T.C.

EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

"ERGENLER İÇİN DUYGUDURUM BOZUKLUKLARI ÖLÇEĞİ-EBEVEYN FORMU" NUN TÜRKÇE GEÇERLİLİK ÇALIŞMASI

UZMANLIK TEZİ

Dr. Ebru ÇATUK

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Tezan BİLDİK

İZMİR 2017

ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım Anabilim Dalı Başkanımız, aynı zamanda tez çalışma sürecimde hep yanımda olan, bilgisini, zamanını, deneyimlerini özveriyle paylaşan, sabır ve anlayışla desteğini sürdüren, bana her zaman örnek olan değerli danışman hocam *Prof. Dr. Tezan BİLDİK'e*

Değerli hocalarım, , *Prof. Dr. Serpil ERERMİŞ, Prof. Dr. Eyüp Sabri ERCAN Prof. Dr. Burcu ÖZBARAN, Prof. Dr. Zeki YÜNCÜ* ve *Doç. Dr. Sezen KÖSE*'ye,

Engin bilgi ve tecrübesinden yararlandığım değerli hocam *Prof. Dr. Cahide AYDIN*'a,

İstatistik konusunda bilgilerini sabırla paylaşan *Ömer Faruk DADAŞ'a, Semiha ÖZGÜL'e*, bilgi ve deneyimlerini esirgemeyen değerli hocam *Prof. Dr. Mehmet ORMAN'a,*

Dört yıl boyunca asistanlık dönemini paylaştığım ve bu zorlu süreçte her aşamada desteğini hissettiğim başta sevgili arkadaşlarım *Dr. Helin YILMAZ, Dr. Ayşe Nur AYDIN, Dr. Ayşegül SATAR, Dr. Asia ZEMLA KIYAK* olmak üzere *tüm asistan arkadaşlarıma,*

Yoğun poliklinik ve yataklı servis koşullarında birlikte çalıştığım *tüm hemşire, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, sekreter ve personelimize,*

Tez sürecimde desteğini her an yanımda hisettiğim *Dr. Gonca KABAKULAK UÇGUN, Dr. Aysu AYRANCI, Dr. İlkay AYRANCI ve Dr. Çisem ARSLAN'a,*

Bu zorlu süreçte yardımını benden hiç esirgemeyen sevgili teyzem *Sevilay ÜNAL'a,*

Hayatımın her anında desteğini ve sevgisini hissettiren, beni bugünlere getiren biricik anne babam *Emine- Cihat YILMAZ* ile canım kardeşim *Ece' ye* başta olmak üzere tüm aileme,

Sonsuz sabrı ve desteği için değerli ve biricik eşim *Hamza ÇATUK' a,*

Son olarak; bedenimde can bulduğu andan itibaren bu çalışmanın her anına ortaklık eden, canım kızım *Ayla' ma*

Tüm içtenliğimle teşekkür ederim.

İzmir, 2017

Ebru ÇATUK

ÖZET

"Ergenler Için Duygudurum Bozuklukları Ölçeği- Ebeveyn Formu" nun Türkçe Geçerlilik Çalişmasi

Giriş: Bipolar duygudurum bozukluğu, tekrarlayan depresif, manik ya da karma ataklarla giden ve bu ataklar arasında kişinin sağlıklı duyguduruma dönebildiği, kişinin işlevselliğini önemli ölçüde etkileyen, özellikle ergenlik döneminde görünümlerin çok değişken olabildiği bu yüzden ayırıcı tanısında güçlüklerin yaşandığı, kronik bir hastalıktır. Tanıda altın standart klinik görüşme olmakla birlikte, tarama ölçekleri özellikle riskli grupların belirlenmesinde ve erken müdahale edilebilmesinde yardımcı olmaktadır. Türkiye' de ergen popülasyonunda potansiyel bipolar bozukluk için bir tarama ölçeği mevcut değildir. Bu nedenle bu araştırmada, Ergenler için Duygudurum Bozuklukları Ölçeği-Ebeveyn Formu (Mood Disorder Questionnaire- Adolescent Version) Türkçe uyarlamasının erken başlangıçlı bipolar bozukluğun taranmasında geçerliliği ve ideal kesim noktasının incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Ergen Birimi Polikliniği' ne ilk kez başvuran olgulardan başvuru sırasına göre ardışık şekilde seçilen (n=67) ve Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı bünyesinde bipolar bozukluk tanısı ile takip edilen (n=33) gençler bu çalışmanın klinik örneklemini oluşturmuştur. Sağlıklı kontrol grubuna ise Balçova Belediyesi Spor Kompleksi' nde kurslara katılan herhangi bir psikiyatri başvurusu veya yakınması olmayan ve klinik örneklemle yaş, sosyoekonomik düzey, ana-baba eğitim ve ana-baba meslek grupları açısından benzer özellikler gösteren, ancak birebir eşleşme yapılmamış sağlıklı gençler (n=100) alınmıştır. Çalışmada sosyodemografik veri formu, Conners- Wells Ergen Özbildirim Ölçeği, Beck Depresyon Envanteri, Kısa Semptom Envanteri, İntihar Olasılığı Değerlendirme Ölçeği, Duygudurum Düzenlemede Güçlükler Ölçeği ve Duygudurum Bozuklukları Ölçeği kullanılmıştır. Olguların ebeveynleri ise Conners Anababa Değerlendirme Ölçeği ve Ergenler İçin Duygudurum Bozuklukları Ölçeği- Ebeveyn Formu' nu doldurmuşlardır. Ayrıca klinisyen tarafından çalışmaya katılan her bir bireye ebeveynin de dahil edildiği, yarı yapılandırılmış, Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği kanıtlanmış olan Okul Çağı Çocuklari İçin Duygulanim

