeveyn tarafından yüksek oranda disiplin bildiren ergenlere göre daha düşük olarak bulunmuştur (119). Algılanan ebeveyn sıcaklığı, ergenlerde aktif başa çıkma becerisi ile pozitif, süreğen kaygı ile negatif korelasyon göstermiştir. Her iki ebeveynin de demokratik ve izin verici tutuma sahip olduğu gruplar, aktif problemlerle başa çıkmada en yüksek puana sahip olmuştur (106). Ayrıca annedeki demokratik tutum çocukta görülen hem daha yüksek benlik saygısı ve yaşam doyumu, hem de daha düşük depresyon ile ilişkili bulunurken; anne tarafından sergilenen reddedici tutumlar ise depresif semptomlarla ilişkili bulunmuştur (122,123) Otoriter tutumla yetişen çocukların ise düşük özsaygı, yüksek kaygı ve psikolojik uyum sorunları yaşadığı bildirilmiştir (21). Otoriter ebeveynliğin saldırganlıkla pozitif; akran kabulü, sosyal yeterlilik ve okuldaki akademik başarı ile negatif ilişki gösterdiği saptanmıştır. Ayrıca, çocuklardaki yüksek sosyal kaygı ve davranış problemleri ile ilişkili bulunmuştur (113-115). Aşırı koruyucu tutumun ise çocuğun bağımsız bir kişiliğe sahip olmasını engellediği, özgüven problemleri ve duygusal problemlere yol açtığı, çocuğun sosyal gelişimi ve sosyal uyumunu olumsuz yönde etkilediği bildirilmiştir (103). Otoriter ve kontrol edici ebeveynlik tarzlarının çocukluk ve ergenlikteki anksiyete düzeyleri ile yakından ilişkili olduğu gösterilmiştir. Yapılan bir çalışmada ergenler tarafından algılanan otorite ve ebeveynin yüksek psikolojik baskısının depersonalizasyon ve süreğen anksiyete ile olumlu yönde ilişkili olduğu bulunmuştur (106). Mevcut sonuçlar, bulgularımızı desteklemektedir. Yapılan bir başka çalışmada, annelerdeki otoriter ebeveynlik tutumlarının çocuklardaki davranış problemlerinin gelişiminde etkili olduğu gösterilmiştir (124). Anne tutumlarının çocuklarının sosyal becerileri ve okula

uyumları üzerindeki yordayıcı etkisini ortaya koymayı amaçlayan bir çalışmada ise; anne tarafından sergilenen otoriter ve izin verici tutumun olumsuz yönde, demokratik tutumun olumlu yönde etkisi olduğu ortaya konulması da bulgularımızı desteklemektedir (125).

5.7. ANNENİN İLK 3 YIL RUHSAL DURUMU VE BAĞLANMANIN ÇOCUKLARDA GÖRÜLEN PSİKOPATOLOJİ İLE İLİŞKİSİNE DAİR BULGULAR

Çalışmamızda, psikopatolojiye sahip olan çocukların annelerinin doğumdan sonraki 3 yıllık dönemde kendisinin mutsuz olduğunu ifade etme oranlarının gruplar arasında istatiksel açıdan anlamlı düzeye ulaşmamasına karşın; bu oranın SCH tanılı annelerde %53,8, BB tanılı annelerde %30,4 ve KG annelerde %7.1 olduğu görülmektedir. Çalışmamızdaki çocukların sahip olduğu tanı oranlarının benzer şekilde BB ve SCH grubundaki çocuklarda KG'ye göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Doğumdan sonraki ilk 3 yıl annelerin mutsuz olmasının, genetik açıdan yüksek risk grubunda olan bu çocuklarda gelişecek olan psikopatoloji riskini daha da arttırdığını söyleyebiliriz. Çeşitli nedenlerden ötürü karşılıklı anne ve çocuk ilişkisinden yoksun kalan çocukların, genellikle duygusal ve davranışsal problemlerin gelişimi için risk altında olduğu yapılan çalışmalarda bildirilmiş olması bu bulgumuzun önemini göstermektedir (229). Özellikle ebeveynlerden birinde veya her ikisinde duygudurum bozukluğu, şizofreni ya da depresyon gibi psikiyatrik bozukluğun görülmesi, çocuklar ile güvenli bir bağlanmanın kurulmasına engel olduğu (27), güvensiz bağlanan çocukların ise okul dönemi ve ergenlikte daha fazla duygusal sorun yaşadığı (199), dahası ilerleyen yıllarda psikopatoloji geliştirmeye, güvenli bağlanan bebeklere göre daha yatkın oldukları öne sürüldüğü çalışmalar bu bulgularımızı desteklemektedir (201).

Bu bilgiler ışığında, çalışmamızdaki sonuçlara paralel olarak; anne-bebek etkileşiminin ruhsal bozukluğu olan annelerde çeşitli derecelerde bozulduğuna dair önemli kanıtlar vardır (230). Yapılan çalışmalar ebeveynde BB tanısı olmasının, çocuklarıyla olan ilişkisini olumsuz yönde etkilediğini, çocuklarına daha az bağlandıkları, çocuklarda kaygılı/ikircikli bağlanma sağlıklı kontrollere göre sık olduğu tespit edilmiştir (8, 33). Düşük çocuk-ebeveyn bağı ile çocuklarda oluşan

içselleştirme sorunları arasında ilişki olduğu görülmüştür. Annenin bakımvericiliğinin düşük olmasının ise tek başına dışsallaştırma sorunlarını öngördüğü bildirilmiştir (9). Mevcut çalışmalar, bulgumuzu desteklemektedir. Benzer şekilde, annenin şizofreni tanısına sahip olmasının, anne-bebek ilişkisini ve dolayısıyla çocuğun bağlanma biçimini olumsuz yönde etkilediği; azalmış göz teması, uyarılamama, ipuçlarını almada zorluk/yetersizlik ve anne ile bebek arasındaki uyumsuzluk gibi bebek gelişimi için kalıcı bilişsel, duygusal, davranışsal ve sosyal etkileri olduğu düşünülen olumsuz sonuçlarla ilişkili olduğu bildirilmesi de bulgularımızla uyumluluk göstermektedir (16-18,30,34,35,184,202,229,232-234). Ayrıca bu çocukların, çocukluklarında diğer çocuklardan daha farklı algılandıklarını düşündükleri ve arkadaşlık ilişkisi kurmada büyük güçlükler yaşadıklarının bildirilmesi de bulgularımızı desteklemektedir (128). Şizofreni tanısı olan annelerin 159 yüksek riskli çocuğu ile kontrol grubu annelerin 99 çocuğunun verilerinin karşılaştırıldığı bir başka çalışmada bu çocuklarda kontrol grubuna kıyasla yüksek saptanan okul öncesi dönemde sosyal uyum sorunları ve şiddetli nörolojik semptomlar gelecekteki şizofreni gelişimini, okul çağındaki sosyal uyum sorunları ve duygusal belirtilerin gelecekteki psikotik olmayan psikiyatrik bozukları yordadığı bildirilmiştir(192). Mevcut sonuçlar, bulgularımız ile paralellik göstermektedir.

5.8. ÇALIŞMANIN GÜÇLÜ YANLARI

Literatür incelendiğinde, bipolar bozukluk ve şizofreni tanısı ile takip edilen annelerin ebeveyn tutumlarının eşleştirilmiş sağlıklı kontrol grubu anneler ile kıyaslandığı ve bu tutumların çocuklarındaki psikopatoloji ile ilişkisinin araştırıldığı bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Çalışmamızın en güçlü yanı bu konudaki ilk çalışmalardan biri olmasıdır.

Çalışmamızdaki çocukların psikopatolojilerinin klinisyen tarafından uygulanan yarı yapılandırılmış görüşme ile değerlendirilmesi ve bu değerlendirilmenin DSM-5'e göre yapılmış olması diğer güçlü yanlarıdır.

Bu yönde yapılan çalışmalarda; ebeveyn tutumlarından ziyade çocuklarda gelişen psikopatolojilere odaklanıldığı, daha çok anne ve babanın birlikte değerlendirildiği, sadece anne odaklı çalışmaların az olduğu ve çocukların tanılarının

DSM-IV'e göre değerlendirildiği görülmektedir. Bu nedenlerle, mevcut çalışmamızın dizayn olarak daha güncel ve kapsamlı olduğu görülmektedir.

5.9. KISITLILIKLAR

Çalışma merkezimizin bir üçüncü basamak hastanesi ve sevk merkezi olması ile birlikte yatış gereksinimi olan şizofreni ve bipolar bozukluk tanılı anneler ve çocukları ile çalışılması, elde edilen bulgularımızın tüm popülasyona genellenebilirliğini sınırlamaktadır.

Çalışmamızdaki annelerin ebeveyn tutumlarının yapılandırılmış bir klinik görüşme yerine annelere verilen ölçek ve alt ölçek puanlarına dayanması ebeveyn tutumlarının nesnel bir şekilde değerlendirilmesini zorlaştırmaktadır.