Bozukluklari ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli- Türkçe (ÇDŞG-ŞY- T) uygulanmıştır.

Bulgular: Ergenler İçin Duygudurum Bozuklukları Ölçeği- Ebeveyn Formu (EDBÖ-E) toplam 3 sorudan oluşan, 1. Sorunun 13 alt maddesi ile duygudurum bozukluğu belirtilerini sorgulayan ebeveynin genci değerlendirdiği bir tarama ölçeğidir. EDBÖ-E' nin özgün versiyonunun geçerlik çalışmasında da uygulandığı gibi ölçek sonunda yer alan, duygudurum semptomlarının aynı anda bir arada bulunması sorusuna "evet" ve hastalığın yaşamı olumsuz etkilenmesine "orta düzeyde" yada "ileri derecede" cevaplarını vermek koşuluyla 13 alt maddeden oluşan 1.soru için teorik kesme puanları ROC analizi ile değerlendirilmiştir. Optimal kesme noktası olarak 6 bulunmuş olup, duyarlılığı %84.4 seçiciliği %66.7 saptandı. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı, Cronbach α= .77 olarak saptanmıştır. Duygudurum Bozuklukları Ölçeği ve EDBÖ-E toplam puanı birbirleri ile pozitif ilişkili ve bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Ölçeğin değerlendirdiği duygudurum bozukluğu belirtileri arttıkça, depresyon, anksiyete belirtilerinin, algılanan düşmanlık duygularının arttığı, dürtü denetiminde ve duygudurum düzenlemede güçlüklerin yoğunlaştığı belirlenmiştir. Ek olarak duygudurum belirtilerinin artışı ile sosyal problemlerin artışı arasında ilişki olduğu, duygudurum belirtileri şiddetlendikçe kişinin benliğine ilişkin olumsuzluk algısının ve gencin algıladığı umutsuzluğun arttığı belirlenmiştir.

Sonuç: Çalışmada elde ettiğimiz sonuçlar, EDBÖ-E'nin kesim noktası 6 ve üzeri değerlerden biri alınarak, bipolar bozukluğu tarama amacıyla kullanılabileceğini düşündürmektedir. Taranacak gruplarda EDBÖ-E'nin pozitif olması, bipolar bozukluk tanısı anlamına gelmemekle birlikte bu kişilerin bipolar bozukluk riski nedeniyle daha detaylı değerlendirilmesinin gerekliliğini vurgular. EDBÖ-E'nin Türkçe uyarlaması yeterli psikometrik özelliklere sahip olup ergen yaş grubunda bipolar bozukluk taramasında riskli bireylerin belirlenmesi, bu sayede erken tanı ve tedavinin sağlanabilmesi açısından yarar sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler

Duygudurum bozuklukları ölçeği; bipolar bozukluk; ergen; ebeveyn; tarama

ABSTRACT

Introduction: Bipolar mood disorder is a chronic disease that is characterized by recurrent depressive, manic or mixed episodes among which one can return to healthy mood and may significantly impact the functional state of an affected individual. Since it may have various clinical manifestations especially during adolescence, the differential diagnosis is challenging. Although the gold standard in diagnosis of bipolar disorder is the clinical interview, screening scales help in identifying the risky groups and in early intervention. In Turkey, there is no screening test for bipolar disorder potential of the adolescent population. For this reason, in this research, it was aimed to evaluate the validity of the Turkish version of the Mood Disorders Questionnaire-Adolescent (MDQ-A) in screening the early-onset bipolar disorder and determine the ideal cut-off point for it.

Method: Young people who were selected consecutively according to the order of admission to the Outpatient Clinic for Adolescents in Department of Child and Adolescent Psychiatry of Ege University Faculty of medicine (n = 67) and who were followed up with the diagnosis of bipolar disorder in Child and Adolescent Psychiatry Department of Ege University Faculty of Medicine (n = 33) were the clinical sample of this study. Healthy young people who had no psychiatric complaints or hospital admission history and were attending the courses in Balçova Municipality Sport Complex and showed similar characteristics with the clinical sample in terms of age, socioeconomic level, parental education and parental occupation were enrolled to the control group without one-to-one pairing (n = 100).

Socio-demographic data form, Conners-Wells Adolescent Self-Reporting Scale, Beck Depression Inventory, Brief Symptom Inventory, Suicide Probability Evaluation Scale, Difficulties in Mood Adjustment Scale and Mood Disorder Questionnaire (MDQ) were used in the study. The parents of the subjects had completed the Conners' Parent Assessment Scale and the Mood Disorders Questionnaire-Adolescent (MDQ- A) for their children. In addition, the Turkish version of the Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-SADS-PL), which is a semi-structured method with proven validity and reliability in Turkish, have been applied to each individual together with his or her parents.

Results: The Mood Disorder Questionnaire- Adolescent (MDQ-A) is a screening scale in which the parents evaluate the adolescent and is composed of 3 questions

and detects the symptoms of mood disorder with 13 sub-items of the 1st question. As it had been applied in the validity study of the original version of the MDQ-A, the theoretical cut-off scores for the 1st question with 13 sub-items were evaluated by ROC analysis, providing that the answer to the question of the presence of mood symptoms at the same time was "yes" and to the question about the negative effects of the disease on life was "at a moderate level" to "advanced level". Optimal cut point was found as 6 and the sensitivity and selectivity were detected as 84.4% and 66.7%, respectively. The internal consistency coefficient of the scale was Cronbach α .77. Mood Disorders Questionnaire (MDQ) and MDQ-A total scores were positively related to each other and this relationship was found to be statistically significant. As the mood impairment symptoms assessed by the scale increased; the depression and anxiety symptoms and perceived hostility feelings increased and difficulty in mood stabilization and impulse control were intensified. In addition, it was determined that there was a relation between the increase of mood symptoms and the increase of social problems, and as the severity of mood symptoms increased, the negative self-perception and the despair of the adolescent also increased.

Conclusion: The results of our study suggest that the Mood Disorder Questionnaire for Adolescents (MDQ-A) can be used for screening bipolar disorder by accepting one of the cut-off points which are 6 and above. The fact that MDQ-A is positive in the groups to be screened does not mean the diagnosis of bipolar disorder is accurate, but emphasizes the necessity of more detailed evaluation of these people due to the risk of bipolar disorder. The Turkish version of MDQ-A has sufficient psychometric properties, and may be beneficial in terms of identification of risky individuals in the diagnosis of bipolar disorder in the adult age group so that the early diagnosis and treatment would be achieved.

Keywords

Mood disorder questionnaire; bipolar disorder; adolescent; parent; screening

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ I

ÖZET.....II

ABSTRACT.....IV

TABLO LİSTESİ.....XI

ŞEKİL LİSTESİ.....XIV

KISALTMALAR.....XV

1. GİRİŞ 1

2. GENEL BİLGİLER 1

2.1. Bipolar Duygudurum Bozukluğu.....1

2.1.1. Epidemiyoloji.....3

2.1.2. Etiyopatogenez 5

2.1.2.1. Genetik Faktörler 5

2.1.2.2. Görüntüleme 6

2.1.2.3. Biyolojik Faktörler.....7

2.1.2.4. Psikodinamik Faktörler.....8

2.1.2.5. Çevresel Faktörler.....8

2.1.3. Tanı Kriterleri 8

2.1.3.1. DSM-5'e Göre BB Ölçütleri.....10

2.1.3.1.1. Majör Depresif Atak için DSM-5 Tanı Ölçütleri.....11

2.1.3.1.2. Manik Atak için DSM-5 Tanı Ölçütleri.....12

2.1.3.1.3. Hipomanik Atak DSM-5 Tanı Ölçütleri 12

2.1.4. Klinik Özellikler 13

2.1.5. Eş Tanılar.....17

2.1.6. Ayırıcı Tanı.....19

2.1.7. Tedavi 21

2.1.7.1. Psikofarmakolojik Tedaviler....21
2.1.7.2. Psikososyal Tedaviler....22
2.1.8. Prognoz....22
2.2. Tarama Ölçekleri....23
2.2.1. Psikiyatride Kullanılan Ölçekler....24
2.2.1.1.Bipolar Bozukluk İçin Taramada Kullanılan Ölçekler....28
3. AMAÇ....31
4. HİPOTEZLER....33
5. GEREÇ VE YÖNTEM....34
5.1. Araştırmanın Türü....34
5.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı....34
5.3. Araştırmanın Evreni....34
5.4. Araştırmanın Örneklemi....34
5.4.1. Örneklemin Seçimi....35
5.4.2. Çalışmaya Alınma- Dışlanma Kriterleri....35
5.4.2.1. Kliğe Başvuran (İLKbaşvuru) Grup İçin Çalışmaya Alınma Kriterleri....36
5.4.2.2. Kliğe Başvuran (İLKbaşvuru) Grup İçin Çalışmadan Dışlanma Kriterleri....36
5.4.2.3. Bipolar Bozukluk Grubu İçin Çalışmaya Alınma Kriterleri....36
5.4.2.4. Bipolar Bozukluk Grubu İçin Çalışmadan Dışlanma Kriterleri....36
5.4.2.5. Kontrol Grubu İçin Çalışmaya Alınma Ölçütleri....37
5.4.2.6. Kontrol Grubu İçin Çalışmadan Dışlanma Ölçütleri....37
5.4.3. Ölçek uyarlaması....37
5.5. Değerlendirmede Kullanılan Araçlar....37
5.5.1. Sosyodemografik Veri Formu....38