Özellikle annelerin bipolar bozukluk ve şizofreni gibi ağır ruhsal bozukluklara sahip olması neticesinde bilişsel işlevlerindeki yıkıma bağlı olarak yürütücü işlevlerinde bozulmanın olması, bu annelerin doldurduğu ölçeklerin sonuçlarına olan güvenirliği azaltabilmektedir.

Gruplardaki örneklem sayılarının az oluşu çalışmamızın kısıtlı yanlarındandır. Bir diğer kısıtlılık, çalısmamızın kesitsel bir çalışma olmasıdır. Bipolar bozukluk ve şizofreni tanısı alan annelerin çocukları üzerindeki etkilerini daha net aydınlatabilmek için kesitsel çalışmanın yeterli olmadığı, uzun süreli takip çalısmalarına ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

Bulgularımız, bu kısıtlılıklar göz önünde bulundurularak ele alınmalıdır.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

1. BB ve SCH tanılı annelerin gebelik döneminde KG'ye göre daha yüksek oranda sigara kullandıkları saptanmıştır. Gebelikte sigara kullanımın prenatal ve sonraki dönemlerde çocukları üzerindeki olumsuz etkileri göz önüne alındığında; bu annelerin gebelik döneminden itibaren takip edilmesine ve sigara kullanımlarına dikkat edilmesine ihtiyaç vardır.
2. BB ve SCH tanılı annelerin çocuklarının akademik başarılarının; KG'de yer alan çocuklara göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Bu bulgu, bu annelerin çocuklarının akademik açıdan yeterli desteği almaları için gerekli önlemlerin alınması gerektiğini vurgulamaktadır.
3. BB ve SCH tanılı annelerin çocuklarının evde kural konulmadığı, annelerinin sorumluluklarını yapmalarına izin vermedikleri ve babaları ile aktivite yapmadıkları yönündeki bildirimlerinin KG'ye göre daha yüksek oranda olduğu ve hem anne, hem de çocukların bildirimlerine göre bu ailelerde çocuğa sınır koyanın yüksek oranda baba olduğu görülmüştür. Ayrıca bu annelerin çocukları tarafından bildirilen kabul ilginin ve annelerin bildirdiği demokratik tutumun daha düşük düzeyde; aşırı koruyuculuk ve otoriter tutumun ise daha yüksek düzeyde bulunduğu saptanmıştır. BB ve SCH tanılı annelere ve diğer aile üyelerine yetkin ebeveyn tutumları konusunda yeterli eğitim ve desteğin verilmesinin önemini göstermektedir.
4. BB ve SCH tanılı annelerin çocuklarında psikopatoloji oranları, eşlik eden komorbidite sayıları, okul reddi ile anksiyete bozuklukları ve içselleştirme bozuklukları görülme oranları KG'de yer alan annelerin çocuklarına göre daha yüksek düzeyde bulunmuştur. Bu nedenle bu anneleri değerlendiren ya da izleyen hekimlerin; bu annelerin çocuklarındaki psikiyatrik belirtileri sorgulaması ve gerektiğinde psikiyatrik yardım almaya yönlendirmesi uygun olacaktır.
5. MDB tanılı çocukların oranlarının, geçmişte BB ve SCH grubunda; şu anda BB grubunda en yüksek olduğu saptanmıştır. BB tanılı anneye sahip çocuklarda TSSB saptanma oranının hem geçmişte, hem de şu anda diğer iki

gruba göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Klinisyenler, takip ettikleri bu annelerin çocuklarının ruhsal sağlığını sorgularken özellikle MDB ve TSSB açısından dikkatli olmalı ve ihtiyaç halinde gerekli yönlendirmeleri yapmalıdır.

6. BB tanılı annelerin diğer iki gruba göre daha yüksek oranda doğum sonrası komplikasyon yaşadıkları, boşanma oranlarının daha yüksek olduğu ve çocuk bakımında yardımcıya daha yüksek oranda gereksinim duydukları saptanmış olması da BB tanılı annelerin hem gebelik döneminde, hem de sonrasında titizlikle izlenmesi ile birlikte ihtiyaç duydukları gerekli desteği sağlamanın önemini göstermektedir.
7. SCH grubunda yer alan çocukların babalarının istihdam durumu ve ailelerinin aylık ortalama gelirinin diğer iki gruba göre daha düşük olduğu; bu annelerin diğer iki gruba göre daha fazla plansız gebelik yaşadıkları, daha fazla sayıda çocuk sahibi oldukları bulunmuştur. Bu annelerin diğer iki gruba göre daha yüksek oranda doğumdan sonraki 3 yıllık dönemde kendilerinin mutsuz olduğunu ifade ettikleri, bu dönemde çocuklarıyla olan ilişkilerinin kalitesinin diğer iki gruba göre daha olumsuz etkilendiği ve çocuklarının gelişim basamaklarında gecikme oranlarının en yüksek olduğu saptanmıştır. Bu gruptaki çocukların kendi ifadelerine dayanan; anneleri ile aktivite yapma ve kontrol denetleme bildirimlerinin en düşük; anneler tarafından bildirilen karı-koca geçimsizliğinin ise en yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır. Bu bulgular, şizofreni tanılı annelerin gebelik döneminden itibaren yakın takip etmenin önemini ve çocuklarının ruhsal sağlığının da sorgulanmasının önemini göstermektedir.
8. Bu sonuçlar ışığında; SCH tanılı annelerin çocuklarının, BB tanılı annelerin çocuklarına göre olumsuz çevresel faktörlere maruz kalma ve psikopatolojiye sahip olma risklerinin daha yüksek olduğunu söyleyebiliriz. Klinisyenler, SCH tanılı anneye sahip çocukların ruhsal sağlık açısından daha yüksek risk altında olduğunu bilmeli ve mutlaka bu annelerin çocuklarının ruhsal sağlığın sorgulamalı ve ihtiyaç halinde gerekli yönlendirmeleri yapmalıdır.

9. Çalışmamızda, psikopatolojiye sahip olan çocukların annelerinin doğumdan sonraki 3 yıllık dönemde kendisinin mutsuz olduğunu ifade etme oranlarının anlamlı düzeyde farklılık göstermemekle birlikte SCH tanılı annelerde her iki gruba göre, BB tanılı annelerde KG'na göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Doğumdan sonraki ilk 3 yıl annelerin mutsuz olmasının, genetik açıdan yüksek risk grubunda olan bu çocuklarda gelişecek olan psikopatoloji riskini daha da arttırdığını söyleyebiliriz. Doğumdan sonraki ilk 3 yılın bağlanma, anne-bebek etkileşimi ve bebeğin ruhsal gelişimi açısından önemi düşünüldüğünde; bu bulgu SCH tanılı annelerin postnatal dönemdeki ruhsal sağlıklarının değerlendirilmesinin gerekli olduğunu vurgulamaktadır.
10. Araştırmamızda, BB ve SCH tanılı annelerin ebeveyn tutumlarının hiçbir psikiyatrik bozukluğu olmayan annelere göre daha az yetkin olduğu saptanmıştır. Bu annelerin çocuklarında psikopatoloji gelişiminin, yanlızca ruhsal bozukluklarının genetik aktarımı ile değil; aile içinde annelerin diğer ebeveynle olan ilişkileri, ev içindeki sorumluluklara olan katkıları ve çocuklarına karşı sergiledikleri tutumları ile etkiledikleri gösterilmiştir. Bu nedenle, bu annelerin sahip olduğu ruhsal bozukluğun yakından takip edilmesi ve semptomların kontrolü ile yetkin ebeveyn tutumlarının desteklenmesi bu bireyler için ana hedeflerden biri olmalıdır. Özellikle bu bireylerin aile içindeki yeri, katılımı ve çocuklarına karşı tutumlarının daha kapsamlı değerlendirmesi gerekmektedir. Yüksek risk grubundaki çocuklarda psikopatolojinin ortaya çıkmasında etkili olan nedenleri ve riskleri anlayabilmek adına daha yüksek örneklem sayıları ile yapılacak daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