5.5.2. Duygudurum Bozuklukları Ölçeği (DBÖ).....38
5.5.3. Ergenler İçin Duygudurum Bozuklukları Ölçeği- Ebeveyn Formu 39
5.5.4. Conners Anababa Derecelendirme Ölçeği-Yenilenmiş Uzun Formu (CADÖ-Y/U) 39
5.5.5. Conners- Wells Ergen Özbildirim Ölçeği (12- 17Yaş).....40
5.5.6. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) 40
5.5.7. Kısa Semptom Envanteri (KSE) 41
5.5.8. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği (DDGÖ).....42
5.5.9. İntihar Olasılığı Değerlendirme Ölçeği (İOÖ).....43
5.5.10. Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi -Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli- Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-T).....44
6. UYGULAMA 45
7. VERİLERİN İSTATİKSEL ANALİZİ.....47
8. BULGULAR.....48
8.1. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER 48
8.1.1. Yaş 48
8.1.2. Cinsiyet 48
8.1.3. Olguların Eğitim Durumu 49
8.1.4. Ebeveynlerin Sosyodemografik Özellikleri.....50
8.1.4.1. Ebeveyn Yaş Özellikleri 50
8.1.4.2. Ebeveyn Eğitim Özellikleri 50
8.1.4.3. Ebeveyn Ruhsal Hastalık Durumu ve Alışkanlıkları.....52
8.1.5. Aile Özellikleri ve Kardeşte Ruhsal Hastalık Durumu.....55
8.1.6. Soygeçmiş Özellikleri.....56
8.1.7. Örneklemin Travma Maruziyeti Durumu 57
8.2. KLİNİK ÖZELLİKLER 57

8.2.1. Sağlıklı Kontrol Grubu 57
8.2.2. Bipolar Bozukluk Grubu.....56
8.2.2. İLKbaşvuru Grubu 58
8.3. ÖLÇEK PUANLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ.....61
8.3.1. Conners Anababa Derecelendirme Ölçeği-Yenilenmiş Uzun Formu (CADÖ-Y/U) 61
8.3.2. Conners- Wells Ergen Özbildirim Ölçeği (12- 17Yaş).....64
8.3.3. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) 67
8.3.4. Kısa Semptom Envanteri(KSE) 68
8.3.5. Duygudurum Düzenleme Güçlüğü Anketi 71
8.3.6. İntihar Olasılığı Değerlendirme Ölçeği (İOÖ).....73
8.4. DUYGUDURUM BOZUKLUKLARI ÖLÇEĞİ (DBÖ) 75
8.5. ERGENLER İÇIN DUYGUDURUM BOZUKLUKLARI ÖLÇEĞI- EBEVEYN FORMU (EDBÖ-E) GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ANALİZLERİ 79
9. TARTIŞMA 94
9.1. Sosyodemografik Özellikler 94
9.2. Çocuk ve Ergenler İçin Duygudurum Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi ile Değerlendirilen Klinik Özelliklerin Tartışılması 98
9.3. Ölçek Bulgularının Tartışılması.....99
9.4. Duygudurum Bozuklukları Ölçeği (DBÖ) Bulgularının Tartışılması 107
9.5. Ergenler İçin Duygudurum Bozuklukları- Ebeveyn Formu (EDBÖ-E) Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizlerinin Tartışılması.....110
10. SONUÇLAR 112
11. ÖNERİLER.....113
12. KISITLILIKLAR 114
KAYNAKLAR 115

EKLER 130

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Örneklemin Yaşa Göre Dağılımı 46

Tablo 2. Örneklemin Cinsiyete Göre Dağılımı 47

Tablo 3. Örneklemin Eğitim Durumuna Göre Dağılımı 48

Tablo 4. Ebeveynlerin Yaş ve Eğitim Durumu Özellikleri 50

Tablo 5. Ebeveynlerin Ruhsal Hastalık Durumu ve Alışkanlıkları 53

Tablo 6. Aile Özellikleri ve Kardeşte Ruhsal Hastalık Durumu 54

Tablo 7. Akrabalarda Ruhsal Hastalık Durumu 55

Tablo 8. Örneklemin Travma Maruziyeti Durumuna Göre Dağılımı 55

Tablo 9. Örneklemin Maruz Kalınan Travmanın İçeriğine Göre Dağılımı 56

Tablo 10. DSM-IV' e göre Bipolar Bozukluk Grubunda Tanı Dağılımı 58

Tablo 11. DSM-IV' e göre İLKBaşvuru Grubunun Tanı Dağılımı 59

Tablo 12. Çocuklar İçin Genel Değerlendirme Ölçeği Puanları 60

Tablo 13. Çocuklar İçin Genel Değerlendirme Ölçeği Puanlarının İkişerli Gruplar Şeklinde Karşılaştırılması 61

Tablo 14a. Conners Anababa Derecelendirme Ölçeği-Yenilenmiş Uzun Formu (CADÖ-Y/U) Ölçek Puanları 62

Tablo 14b. Conners Anababa Derecelendirme Ölçeği-Yenilenmiş Uzun Formu (CADÖ-Y/U) Ölçek Puanlarının Gruplar Arasında Değerlendirilmesi 63

Tablo 15a. Conners Wells Ergen Özbildirim Ölçeği Puanları 65

Tablo 15b. Conners Wells Ergen Özbildirim Ölçeği Puanlarının Gruplar Arasında Değerlendirilmesi 66

Tablo 16a. Beck Depresyon Ölçeği Toplam Puanları 67

Tablo 16b. Beck Depresyon Ölçeği Toplam Puanlarının Gruplar Arasında Karşılaştırılması 68

Tablo 17a. Kısa Semptom Envanteri (KSE) Puanları 69

Tablo 17b. Kısa Semptom Envanteri (KSE) Puanlarının Gruplar Arasında Değerlendirilmesi 70

Tablo 18a. Duygudurum Düzenleme Güçlüğü Anketi Puanları 71

Tablo 18b. Duygudurum Düzenleme Güçlüğü Anketi Puanlarının Gruplar İçinde Değerlendirilmesi 72

Tablo 19a. İntihar Olasılığı Değerlendirme Ölçeği Puanları 73

Tablo 19b. İntihar Olasılığı Değerlendirme Ölçeği Puanlarının Gruplar Arasında Değerlendirilmesi 74

Tablo 20. Duygudurum Bozuklukları Ölçeği' nin Gruplara Göre Toplam Puan Dağılımı 75

Tablo 21. Duygudurum Bozuklukları Ölçeği Toplam Puanının Gruplar Arasında Karşılaşırılması 76

Tablo 22. Duygudurum Bozuklukları Ölçeği Maddelerinin Olumlu Cevap Oranları 77

Tablo 23. ÇDŞG-ŞY-T Ile Konulan Bütün Bipolar Olgular Içinde DBÖ ile Pozitif Tanı Konma Durumu 78

Tablo 24. 1. Sorunun 13 alt maddesi için Cronbach α Değerleri 80

Tablo 25. ÇDŞG-ŞY-T Ile Konulan Bütün Bipolar Olgular (N=33) Içinde EDBÖ- E Ile Pozitif Tanı Konma Durumu 81

Tablo 26. Ergenler İçin Duygudurum Bozuklukları- Ebeveyn Formu (EDBÖ- E)' nin Gruplara Göre Toplam Puan Dağılımı 82

Tablo 27. Ergenler İçin Duygudurum Bozuklukları- Ebeveyn Formu (EDBÖ- E)' nin Toplam Puanının Gruplar Arasında Kıyaslanması 83

Tablo 28. Ergenler İçin Duygudurum Bozuklukları Ölçeği- Ebeveyn Formu Maddelerinin Olumlu Cevap Oranları 84

Tablo 29. Ergenler İçin Duygudurum Bozuklukları Ölçeği- Ebeveyn Formu Maddelerinin Gruplar Arasında Karşılaştırılması 86

Tablo 30. ROC Analizine Ait Duyarlılık, 1-Özgüllük, Özgüllük Ve

Olabilirlik Oranı Değerleri 87

Tablo 31. Ergenler İçin Duygudurum Bozuklukları Ölçeği- Ebeveyn Formu Kesme Puanlarının Değerlendirilmesi 88

Tablo 32. EDBÖ-E Toplam Puanı İle Sigara Bağımlılığı Arasındaki İlişkinin Saptanması 90

Tablo 33. EDBÖ-E Toplam Puanı İle Alkol- Madde Bağımlılığı Arasındaki İlişkinin Saptanması 90

Tablo 34. EDBÖ-E Toplam Puanı İle İntihar Olasılığı Ölçeği Toplam Puanı Arasındaki İlişkinin Saptanması 91

Tablo 35. Tüm Örneklemin EDBÖ-E Toplam Puanı, Beck Toplam Puanı, Kısa Semptom Envanteri (KSE) Anksiyete ve Hostilite Alt Ölçeği Puanları, Duygudurum Düzenleme Güçlüğü Ölçeği Toplam Puanı, Dürtü Alt Ölçek Puanı, İntihar Olasılığı Değerlendirme Ölçeği Düşmanlık Alt Ölçeği Puanı, Kısa Semptom Envanteri Rahatsızlık Ciddiyeti, Belirti Toplamı İndeksi ve Semptom Rahatsızlık İndeksi Puanları Arasındaki İlişkilere Ait Korelasyon Katsayıları 92

Tablo 36. Tüm Örneklem İçin EDBÖ-E Toplam Puanı, Conners Ebeveyn Ölçeği Sosyal Problemler Alt Ölçeği, Kısa Semptom Envanteri Olumsuz Benlik Alt Ölçeği, İntihar Olasılığı Ölçeği Umutsuzluk Ve Kendini Olumsuz Değerlendirme Alt Ölçeği Ve Çocuklar İçin Genel Değerlendirme Ölçeği Puanları Arasındaki Ilişkilere Ait Korelasyon Katsayıları 93