7. KAYNAKLAR

1. Valente, S. M., & Kennedy, B. L. (2010). End the bipolar tug-of-war. *The Nurse Practitioner*, *35*(2), 36-45.
2. Clemente, A. S., Diniz, B. S., Nicolato, R., Kapczinski, F. P., Soares, J. C., Firmo, J. O., et al. (2015). Bipolar disorder prevalence: a systematic review and meta-analysis of the literature. *Brazilian Journal of Psychiatry*, *37*(2), 155-161.
3. Barnett, J. H., & Smoller, J. W. (2009). The genetics of bipolar disorder. *Neuroscience*, *164*(1), 331-343.
4. Baytunca, M. B., Aydın, R., & Erermiş, S. (2014). Bipolar bozukluğun genetik altyapısı. *The Journal of Pediatric Research*, *1*(2), 49-53.
5. Chang, K., Steiner, H., Dienes, K., Adleman, N., & Ketter, T. (2003). Bipolar offspring: a window into bipolar disorder evolution. *Biological psychiatry*, *53*(11), 945-951.
6. Lapalme, M., Hodgins, S., & LaRoche, C. (1997). Children of parents with bipolar disorder: a metaanalysis of risk for mental disorders. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *42*(6),623-631.
7. DelBello, M. P., & Geller, B. (2001). Review of studies of child and adolescent offspring of bipolar parents. *Bipolar Disorders*, *3*(6), 325-334.
8. Kökçü, F., & Kesebir, S. (2010). İki uçlu olgular ve çocuklarında bağlanma biçiminin mizaç, kişilik ve klinik özellikler ile ilişkisi: kontrollü bir çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*, *21*(4), 309-318.
9. Lau, P., Hawes, D. J., Hunt, C., Frankland, A., Roberts, G., Wright, A., et al. (2018). Family environment and psychopathology in offspring of parents with bipolar disorder. *Journal of affective disorders*, *226*, 12-20.
10. Hirshfeld-Becker, D. R., Biederman, J., Henin, A., Faraone, S. V., Dowd, S. T., De Petrillo, L. A., et al. (2006). Psychopathology in the young offspring of parents with bipolar disorder: a controlled pilot study. *Psychiatry research*, *145*(2-3), 155-167.
11. Rivollier, F., Lotersztajn, L., Chaumette, B., Krebs, M. O., & Kebir, O. (2014). Hypothèse épigénétique de la schizophrénie: revue de la littérature. *L'encephale*, *40*(5), 380-386.
12. Mueser, K. T., & McGurk, S. R. (2004). Schizophrenia. *Lancet (London, England)*, *363*(9426), 2063–2072.
13. Öztürk O, Uluşahin A, (2016) *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. 14. Baskı, Bayt yayın hizmetleri, Ankara.
14. Hameed, M. A., & Lewis, A. J. (2016). Offspring of parents with schizophrenia: a systematic review of developmental features across childhood. *Harvard review of psychiatry*, *24*(2), 104-117.
15. Keshavan M, Montr DM, Rajarethinam R et al (2008) Psychopathology among offspring of parents with schizophrenia: relationship to premorbid impairments. Schizophr Res 103:114–120.
16. Dolman, C., Jones, I., & Howard, L. M. (2013). Pre-conception to parenting: a systematic review and meta-synthesis of the qualitative literature on motherhood for women with severe mental illness. *Archives of women's mental health*, *16*(3), 173-196.
17. Montag, C., Heinz, A., Kunz, D., & Gallinat, J. (2007). Self-reported empathic abilities in schizophrenia. *Schizophrenia research*, *92*(1-3), 85-89.
18. Oyserman, D., Bybee, D., Mowbray, C., & Hart-Johnson, T. (2005). When mothers have serious mental health problems: Parenting as a proximal mediator. *Journal of adolescence*, *28*(4), 443-463.
19. Özyürek, A. (2017). Yetiştirmeye İlişkin Anne-Baba Görüşleri Ölçeği" ve "Anne-Baba Tutum Ölçeği" Geliştirme Çalışması. *Uluslararası Erken Çocukluk Eğitimi Çalışmaları Dergisi*, *2*(1), 26-38.

20. Beardslee, W. R., Gladstone, T. R., & O'Connor, E. E. (2011). Transmission and prevention of mood disorders among children of affectively ill parents: a review. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *50*(11), 1098-1109.
21. Sümer, N., Gündoğdu Aktürk, E., & Helvacı, E. (2010). Anne-baba tutum ve davranışlarının psikolojik etkileri: Türkiye'de yapılan çalışmalara toplu bakış. *Türk Psikoloji Yazıları*, *13*(25), 42-59.
22. Ostiguy, C.S., Ellenbogen, M.A., Walker, C.-D., Walker, E.F., Hodgins, S., 2011. Sensitivity to stress among the offspring of parents with bipolar disorder: a study of daytime cortisol levels. Psychol. Med. 41, 2447–2457.
23. Kuzgun, Y., & Eldeleklioğlu, J. (2005). Ana baba tutumları ölçeği. *PDR'de kullanılan ölçekler*, 349-356.
24. Bjertrup, A. J., Friis, N. K., & Miskowiak, K. W. (2019). The maternal brain: Neural responses to infants in mothers with and without mood disorder. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *107*, 196-207.
25. Díaz-Caneja, C. M., Morón-Nozaleda, M. G., Vicente-Moreno, R. P., Rodríguez-Toscano, E., Pina-Camacho, L., de la Serna, E., et al. (2018). Temperament in child and adolescent offspring of patients with schizophrenia and bipolar disorder. *European child & adolescent psychiatry*, *27*(11), 1459-1471.
26. De la Serna, E., Ilzarbe, D., Sugranyes, G., Baeza, I., Moreno, D., Rodríguez-Toscano, E., et al.(2020). Lifetime psychopathology in child and adolescent offspring of parents diagnosed with schizophrenia or bipolar disorder: a 2-year follow-up study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 1-13.
27. Tosone, C. (1999). Illusion, dillusion and reality in romantic love-attachment theory and its application to adult romantic love. *Love and Attachment, London, Jason Aronson Inc*.
28. Wan, M. W., Salmon, M. P., Riordan, D. M., Appleby, L., Webb, R., & Abel, K. M. (2007a). What predicts poor mother-infant interaction in schizophrenia?. *Psychological medicine*, *37*(4), 537.
29. Wan, M. W., Warburton, A. L., Appleby, L., & Abel, K. M. (2007b). Mother and baby unit admissions: feasibility study examining child outcomes 4–6 years on. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, *41*(2), 150-156.
30. Moehler, E., Brunner, R., Wiebel, A., Reck, C., & Resch, F. (2006). Maternal depressive symptoms in the postnatal period are associated with long-term impairment of mother–child bonding. *Archives of women's mental health*, *9*(5), 273-278.
31. Hammen, C., Adrian, C., Gordon, D., Burge, D., Jaenicke, C., & Hiroto, D. (1987). Children of depressed mothers: maternal strain and symptom predictors of dysfunction. *Journal of abnormal psychology*, *96*(3), 190.
32. Bowlby J (1973) Attachment and Loss: Separation, Anxiety and Anger. New York: Basic Books.
33. Inoff-Germain, G., Nottelmann, E. D., & Radke-Yarrow, M. (1997). Relation of parental affective illness to family, dyadic, and individual functioning: An observational study of family interaction. *American Journal of Orthopsychiatry*, *67*(3), 433-448.
34. Malhotra, M., Kumar, D., & Verma, R. (2015). Effect of psychosocial environment in children having mother with schizophrenia. *Psychiatry Research*, *226*(2-3), 418-424.
35. Reupert, A., & Maybery, D. (2007). Families affected by parental mental illness: A multiperspective account of issues and interventions. *American Journal of Orthopsychiatry*, *77*(3), 362-369.
36. Isik, E. (2003). Depresyon ve bipolar bozukluklar. *Ankara: Gorsel Sanatlar Matbaacilik*.
37. Leboyer, M., & Kupfer, D. J. (2010). Bipolar disorder: new perspectives in health care and prevention. *The Journal of clinical psychiatry*, *71*(12), 1689.

38. Islam, M. K., Islam, M. S., Kibria, S. M., Rahman, M. M., Algin, S., & Mullick, M. S. (2020). Quality of Life among Patients with Bipolar Disorder. *Mymensingh Medical Journal: MMJ*, *29*(3), 601-608.
39. McCormick, U., Murray, B., & McNew, B. (2015). Diagnosis and treatment of patients with bipolar disorder: A review for advanced practice nurses. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, *27*(9), 530-542.
40. Marneros, A., & Brieger, P. (2002). Prognosis of Bipolar Disorder: A. *Other Titles in the WPA Series Evidence and Experience in Psychiatry*, 97.
41. Zimmerman, M., Ruggero, C. J., Chelminski, I., & Young, D. (2008). Is bipolar disorder overdiagnosed?. *Journal of Clinical Psychiatry*, *69*(6), 935-940.
42. Uğur, M. (2008). Duygudurum bozuklukları. İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Sempozyum Dizisi, 62, 59-84.
43. Angst, J., & Sellaro, R. (2000). Historical perspectives and natural history of bipolar disorder. *Biological psychiatry*, *48*(6), 445-457.
44. Akiskal, H. S. (1996). The prevalent clinical spectrum of bipolar disorders: beyond DSM-IV. *Journal of clinical psychopharmacology*, *16*(2), 4S-14S.
45. American Psychiatric Association (Ed.). (1980). Quick reference to the diagnostic criteria from DSM-III. The Association.
46. American Psychiatric Association. (1987). DSM 3/R. *Washington: APA.*
47. American Psychiatric Association. (1994), Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. IV. baskı, (DSM-IV), Washington DC.
48. American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic criteria from dsM-iV-tr*. American Psychiatric Pub.
49. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub.
50. Köroğlu, E. (2013). DSM-5 tanı ölçütleri. *Ankara, Hekimler Yayın Birliği Yayıncılık*.
51. Alonso, J., Petukhova, M., Vilagut, G., et al. (2011). Days out of role due to common physical and mental conditions: results from the WHO World Mental Health surveys. *Molecular psychiatry*, *16*(12), 1234-1246.
52. Müller, J. K., & Leweke, F. M. (2016). Bipolar disorder: clinical overview. *Medizinische Monatsschrift fur Pharmazeuten*, *39*(9), 363-9.
53. Merikangas, K. R., Akiskal, H. S., Angst, J., Greenberg, P. E., Hirschfeld, R. M., Petukhova, M., et al. (2007). Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. *Archives of general psychiatry*, *64*(5), 543-552.
54. Baldessarini, R. J., Tondo, L., Vázquez, G. H., Undurraga, J., Bolzani, L., Yildiz, A., et al. (2012). Age at onset versus family history and clinical outcomes in 1,665 international bipolar-I disorder patients. *World Psychiatry*, *11*(1), 40-46.
55. Joslyn, C., Hawes, D. J., Hunt, C., & Mitchell, P. B. (2016). Is age of onset associated with severity, prognosis, and clinical features in bipolar disorder? A meta-analytic review. *Bipolar disorders*, *18*(5), 389-403.
56. Kawa, I., Carter, J. D., Joyce, P. R., Doughty, C. J., Frampton, C. M., Elisabeth Wells, J., et al. (2005). Gender differences in bipolar disorder: age of onset, course, comorbidity, and symptom presentation. *Bipolar disorders*, *7*(2), 119-125.
57. Angst, J. (1998). The emerging epidemiology of hypomania and bipolar II disorder. *Journal of affective disorders*, *50*(2-3), 143-151.
58. Martinowich, K., Schloesser, R. J., & Manji, H. K. (2009). Bipolar disorder: from genes to behavior pathways. *The Journal of clinical investigation*, *119*(4), 726-736.
59. Miklowitz, D. J., & Johnson, S. L. (2006). The psychopathology and treatment of bipolar disorder. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, *2*, 199-235.
60. Öztürk, M. O., & Uluşahin, A. (2014). *Ruh sağlığı ve bozuklukları*. Nobel Tıp Kitabevleri.

61. Merikangas, K. R., Prusoff, B. A., & Weissman, M. M. (1988). Parental concordance for affective disorders: psychopathology in offspring. *Journal of Affective Disorders*, *15*(3), 279-290.
62. Gordovez, F. J. A., & McMahon, F. J. (2020). The genetics of bipolar disorder. *Molecular Psychiatry*, 1-16.
63. Craddock, N., & Sklar, P. (2013). Genetics of bipolar disorder. *The Lancet*, *381*(9878), 1654-1662.
64. Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Levin, Z. E. (Eds.). (2007). Kaplan and Sadock's study guide and self-examination review in psychiatry. Lippincott Williams & Wilkins.
65. Hodgins, S., Faucher, B., Zarac, A., & Ellenbogen, M. (2002). Children of parents with bipolar disorder: a population at high risk for major affective disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, *11*(3), 533-553.
66. Johnson, S. L., & Roberts, J. E. (1995). Life events and bipolar disorder: implications from biological theories. *Psychological bulletin*, *117*(3), 434.
67. Lex, C., Bäzner, E., & Meyer, T. D. (2017). Does stress play a significant role in bipolar disorder? A meta-analysis. *Journal of affective disorders*, *208*, 298-308.
68. Krishnan, K. R. R. (2005). Psychiatric and medical comorbidities of bipolar disorder. *Psychosomatic medicine*, *67*(1), 1-8.
69. McElroy S. L. (2004). Diagnosing and treating comorbid (complicated) bipolar disorder. *The Journal of clinical psychiatry*, *65 Suppl 15*, 35–44.
70. Üçok A. (2008). Şizofreni ve benzeri piskozlar. Klinik Psikiyatri;11(Ek 5):9-14.
71. Rajji, T. K., Miranda, D., & Mulsant, B. H. (2014). Cognition, function, and disability in patients with schizophrenia: a review of longitudinal studies. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *59*(1), 13-17.
72. Keller, W. R., Fischer, B. A., & Carpenter, Jr, W. T. (2011). Revisiting the diagnosis of schizophrenia: where have we been and where are we going?. *CNS neuroscience & therapeutics*, *17*(2), 83-88.
73. Jablensky, A. (2010). The diagnostic concept of schizophrenia: its history, evolution, and future prospects. *Dialogues in clinical neuroscience*, *12*(3), 271.
74. Tandon, R. (2012). The nosology of schizophrenia: toward DSM-5 and ICD-11. *Psychiatric Clinics*, *35*(3), 557-569.
75. Tandon, R., Gaebel, W., Barch, D. M., Bustillo, J., Gur, R. E., Heckers, S., et al. (2013). Definition and description of schizophrenia in the DSM-5. *Schizophrenia research*, *150*(1), 3-10.
76. Bromet, E. J., Naz, B., Fochtmann, L. J., Carlson, G. A., & Tanenberg-Karant, M. (2005). Long-term diagnostic stability and outcome in recent first-episode cohort studies of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, *31*(3), 639-649.
77. San, L., Ciudad, A., Álvarez, E., Bobes, J., & Gilaberte, I. (2007). Symptomatic remission and social/vocational functioning in outpatients with schizophrenia: prevalence and associations in a cross-sectional study. *European psychiatry*, *22*(8), 490-498.
78. Abel, K. M., Drake, R., & Goldstein, J. M. (2010). Sex differences in schizophrenia. *International review of psychiatry*, *22*(5), 417-428.
79. Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (2004). Şizofreni. Kaplan & Sadock Klinik Psikiyatri Kitabı (Kaplan & Sadock's Concise Textbook of Clinical Psychiatry), E Albay (Çev. ed.), İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 121-38.
80. Orhan, Ö. M., & Aylin, U. (2011). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları I, 11. *Baskı, Nobel Tıp Kitapevleri, Ankara*.
81. Ayano, G. (2016). Schizophrenia: a concise overview of etiology, epidemiology diagnosis and management: review of literatures. *J Schizophrenia Res*, *3*(2), 2-7.

82. Köroğlu, E., & Güleç, C. (2007). Psikiyatri Temel Kitabı. 2. nci baskı. *Hekimler Yayın Birliği, Ankara*, 184-204.
83. Ran, M. S., Wong, Y. L. I., Yang, S. Y., Ho, P. S., Mao, W. J., Li, J., et al. (2017). Marriage and outcomes of people with schizophrenia in rural China: 14-year follow-up study. *Schizophrenia research*, *182*, 49-54.
84. Remschmidt, H., & Theisen, F. (2012). Early-onset schizophrenia1. *Neuropsychobiology*, *66*(1), 63-69.
85. Stilo, S. A., & Murray, R. M. (2019). Non-genetic factors in schizophrenia. *Current psychiatry reports*, *21*(10), 100.
86. Zwicker, A., Denovan-Wright, E. M., & Uher, R. (2018). Gene–environment interplay in the etiology of psychosis. *Psychological medicine*, *48*(12), 1925-1936.
87. Byrne, M., Agerbo, E., Bennedsen, B., Eaton, W. W., & Mortensen, P. B. (2007). Obstetric conditions and risk of first admission with schizophrenia: a Danish national register based study. *Schizophrenia research*, *97*(1-3), 51-59.
88. Brown, A. S. (2006). Prenatal infection as a risk factor for schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, *32*(2), 200-202.
89. Torrey, E. F., Buka, S., Cannon, T. D., Goldstein, J. M., Seidman, L. J., Liu, T., et al. (2009). Paternal age as a risk factor for schizophrenia: how important is it?. *Schizophrenia research*, *114*(1-3), 1-5.
90. Henquet, C., Murray, R., Linszen, D., & van Os, J. (2005). The environment and schizophrenia: the role of cannabis use. *Schizophrenia bulletin*, *31*(3), 608-612.
91. Marconi, A., Di Forti, M., Lewis, C. M., Murray, R. M., & Vassos, E. (2016). Meta-analysis of the association between the level of cannabis use and risk of psychosis. *Schizophrenia bulletin*, *42*(5), 1262-1269.
92. Beards, S., Gayer-Anderson, C., Borges, S., Dewey, M. E., Fisher, H. L., & Morgan, C. (2013). Life events and psychosis: a review and meta-analysis. *Schizophrenia bulletin*, *39*(4), 740-747.
93. Bramon, E., & Murray, R. M. (2001). A plausible model of schizophrenia must incorporate psychological and social, as well as neuro developmental, risk factors. *Dialogues in clinical neuroscience*, *3*(4), 243.
94. Shenton, M. E., Dickey, C. C., Frumin, M., & McCarley, R. W. (2001). A review of MRI findings in schizophrenia. *Schizophrenia research*, *49*(1-2), 1-52.
95. Allin, M., & Murray, R. (2002). Schizophrenia: a neurodevelopmental or neurodegenerative disorder?. *Current Opinion in Psychiatry*, *15*(1), 9-15.
96. Stahl, S. M. (2000). Essential psychopharmacology: Neuroscientific basis and practical applications. Cambridge university press, 401-459.
97. Karakuş, G., Kocal, Y., & Sert, D. (2017). Şizofreni: Etyoloji, klinik özellikler ve tedavi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, *26*(2), 251-267.
98. Van Kammen, D. P., & Kelley, M. (1991). Dopamine and norepinephrine activity in schizophrenia: An intergrative perspective. *Schizophrenia Research*, *4*(2), 173-191.
99. Buckley, P. F., Miller, B. J., Lehrer, D. S., & Castle, D. J. (2009). Psychiatric comorbidities and schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, *35*(2), 383-402.
100. Crump, C., Winkleby, M. A., Sundquist, K., & Sundquist, J. (2013). Comorbidities and mortality in persons with schizophrenia: a Swedish national cohort study. *American Journal of Psychiatry*, *170*(3), 324-333.
101. Grusec, J. E., & Davidov, M. (2010). Integrating different perspectives on socialization theory and research: a domain-specific approach. *Child Development*, *81*, 687–709.
102. Baumrind, D. (1966). Effects of authoritative parental control on child Behavior. *Child Development, 37*(4), 887-907.
103. Kaya, M. (1997). Ailede anne-baba tutumlarının çocuğun kişilik ve benlik gelişimindeki rolü. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, *9*(9), 193-204.