Tablo 37. Duygudurum Bozuklukları Ölçeği (Mood Disorder Questionnaire- MDQ)'nin Erişkin Çalışmalarında Saptanmış Duyarlılık ve Özgüllük Değerleri 104

Tablo 38. Ergenler İçin Duygudurum Bozuklukları Ölçeği- Ebeveyn Formu (Mood Disorder Questionnaire- Adolescent Version, MDQ-A)'nin Ergen Çalışmalarında Saptanmış Duyarlılık ve Özgüllük Değerleri 108

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. Yaş gruplarına göre semptom görünümlerinin şematik gösterimi 14

Şekil 2. Ergenler İçin Duygudurum Bozuklukları Ölçeği- Ebeveyn Formu' nun Analiz Modeli 79

Şekil 3. Roc Eğrisi ve Değerleri..... 89

KISALTMALAR

BB : Bipolar Bozukluk

ABD : Amerika Birleşik Devletleri

WHO : World Health Organization

fMRI : Fonksiyonel Manyetik Rezonans Imaging

MRI : Manyetik Rezonans Imaging

ICD- 10 : International Classification of Mental and Behavioral Disorders

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Zihinsel Bozukluklara İlişkin Tanı ve İstatistik El Kitabı)

DSM-IV-TR : The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition-text revision

APA : Amerikan Psychiatric Association (Amerikan Psikiyatri Birliği)

BB- BTA : Bipolar Bozukluk- Başka Türlü Adlandırılamayan

AACAP : American Adolescent and Child Association Psychiatry

DEHB : Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

ÇDGŞG-ŞY : Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu

MDQ : Mood Disorders Questionnaire

MDQ- A : Mood Disorders Questionnaire- Adolescent Version

CBQ : Child Bipolar Questionnaire

EDBÖ- E : Ergenler için Duygudurum Bozuklukları- Ebeveyn Formu

DBÖ : Duygudurum Bozuklukları Ölçeği

CADÖ-Y/U : Conners Anababa Derecelendirme Ölçeği-Yenilenmiş Uzun Formu

C- WEÖÖ- YK : Conners Wells Ergen Özbildirim Ölçeği- Yenilenmiş/ Kısa Formu

DB : Davranım Bozukluğu

KG : Karşı Gelme

BP/D **:** Bilişsel Problemler/Dikkatsizlik

HA **:** Hiperaktivite

K/U **:** Kaygı/Utangaçlık

M **:** Mükemmeliyetçilik

SP **:** Sosyal Problemler

CGİ **:** Conners Global İndeks

BDÖ **:** Beck Depresyon Ölçeği

KSE **:** Kısa Semptom Envanteri

DDGÖ **:** Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği

İOÖ **:** İntihar Olasılığı Değerlendirme Ölçeği

SPSS **:** Statistical Package for the Social Sciences

SD **:** Standart sapma

ANOVA **:** Analysis of Variance (Varyans Analizi)

ROC **:** Receiver Operating Characteristics

1. GİRİŞ

Duygudurum bozuklukları kişinin genel duygudurumundaki bir bozulma, dış şartlara ve durumlara göre uygunsuz bir durumun olduğu, kişinin işlevselliğini önemli ölçüde etkileyen, genellikle ergenlik döneminde başlayan bir ruh sağlığı sorunudur. Unipolar ve bipolar duygudurum bozuklukları olarak sınıflandırılabilir. Bipolar duygudurum bozukluğu, tekrarlayan depresif, manik ya da karma ataklarla giden ve bu ataklar arasında kişinin sağlıklı duyguduruma dönebildiği (ötimi), özellikle ergenlik döneminde görünümlerin çok değişken olabildiği bu yüzden ayırıcı tanısında güçlüklerin yaşandığı, kronik bir hastalıktır. Tanıda altın standart klinik görüşme olmakla birlikte, tarama ölçekleri özellikle riskli grupların belirlenmesinde ve erken müdahale edilebilmesinde yardımcı olmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Bipolar Duygudurum Bozukluğu

Duygulanım (Affekt) bireyin uyaranlara, olaylara, anılara, düşüncelere, duygusal tepki ile katılabilme yetisidir. Neşe, öfke, üzüntü, nefret, kin, sıkıntı gibi. Duygudurum (Mood) ise bireyin bir süre, değişik derecelerde rahat, neşeli, üzüntülü, tedirgin, öfkeli, taşkın ya da çökkün bir duygulanım içinde bulunuşudur.