104. Baumrind, D. (1991). The influence of parenting style on adolescent competence and substance use. *The journal of early adolescence*, *11*(1), 56-95.
105. Bilecik, S. (2017). Anne baba tutumlarının bireylerin din algısına etkisi. *Değerler Eğitimi Dergisi*, *15*(33), 7-38.
106. Wolfradt, U., Hempel, S., & Miles, J. N. (2003). Perceived parenting styles, depersonalisation, anxiety and coping behaviour in adolescents. *Personality and individual differences*, *34*(3), 521-532.
107. Bornstein, L., & Bornstein, M. H. (2007). Parenting styles and child social development. Encyclopedia on early childhood development. Montreal: Centre of Excellence for Early Childhood Development and Strategic Knowledge Cluster on Early Child Development.
108. Zakeri, H., & Karimpour, M. (2011). Parenting styles and self-esteem. *Procedia-social and behavioral sciences*, *29*, 758-761.
109. Johari Talib, Z. M., & Mamat, M. (2011). Effects on Parenting Styles on Children Development. *World Journal of Social Sciences*, *1*(2), 14-35.
110. Abar, B., Carter, K. L., & Winsler, A. (2009). The effects of maternal parenting style and religious commitment on self-regulation, academic achievement, and risk behavior among African-American parochial college students. *Journal of adolescence*, *32*(2), 259–273.
111. Rivers, J., Mullis, A. K., Fortner, L. A., & Mullis, R. L. (2012). Relationships between parenting styles and the academic performance of adolescents. *Journal of Family Social Work*, *15*(3), 202-216.
112. Chen, X., Dong, Q., & Zhou, H. (1997). Authoritative and authoritarian parenting practices and social and school performance in Chinese children. *International journal of behavioral development*, *21*(4), 855-873.
113. Erkan, Z. (2002). Sosyal kaygı düzeyi yüksek ve düşük ergenlerin ana baba tutumlarına ilişkin nitel bir çalışma. *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, *10*(10).
114. Bahçivan-Saydam, R., & Gençöz, T. (2005). Aile Iliskileri, Ebeveynin Çocuk Yetistirme Tutumu ve Kendilik Degerinin Gençler Tarafindan Belirtilen Davranis Problemleri Ile Olan Iliskisi. *Türk Psikoloji Dergisi*, *20*(55), 61.
115. Mensah, M. K., & Kuranchie, A. (2013). Influence of parenting styles on the social development of children. *Academic Journal of Interdisciplinary Studies*, *2*(3), 123.
116. Mesman, E., Kemner, S. M., Nolen, W. A., Eijckemans, R. M. J. C., & Hillegers, M. H. J. (2015). 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*, 1-11.
117. Rinaldi, C. M., & Howe, N. (2012). Mothers' and fathers' parenting styles and associations with toddlers' externalizing, internalizing, and adaptive behaviors. *Early Childhood Research Quarterly*, *27*(2), 266-273.
118. Boucher, M. E., Lecours, S., Philippe, F. L., & Arseneault, S. (2013). Parental socialization of emotion and depression in adulthood: The role of attitudes toward sadness. *European review of applied psychology*, *63*(1), 15-23.
119. Wagner, B. M., Cohen, P., & Brook, J. S. (1996). Parent/adolescent relationships: Moderators of the effects of stressful life events. *Journal of Adolescent Research*, *11*(3), 347-374.
120. Kandel, D. B. (1990). Parenting styles, drug use, and children's adjustment in families of young adults. *Journal of Marriage and the Family*, 183-196.
121. Doinita, N. E., & Maria, N. D. (2015). Attachment and parenting styles. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, *203*, 199-204.
122. Milevsky, A., Schlechter, M., Netter, S., & Keehn, D. (2007). Maternal and paternal parenting styles in adolescents: Associations with self-esteem, depression and life-satisfaction. *Journal of child and family studies*, *16*(1), 39-47.

123. Richter, J., Eisemann, M., & Richter, G. (1991). Perceived parental rearing and state versus trait aspects of adult depression. *Psychopathology*, *24*(1), 25-30.
124. Thompson, A., Hollis, C., & Richards, D. (2003). Authoritarian parenting attitudes as a risk for conduct problems. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *12*(2), 84-91.
125. Ogelman, H. G., Önder, A., Seçer, Z., & Erten, H. (2013). Anne tutumlarının 5-6 yaş çocuklarının sosyal becerilerini ve okula uyumlarının yordayıcı etkisi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (29), 143-152.
126. Mowbray, C. T., Bybee, D., Oyserman, D., MacFarlane, P., & Bowersox, N. (2006). Psychosocial outcomes for adult children of parents with severe mental illnesses: Demographic and clinical history predictors. *Health & Social Work*, *31*(2), 99-108.
127. Ranning, A., Laursen, T., Agerbo, E., Thorup, A., Hjorthøj, C., Jepsen, J. R. M., et al. (2018). School performance from primary education in the adolescent offspring of parents with schizophrenia and bipolar disorder–a national, register-based study. *Psychological Medicine*, *48*(12), 1993-2000.
128. O'Connell, K. L. (2008). What can we learn? Adult outcomes in children of seriously mentally ill mothers. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, *21*(2), 89-104.
129. Mowbray, C. T., Bybee, D., Oyserman, D., Allen-Meares, P., MacFarlane, P., & Hart-Johnson, T. (2004). Diversity of outcomes among adolescent children of mothers with mental illness. *Journal of emotional and behavioral disorders*, *12*(4), 206-221.
130. Östman, M. (2008). Interviews with children of persons with a severe mental illness—Investigating their everyday situation. *Nordic Journal of Psychiatry*, *62*(5), 354-359.
131. Sandstrom, A., Sahiti, Q., Pavlova, B., & Uher, R. (2019). Offspring of parents with schizophrenia, bipolar disorder, and depression: a review of familial high-risk and molecular genetics studies. *Psychiatric genetics*, *29*(5), 160-169.
132. Hammen, C. (2002). Context of stress in families of children with depressed parents. In S. H. Goodman, & I. H. Gotlib (Eds.) Children of depressed parents (pp. 175–202). Washington, DC: American Psychological Association.
133. Hodgins, S., Faucher, B., Zarac, A., & Ellenbogen, M. (2002). Children of parents with bipolar disorder: a population at high risk for major affective disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, *11*(3), 533-553.
134. Riebschleger, J. (2004). Good days and bad days: The experiences of children of a parent with a psychiatric disability. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, *28*(1), 25.
135. Bee, P., Berzins, K., Calam, R., Pryjmachuk, S., & Abel, K. M. (2013). Defining quality of life in the children of parents with severe mental illness: a preliminary stakeholder-led model. *PloS one*, *8*(9), e73739.
136. Hammen, C., Gordon, D., Burge, D., Adrian, C., Jaenicke, C., & Hiroto, D. (1987). Maternal affective disorders, illness, and stress: Risk for children's psychopathology. *American Journal of Psychiatry*, *144*(6), 736-741.
137. Hammen, C., Burge, D., Burney, E., & Adrian, C. (1990). Longitudinal study of diagnoses in children of women with unipolar and bipolar affective disorder. *Archives of general psychiatry*, *47*(12), 1112-1117.
138. Rasic, D., Hajek, T., Alda, M., & Uher, R. (2014). Risk of mental illness in offspring ofparents with schizophrenia, bipolar disorder, and major depressive disorder: a meta-analysis of family high-risk studies. *Schizophrenia bulletin*, *40*(1), 28-38.
139. Maziade, M., Gingras, N., Rouleau, N., Poulin, S., Jomphe, V., Paradis, M. E., et al. (2008). Clinical diagnoses in young offspring from eastern Quebec multigenerational families densely affected by schizophrenia or bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *117*(2), 118-126.