İnsanda duygudurumdaki değişimler dört ana başlık altında sınıflandırılabilir, bunlar; normal duygudurum, yükselmiş duygudurum, çökkün duygudurum ve sıkıntılı, tedirgin (irritabl) duygudurumdur (1). Kişi duygudurum ve duygulanımını az ya da çok kontrol edebilir. Duygulanımın belli bir süre uzaması ve aşırılığa kaçması durumunda duygudurum bozukluğundan bahsedilir. Duygudurum bozukluğu kişide işlevsellik kaybına neden olarak bireyin hayatını etkiler. Duygudurum bozukluğu; kişinin genel duygudurumundaki bir bozulma, dış şartlara ve durumlara göre uygunsuz bir duygudurum halidir. Duygudurum bozukluğunu tanımlayabilmek için duygudurum ataklarının özelliğini belirlemek gerekir. Ataklar manik, hipomanik, depresif ve karma ataklar olarak tanımlanır. Yükselmiş duyguduruma sahip hastalar (manik atak gibi), aşırı neşeli, bazen de öfkeli, coşkulu bir duygudurum içinde azalmış uyku, konuşmada hızlanma, aşırı hareketlilik, artmış benlik saygısı, büyüklük duyguları ve sanrıları gibi özelliklere sahip olabilirler. Çökkün duyguduruma sahip hastalar (depresif atak gibi), enerji ve ilgi kaybı,

suçluluk hissi, konsantrasyon güçlüğü, iştah kaybı, ölüm ve özkıyım düşüncelerine sahip olabilir. Bipolar bozukluk (BB) tekrarlayan depresif, manik ya da karma ataklarla giden ve bu ataklar arasında kişinin sağlıklı duyguduruma dönebildiği (ötimi) bir duygudurum bozukluğunu tanımlar (2). Bipolar bozukluk, alevlenmeler ve yatışmalarla seyreden kronik bir hastalıktır. Bu bozukluklara bipolar ya da iki uçlu denmesinin nedeni hastalığın gidişi sırasında hem mani hem de depresyon ataklarının da görülebilmesindendir.

Bipolar bozukluğun başlangıç piki 15- 19 yaşları arasındadır ve sıklığı cinsiyetler arasında eşit dağılmaktadır. Erişkin olgularla yapılan geriye dönük çalışmalarda %50 olguda bozukluğun başlangıcı 20 yaşından önce ve 10 ila 20 yaş arasında iken, tüm olguların % 20'sinde ise başlangıç 20 yaş öncesinde olduğu bildirilmiştir (3). Kraepelin 10 yaşından önce tanımlanabilen BB tablosunun %0.3-0.5 oranında görüldüğünü, yaşam boyu yaygınlığının %0.8 oranında olduğunu ifade etmiştir (4).

Ergenlik öncesi duygudurum bozuklukları epidemiyolojisi ile ilgili önemli bir alan çalışması; Brotman ve arkadaşlarının (2006) 1420 olguyu değerlendirdikleri "Great Smoky Mountain" (GSMS) olarak da adlandırılan çalışmadır. Bu çalışmada BB 13 yaş altında hiç rastlanamamış, prevelansı da %0.1 olarak saptanmıştır (5). Yapılan çalışmalarda, çocuklarda ve yetişkinlerde bipolar bozukluk görülme sıklıklarının oldukça farklı olduğu görülmektedir. Çocuk ve ergenlerde görece seyrek tanı konmasına karşın son yıllarda bu tanıyı alan çocuk ve ergenlerin sayısı artmaktadır (6). 14- 18 yaş arası ergenlerde yapılan bir toplum örneklemli çalışmada sıklık %1 oranında saptanmıştır (7). Great Smokey Mountain çalışmasında 13 yaş altında hiç BB 1 tanısı görülmediği için kronik irritabilite ve aşırı uyarılmışlık belirtilerine (geniş fenotip) odaklanılmıştır (5).

Ancak 2017 yılında The International Society for Bipolar Disorders Task Force grubunun pediatrik bipolar bozukluk ile ilgili yayınladığı son metanalizde toplam 17 çalışma değerlendirilmiş, yaşları 7 ila 21 arasında 31443 olgunun dahil edildiği bu çalışmada bipolar spektrum bozukluğu prevelansı 2.06% (95% confidence interval [CI] %1.44- %2.95) olarak bulunmuş ve iddia edilenin aksine prevelansta belirgin bir artış olmadığı bildirilmiştir (8).

2.1.1. Epidemiyoloji

Yetişkinlerde bipolar bozukluk-1 ve diğer bipolar spektrum bozuklukların prevalansı sırasıyla %1- %5 civarındadır ve bunların büyük çoğunluğunun duygudurum semptomları 20 yaşından önce başlamaktadır (9). Amerika Birleşik Devletleri' nde klinik örneklemde gençlerde bipolar bozukluk prevalansı %0.6- % 15 arasında rapor edilmektedir. Bu durum çalımanın metodolojisine, çalışılan örnekleme bağlı olarak değişkenlik göstermektedir. Özellikle ABD' de son zamanlarda yapılan çalışmalar bipolar bozukluğun tanınmasında ve oranlarında son 20 yıl içinde dramatik yükselmeler göstermiştir ve bazı otörler ABD' de ki bu artışın aşırı tanıdan (overdiagnose) mı kaynaklanabileceğini sorgulamışlardır, bazıları ise çocukluk çağında bu durumun varlığını uzun süredir ihmal edilmesi olasılığından bahsetmişlerdir (10).