140. Pizzo, A., Drobinin, V., Sandstrom, A., et al. (2020). Active behaviors and screen time in offspring of parents with major depressive disorder, bipolar disorder and schizophrenia. *Psychiatry Research*, *285*, 112709.
141. Collishaw S, Hammerton G, Mahedy L, Sellers R, Owen MJ, Craddock N, et al. (2016). Mental health resilience in the adolescent offspring of parents with depression: a prospective longitudinal study. Lancet Psychiatry 3:49–57.
142. Zwicker, A., Drobinin, V., MacKenzie, L. E., et al. (2019). Affective lability in offspring of parents with major depressive disorder, bipolar disorder and schizophrenia. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 1-7.
143. Sandstrom, A., MacKenzie, L., Pizzo, A., Fine, A., Rempel, S., Howard, C., et al. (2020). Observed psychopathology in offspring of parents with major depressive disorder, bipolar disorder and schizophrenia. *Psychological Medicine*, *50*(6), 1050-1056.
144. Çuhadar, D. (2013). Bipolar bozukluğu olan hastalarda işlevsellik düzeyi ve içselleştirilmiş damgalama arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, *2*(2), 230-246.
145. Islam, M. K., Islam, M. S., Kibria, S. M., Rahman, M. M., Algin, S., & Mullick, M. S. (2020). Quality of Life among Patients with Bipolar Disorder. *Mymensingh Medical Journal: MMJ*, *29*(3), 601-608.
146. Venkataraman, M., & Ackerson, B. J. (2008). Parenting among mothers with bipolar disorder: strengths, challenges, and service needs. *Journal of Family Social Work*, *11*(4), 389-408.
147. Schudlich, T. D. D. R., Youngstrom, E. A., Calabrese, J. R., & Findling, R. L. (2008). The role of family functioning in bipolar disorder in families. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *36*(6), 849-863.
148. Moltz, D. A. (1993). Bipolar disorder and the family: An integrative model. *Family process*, *32*(4), 409-423.
149. Chang, K. D., Blasey, C., Ketter, T. A., & Steiner, H. (2001). Family environment of children and adolescents with bipolar parents. *Bipolar disorders*, *3*(2), 73-78.
150. Doucette, S., Levy, A., Flowerdew, G., Horrocks, J., Grof, P., Ellenbogen, M., et al. (2016). Early parent–child relationships and risk of mood disorder in a C anadian sample of offspring of a parent with bipolar disorder: findings from a 16-year prospective cohort study. *Early intervention in psychiatry*, *10*(5), 381-389.
151. Arman, S., Salimi, H., & Maracy, M. R. (2018). Parenting Styles and Psychiatric Disorders in Children of Bipolar Parents. *Advanced biomedical research*, *7*, 147.
152. Wilson, L., & Crowe, M. (2009). Parenting with a diagnosis bipolar disorder. *Journal of Advanced Nursing*, *65*(4), 877-884.
153. Freed, R. D., Tompson, M. C., Wang, C. H., Otto, M. W., Hirshfeld-Becker, D. R., Nierenberg, A. A., et al. (2015). Family functioning in the context of parental bipolar disorder: Associations with offspring age, sex, and psychopathology. *Journal of Family Psychology*, *29*(1), 108.
154. Goodday, S., Levy, A., Flowerdew, G., Horrocks, J., Grof, P., Ellenbogen, M., et al. (2018). Early exposure to parental bipolar disorder and risk of mood disorder: the Flourish Canadian prospective offspring cohort study. *Early intervention in psychiatry*, *12*(2), 160-168.
155. Küçük Öztürk, G., & Cam, M. O. (2017). Investigation of Self Consept in the Young People of Parents With Bipolar Disorder. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemsireleri Dernegi*, *8*(2).
156. Gomes, F. G., Passos, I. C., Krolow, A. C., Reckziegel, R., Vasconcelos-Moreno, M. P., Spanemberg, L., et al. (2015). Differences in parental bonding between schizophrenia and bipolar disorder: Evidence of prodromal symptoms?. *Schizophrenia research*, *165*(2-3), 134-137.
157. Akdemir, D., & Gökler, B. (2008). Bipolar duygudurum bozukluğu olan anne babaların çocuklarında psikopatoloji. *Türk Psikiyatri Dergisi*, *19*(2), 133-140.

158. Miklowitz D. J. (2015). The Long and Winding Road to Bipolar Disorder. *The American journal of psychiatry*, *172*(7), 599–600.
159. Miklowitz, D. J., Schneck, C. D., Singh, M. K., Taylor, D. O., George, E. L., Cosgrove, V. E., et al. (2013). Early intervention for symptomatic youth at risk for bipolar disorder: a randomized trial of family-focused therapy. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *52*(2), 121–131.
160. Anke, T. M., Slinning, K., Moe, V., Brunborg, C., Siqveland, T. S., & Skjelstad, D. V. (2020). Bipolar offspring and mothers: interactional challenges at infant age 3 and 12 months—a developmental pathway to enhanced risk?. *International journal of bipolar disorders*, *8*(1), 1-16.
161. Jones, S. H., Tai, S., Evershed, K., Knowles, R., & Bentall, R. (2006). Early detection of bipolar disorder: a pilot familial high-risk study of parents with bipolar disorder and their adolescent children. *Bipolar disorders*, *8*(4), 362-372.
162. Zahn-Waxler, C., McKnew, D. H., Cummings, E. M., Davenport, Y. B., & Radke-Yarrow, M. (1984). Problem behaviors and peer interactions of young children with a manic-depressive parent. *The American journal of psychiatry*.
163. Gaensbauer, T. J., Harmon, R. J., Cytryn, L., & McKnew, D. H. (1984). Social and affective development in infants with a manic-depressive parent. *The American Journal of Psychiatry*.
164. Singh, M. K., DelBello, M. P., & Strakowski, S. M. (2008). Temperament in child offspring of parents with bipolar disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, *18*(6), 589-593.
165. Maoz H, Goldstein T, Axelson DA et al (2014) Dimensional psychopathology in preschool offspring of parents with bipolar disorder. J Child Psychol Psychiatry 55:144–153.
166. Birmaher, B., Axelson, D., Goldstein, B., Monk, K., Kalas, C., Obreja, M., et al. (2010). Psychiatric disorders in preschool offspring of parents with bipolar disorder: the Pittsburgh Bipolar Offspring Study (BIOS). *American Journal of Psychiatry*, *167*(3), 321-330.
167. Mesman, E., Nolen, W. A., Reichart, C. G., Wals, M., & Hillegers, M. H. (2013). The Dutch bipolar offspring study: 12-year follow-up. *American Journal of Psychiatry*, *170*(5), 542-549.
168. Preisig, M., Strippoli, M. F., Castelao, E., Merikangas, K. R., Gholam-Rezaee, M., Marquet, P., et al. (2016). 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. *Journal of affective disorders*, *190*, 26–33.
169. Hillegers, M. H., Reichart, C. G., Wals, M., Verhulst, F. C., Ormel, J., & Nolen, W. A. (2005). Five-year prospective outcome of psychopathology in the adolescent offspring of bipolar parents. *Bipolar disorders*, *7*(4), 344–350.
170. Wals, M., Os, J. V., Reichart, C. G., Hillegers, M. H., Ormel, J., Verhulst, F. C., et al. (2004). Multiple dimensions of familial psychopathology affect risk of mood disorder in children of bipolar parents. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*, *127*(1), 35-41.
171. Garcia-Amador, M., de la Serna, E., Vila, M., Romero, S., Valenti, M., Sánchez-Gistau, V., et al. (2013). Parents with bipolar disorder: are disease characteristics good predictors of psychopathology in offspring?. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists*, *28*(4), 240–246.
172. Doucette, S., Horrocks, J., Grof, P., Keown-Stoneman, C., & Duffy, A. (2013). Attachment and temperament profiles among the offspring of a parent with bipolar disorder. *Journal of affective disorders*, *150*(2), 522-526.
173. Singh, M. K., DelBello, M. P., Stanford, K. E., Soutullo, C., McDonough-Ryan, P., McElroy, S. L., et al. (2007). Psychopathology in children of bipolar parents. *Journal of affective disorders*, *102*(1-3), 131-136.

174. Henin, A., Biederman, J., Mick, E., Sachs, G. S., Hirshfeld-Becker, D. R., Siegel, R. S., et al. (2005). Psychopathology in the offspring of parents with bipolar disorder: a controlled study. *Biological psychiatry*, *58*(7), 554-561.
175. Zappitelli, M. C., Bordin, I. A., Hatch, J. P., Caetano, S. C., Zunta-Soares, G., Olvera, R. L., et al.(2011). Lifetime psychopathology among the offspring of Bipolar I parents. *Clinics*, *66*(5), 725-730.
176. Goetz, M., Sebela, A., Mohaplova, M., Ceresnakova, S., Ptacek, R., & Novak, T. (2017). Psychiatric disorders and quality of life in the offspring of parents with bipolar disorder. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*, *27*(6), 483-493.
177. Lau, P., Hawes, D. J., Hunt, C., Frankland, A., Roberts, G., & Mitchell, P. B. (2018). Prevalence of psychopathology in bipolar high-risk offspring and siblings: a meta-analysis. *European child & adolescent psychiatry*, *27*(7), 823-837.
178. Shamsaei, F., Cheraghi, F., Dehghani, M., & Jahangard, L. (2015). Comparing mental health of school-age children of parents with/without bipolar disorders: A case control study. *Avicenna Journal of Neuro Psycho Physiology*, *2*(2), 44-48.
179. Inal-Eiroglu, F. N., Ozerdem, A., Miklowitz, D., Baykara, A., & Akay, A. (2008). Mood and disruptive behavior disorders and symptoms in the offspring of patients with bipolar I disorder. *World Psychiatry*, *7*(2), 110.
180. Nery, F. G., Wilson, A. R., Schneider, M. R., Strawn, J. R., Patino, L. R., McNamara, R. K., et al. (2020). Medication exposure and predictors of first mood episode in offspring of parents with bipolar disorder: a prospective study. *Brazilian Journal of Psychiatry*, (AHEAD).
181. Arslantas, H., Sevinçok, L., Uygur, B., Balci, V., & Adana, F. (2009). Sizofreni hastalarinin bakim vericilerine yapilan psikoegitimin hastalardaki klinik gidise ve bakim vericilerin duygu disavurumu duzeylerine olan etkisi. *Adnan Menderes Universitesi Tip Fakultesi Dergisi*, *10*, 3-10.
182. Mattejat, F., & Remschmidt, H. (2008). The children of mentally ill parents. *Deutsches Ärzteblatt International*, *105*(23), 413.
183. Schubert, E. W., & McNeil, T. F. (2003). Prospective study of adult mental disturbance in offspring of women with psychosis. *Archives of General Psychiatry*, *60*(5), 473-480.
184. Arvaniti, A., Spyropoulou, A., & Zervas, I. (2012). Parenting capacity of mothers with schizophrenia. *Psychiatrike= Psychiatriki*, *23*(4), 314-321.
185. Strand, J., Boström, P., & Grip, K. (2020). Parents' descriptions of how their psychosis affects parenting. *Journal of Child and Family Studies*, *29*(3), 620-631.
186. Caton, C. L., Cournos, F., & Dominguez, B. (1999). Parenting and adjustment in schizophrenia. *Psychiatric Services*, *50*(2), 239-243.
187. Davidsen, K. A., Harder, S., MacBeth, A., Lundy, J. M., & Gumley, A. (2015). Mother–infant interaction in schizophrenia: transmitting risk or resilience? A systematic review of the literature. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, *50*(12), 1785-1798.
188. Gottesman, I. I., Laursen, T. M., Bertelsen, A., & Mortensen, P. B. (2010). Severe mental disorders in offspring with 2 psychiatrically ill parents. *Archives of general psychiatry*, *67*(3), 252-257.
189. Hans, S. L., Auerbach, J. G., Auerbach, A. G., & Marcus, J. (2005). Development from birth to adolescence of children at-risk for schizophrenia. *Journal of Child & Adolescent Psychopharmacology*, *15*(3), 384-394.
190. Ozan, E., Deveci, E., Oral, M., Karahan, U., Oral, E., Aydın, N., et al. (2010). Neurocognitive functioning in a group of offspring genetically at high-risk for schizophrenia in Eastern Turkey. *Brain Research Bulletin*, *82*(3-4), 218-223.
191. Welham, J., Isohanni, M., Jones, P., & McGrath, J. (2009). The antecedents of schizophrenia: a review of birth cohort studies. *Schizophrenia Bulletin*, *35*(3), 603-623.

192. Niemi, L. T., Suvisaari, J. M., Haukka, J. K., & Lönnqvist, J. K. (2005). Childhood predictors of future psychiatric morbidity in offspring of mothers with psychotic disorder: results from the Helsinki High-Risk Study. *The British Journal of Psychiatry*, *186*(2), 108-114.
193. Ross, R. G., & Compagnon, N. (2001). Diagnosis and treatment of psychiatric disorders in children with a schizophrenic parent. *Schizophrenia research*, *50*(1-2), 121-129.
194. De la Serna, E., Baeza, I., Andrés, S., Puig, O., Sánchez-Guistau, V., Romero, S., et al. (2011). Comparison between young siblings and offspring of subjects with schizophrenia: clinical and neuropsychological characteristics. *Schizophrenia research*, *131*(1-3), 35-42.
195. Noguera, A., Castro-Fornieles, J., Romero, S., de la Serna, E., Sugranyes, G., Sánchez-Gistau, V., et al. (2018). Attenuated psychotic symptoms in children and adolescent offspring of patients with schizophrenia. *Schizophrenia research*, *193*, 354-358.
196. Hans, S. L., Auerbach, J. G., Styr, B., & Marcus, J. (2004). Offspring of parents with schizophrenia: mental disorders during childhood and adolescence. *Schizophrenia bulletin*, *30*(2), 303-315.
197. Bowlby, J. (1969). Attachment and loss.(vols. Vol. 1) London.
198. Bildik, T., & Özbaran, B. (2006). Bağlanmanın Nörobiyolojisi. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, *13*, 137-144.
199. Hamilton, C. E. (2000). Continuity and discontinuity of attachment from infancy through adolescence. *Child development*, *71*(3), 690-694.
200. Raikes, H. A., & Thompson, R. A. (2008). Attachment security and parenting quality predict children's problem-solving, attributions, and loneliness with peers. *Attachment & human development*, *10*(3), 319-344.
201. Sroufe, L. A. (2005). Attachment and development: A prospective, longitudinal study from birth to adulthood. *Attachment & human development*, *7*(4), 349-367.
202. Kesebir, S., Kavzoğlu, S. Ö., & Üstündağ, M. F. (2011). Bağlanma ve psikopatoloji. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, *3*(2), 321-342.
203. Çakir, S., Bensusan, R., Akca, Z. K., & Yazici, O. (2009). Does a psychoeducational approach reach targeted patients with bipolar disorder?. *Journal of affective disorders*, *119*(1-3), 190-193.
204. Anke, T. M., Slinning, K., Moe, V., Brunborg, C., Siqveland, T. S., & Skjelstad, D. V. (2019). Mothers with and without bipolar disorder and their infants: group differences in mother-infant interaction patterns at three months postpartum. *BMC psychiatry*, *19*(1), 292.
205. Logsdon, M. C., Mittelberg, M., Jacob, A. E., Luther, J. F., Wisniewski, S. R., Confer, A., et al. (2015). Maternal–Infant interaction in women with unipoloar and bipolar depression. *Applied Nursing Research*, *28*(4), 381-383.
206. Oyserman, D., Mowbray, C. T., Meares, P. A., & Firminger, K. B. (2000). Parenting among mothers with a serious mental illness. *American Journal of Orthopsychiatry*, *70*(3), 296-315.
207. Ekdahl, M. C., Rice, E. P., & Schmidt, W. M. (1962). Children of parents hospitalized for mental illness. *American Journal of Public Health and the Nations Health*, *52*(3), 428-435.
208. Lin, A., Di Prinzio, P., Young, D., Jacoby, P., Whitehouse, A., Waters, F., et al. (2016). Academic performance in children of mothers with schizophrenia and other severe mental illness, and risk for subsequent development of psychosis: a population-based study. *Schizophrenia Bulletin*, *43*(1), 205-213.
209. Goepfert, M., Webster, J., Pollard, J., & Nelki, S. (1996). The assessment and prediction of parenting capacity: A community-oriented approach. In M. Goepfert (Ed.), Parental psychiatric disorder. Distressed parents and their families (pp. 27 1-309). Cambridge, England: Cambridge University Press.
210. Yatham, L. N., Kennedy, S. H., Parikh, S. V., et al. (2018). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018

guidelines for the management of patients with bipolar disorder. *Bipolar disorders*, *20*(2), 97–170.
211. Sharma, V., & Pope, C. J. (2012). Pregnancy and bipolar disorder: a systematic review. *The Journal of clinical psychiatry*, *73*(11), 1447-1455.
212. Khan, S. J., Fersh, M. E., Ernst, C., Klipstein, K., Albertini, E. S., & Lusskin, S. I. (2016). Bipolar disorder in pregnancy and postpartum: principles of management. *Current psychiatry reports*, *18*(2), 13.
213. Driscoll, K. E., Sit, D. K., Moses-Kolko, E. L., Pinheiro, E., Yang, A., Ciolino, J. D., et al. (2017). Mood symptoms in pregnant and postpartum women with bipolar disorder: a naturalistic study. *Bipolar disorders*, *19*(4), 295-304.
214. Sharma, V., Xie, B., Campbell, M. K., Penava, D., Hampson, E., Mazmanian, D., et al. (2014). A prospective study of diagnostic conversion of major depressive disorder to bipolar disorder in pregnancy and postpartum. *Bipolar disorders*, *16*(1), 16–21.
215. Sharma, V., Sharma, P., & Sharma, S. (2020). Managing bipolar disorder during pregnancy and the postpartum period: a critical review of current practice. *Expert Review of Neurotherapeutics*, *20*(4), 373-383.
216. Wesseloo, R., Kamperman, A. M., Munk-Olsen, T., et al. (2016). Risk of Postpartum Relapse in Bipolar Disorder and Postpartum Psychosis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The American journal of psychiatry*, *173*(2), 117–127.
217. Perry, A., Gordon-Smith, K., Webb, I., et al. (2019). Postpartum psychosis in bipolar disorder: no evidence of association with personality traits, cognitive style or affective temperaments. *BMC psychiatry*, *19*(1), 395.
218. Hoffman, M. C., Rinehart, D. J., Jochens, L. K., Valdez, C., Durfee, J., & Mazzoni, S. E. (2019). Maternal and child delivery charges, postpartum charges, and utilization of care among women with bipolar disorder: a cohort study. *Archives of Women's Mental Health*, 1-8.
219. McKenna, K., Koren, G., Tetelbaum, M., Wilton, L., Shakir, S., Diav-Citrin, O., et al. (2005). Pregnancy outcome of women using atypical antipsychotic drugs: A prospective comparative study. Journal of Clinical Psychiatry, 66, 444–449.
220. Venkataraman, M. (2011). Parenting among mothers with bipolar disorder: Children's perspectives. *Journal of Family Social Work*, *14*(2), 93-108.
221. Petresco, S., Gutt, E. K., Krelling, R., Lotufo Neto, F., Rohde, L. A. P., & Moreno, R. A. (2009). The prevalence of psychopathology in offspring of bipolar women from a Brazilian tertiary center. *Brazilian Journal of Psychiatry*, *31*(3), 240-246.
222. Cullen, K. R., Eberly, L. E., Heller, M. D., Schlesinger, A., Gold, P. W., Martinez, P. E., et al. (2014). Personality disorders in offspring of mothers with mood disorders: Results from a longitudinal family study. *Psychiatry research*, *218*(3), 303-310.
223. Lee, H. C., & Lin, H. C. (2010). Maternal bipolar disorder increased low birthweight and preterm births: a nationwide population-based study. *Journal of affective disorders*, *121*(1-2), 100-105.
224. Moreno, D. H., Bio, D. S., Petresco, S., Petresco, D., Gutt, E. K., Soeiro-de-Souza, M. G., et al. (2012). Burden of maternal bipolar disorder on at-risk offspring: A controlled study on family planning and maternal care. *Journal of affective disorders*, *143*(1-3), 172-178.
225. Seeman, M. V. (2013). Clinical interventions for women with schizophrenia: pregnancy. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *127*(1), 12-22.
226. Spielvogel, A. M., & Lee, E. K. (2010). Indication for psychiatric inpatient hospitalization for pregnant psychotic women. *Current Women's Health Reviews*, *6*(1), 44-50.
227. Nager, A., Sundquist, K., Ramírez-León, V., & Johansson, L. M. (2008). Obstetric complications and postpartum psychosis: a follow-up study of 1.1 million first-time mothers between 1975 and 2003 in Sweden. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *117*(1), 12-19.

228. Sit, D., Rothschild, A. J., & Wisner, K. L. (2006). A review of postpartum psychosis. *Journal of women's health*, *15*(4), 352-368.
229. Vafaei, B., & Seidy, A. (2003). A comparative study on the prevalence of emotional and behavioral symptoms in children and adolescents born to mothers with schizophrenia and other psychotic disorders. *Acta Medica Iranica,* 41 (4), 254–259.
230. Healy, S. J., Lewin, J., Butler, S., Vaillancourt, K., & Seth-Smith, F. (2016). Affect recognition and the quality of mother-infant interaction: understanding parenting difficulties in mothers with schizophrenia. *Archives of women's mental health*, *19*(1), 113-124.
231. Abel, K. M., Webb, R. T., Salmon, M. P., Wan, M. W., & Appleby, L. (2005). Prevalence and predictors of parenting outcomes in a cohort of mothers with schizophrenia admitted for joint mother and baby psychiatric care in England. *J Clin Psychiatry*, *66*(6), 781-789.
232. Bosanac, P., Buist, A., & Burrows, G. (2003). Motherhood and schizophrenic illnesses: a review of the literature. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, *37*(1), 24-30.
233. Brazelton, T., & Cramer, B. (1990). The earliest relationship: Parents, infants and the drama of early attachment: A Merloyd Lawrence Book.
234. Cazas, O. (2007). Psychotic women and motherhood: what risks for the child?. *Gynecologie, obstetrique & fertilite*, *35*(10), 1055-1059.
235. Kaufman J, Birmaher B, Axelson D ve ark. (2016) Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Aged Children: Present and Lifetime Version (K-SADS-PL) DSM-5 November 2016 Working draft. New Haven, Yale University, Child and Adolescent Research and Education
236. ÜNAL, F., ÖKTEM, F., ÇETİN ÇUHADAROĞLU, F., ÇENGEL KÜLTÜR, S. E., AKDEMİ, D., FOTO ÖZDEMİR, D., ... & Kalayci, B. M. (2019). 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). *Turkish Journal of Psychiatry*, *30*(1).
237. Öy B. Çocuklar için depresyon ölçeği: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi. 1991;2(2):132-6.
238. Birmaher B., Khetarpal S., Brent D., et al. (1997): The screen for child anxiety related emotional disorders (SCARED): scale construction and psychometric characteristics, J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 36(4),545-53.
239. Çakmakçı F.K. (2004): Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması, Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 11(2)
240. Lamborn SD, Mounts NS, Steinberg L ve ark. (1991) Patterns of competence and adjustment among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful families. Child Dev,1991, 62:1049- 1065.
241. Yılmaz A. Anne-baba tutum ölçeğinin güvenirlik ve geçerlik çalışması. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 2000, 7:160- 172
242. Schaffer ES, Bell R. Development of a parental attitude research instrument (PARI). Child Dev 1958; 29:339-61.
243. Küçük S. The Validity of the Turkish Form of PARI Subscales. Yayımlanmamıs Doktora Tezi, Boğaziçi Üniversitesi İstanbul; 1987
244. Keskin G, Çam O. Ergenlerin ruhsal durumları ve anne baba tutumları ile bağlanma stilleri arasındaki ilişkinin incelenmesi Anadolu Psikiyatri Dergisi 2008;9: 139-47.
245. Dereboy Ç, Şenol S, Şener Ş, Dereboy F. Conners ana baba derecelendirme ölçeği uyarlama çalışması. X. Ulusal Psikoloji Kongresi; 1998; Ankara.
246. Dereboy Ç, Şenol S, Şener Ş, Dereboy F. Conners Kısa Form Öğretmen ve Ana Baba Derecelendirme Ölçeklerinin Geçerliği. Türk Psikiyatri Derneği 2007;18(Suppl 1);48-58.

247. Owens JA, Spirito A, McGuinn M. The Children‟s Sleep Habits Questionnaire (CSHQ): psychometric properties of a survey instrument for school-aged children. Sleep 2000; 15:1043-1051.
248. Perdahli F, Arman A, Ay P ve ark. The validity and the reliability of Turkish Version of Children's Sleep Habits Questionnaire. Anad Psik Derg. 2010; 11(Suppl2):151-160.
249. Buysse, D. J., Reynolds, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. Psychiatry res, 28(2), 193-213.
250. Ağargün, M. Y., Kara, H., & Anlar, Ö. (1996). The validity and reliability of the Pittsburgh Sleep Quality Index. *Turk Psikiyatri Derg*, *7*(2), 107-15.
251. Agrawal, A., Scherrer, J. F., Grant, J. D., Sartor, C. E., Pergadia, M. L., Duncan, A. E., et al. (2010). The effects of maternal smoking during pregnancy on offspring outcomes. *Preventive medicine*, *50*(1-2), 13-18.
252. Lish, J. D., Dime-Meenan, S., Whybrow, P. C., Price, R. A., & Hirschfeld, R. M. (1994). The National Depressive and Manic-depressive Association (DMDA) survey of bipolar members. *Journal of affective disorders*, *31*(4), 281-294.
253. Boekhorst, M. G., Beerthuizen, A., Hillegers, M., Pop, V. J., & Bergink, V. (2021). Mother-to-Infant Bonding in Women With a Bipolar Spectrum Disorder. *Frontiers in Pediatrics*, *9*, 205.
254. Kızılpınar, S , Çolak, B , Atak, F , Öncü, B . (2019). ERGENLERDE ANNE BABA TUTUMLARININ İÇSELLEŞTİRME VE DIŞSALLAŞTIRMA BOZUKLUKLARI İLE İLİŞKİSİ.Kriz Dergisi, 27(2),63-70.