Merikangas ve arkadaşlarının, Amerikan ergenlerden oluşan bir toplumsal örneklem grubunda yapmış olduğu çalışmada, BB-I veya BB-II için yaşam boyu yaygınlık oranı %2.5, olarak saptanmış olup, 13-14 ilâ 17-18 yaşları arasında mani sıklığının iki kat arttığı ifade edilmiştir (11). Tüm bu oranlardaki farklılıklar, değerlendirme esnasında kullanılan yöntemlerin farklılığına veya ayırıcı tanıda yaşanan sorunlara bağlı olabilir (12).

Gençlerde bipolar bozukluk epidemiyolojisi hakkında dünya çapında 2011 yılında yapılan bir meta-analiz çalışmasında yaşları 7 ila 21 arasında değişen 16222 genç 1985'ten 2007 yılına kadar kaydedilmiş ve bipolar bozukluk için genel oran %1,8 (%95CI, %1.1- %3) olarak belirtilmiştir (12). Ancak 2017 yılında The International Society for Bipolar Disorders Task Force grubunun pediatrik bipolar bozukluk ile ilgili yayınladığı son metanalizde toplam 17 çalışma değerlendirilmiş, bu çalışmalardan 9' u metanaliz için uygun bulunmuş ve yaşları 7 ila 21 arasında 31443 olgunun dahil edildiği bu çalışmada bipolar spektrum bozukluğu prevelansı 2.06% (95% confidence interval [CI] %1.44- %2.95) olarak bulunmuştur (8). Bu metanaliz göstermiştir ki;

Çalışmaların tamamında BB prevelansı nispeten aynı oranlarda kalmıştır. Toplumda BB otizm veya şizofreniden daha yaygın, depresyon veya dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğundan daha az görülmektedir bunun nedeni yetişkinlik dönemi

örneklemine dair daha fazla veri olmasından dolayı ergenlik çağından daha yüksek oranlar bulunması olabilir. (8).

Bipolar bozukluk prevalansında cinsiyet farklılıkları

Erişkinlerdekine benzer olarak, gençlerde görülen bipolar spektrum bozuklukları kadın ve erkek cinsiyette görülme oranı nerdeyse eşittir. Ancak, bipolar bozukluk -2 ve ergen başlangıçlı bipolar bozukluk kadınlarda biraz daha yaygındır (13)[a]. ABD' de yapılan geniş bir epidemiyolojik çalışmada bipolar bozukluk -1 ve bipolar bozukluk -2 nin ergen kızlarda erkeklerden biraz daha yüksek olduğu bildirilmiştir (%3.3, %2.6, sırasıyla) (14). 2013 yılında yapılan geniş kapsamlı, kontrollü, aile-genetik çalışmasında pediatrik BB-1 için cinsiyet farklılıkları araştırılmış ve her iki cinsiyet için eşit olduğu görülmüştür. Bu çalışmada cinsiyetin kliniğe etkisi kadın cinsiyette mani dönemlerinin daha kısa süreli ve depresif dönemlerin daha fazla sayıda oluşu şeklinde saptanmıştır (Wozniak et al., 2013).

Hastalığın Yükü

Dünya Sağlık Örgütü' ne göre (WHO) bipolar bozukluk dünyada maluliyete yol açan hastalıklar arasında 6. Sıradadır. Gençlerde bipolar bozukluk artık daha çok tanınan önemli bir halk sağlığı sorunudur ve bozulmuş aile ve akran ilişkileri, akademik başarıda düşüklük, yüksek oranlarda kronik duygudurum semptomları, psikoz, yıkıcı davranış bozuklukları, anksiyete bozuklukları, madde kullanım bozuklukları, tıbbi bozukluklar (örn. Obezite, tiroid problemleri, diabet), hastane yatışları, intihar girişimleriyle birlikte görünebilir (10,16). Üstelik, genç bipolar bozuklukların, genç unipolar depresyon veya duygudurum bozukluğu olmayanlardan daha çok maliyeti olmakta, tıbbi olanaklardan daha çok faydalanması gerekmektedir. Bipolar bozukluğu olan hastaların davranışsal tedavi maliyetleri bipolar bozukluğu olmayan hastalardan daha fazladır. Yüksek oranlardaki morbidite ve mortaliteye ek olarak durumun kronik seyir göstermesi nedeniyle gençlerde bipolar bozukluğun erken teşhisi ve tedavisi kritik öneme sahiptir (13)(10).

2.1.2. Etiyopatogenez

2.1.2.1. Genetik Faktörler

BB'da ikiz, aile ve evlat edinme çalışmaları duygudurum bozukluklarının genetik geçişini destekler niteliktedir. BB olan kişilerin akrabalarında tüm

duygudurum bozuklukları normal popülasyona göre daha yüksek oranda görülmektedir (17). BB olan kişilerin birinci derece akrabalarında BB riski %3-8 olup, %1'lik genel popülasyondakine göre ortalama 6 kat artmış görünmektedir ve hastalığın ailesel geçişli olduğunu düşündürtmektedir (18). Bipolar bozukluğun kalıtsal geçişi ile ilgili tahminler erişkin ikiz çalışmalarına dayanmaktadır. Bu çalışmalara göre bipolar bozukluk yaklaşık olarak %60- 90 arasında kalıtsaldır. Aile ve ikiz çalışmaları göstermiştir ki, bipolar bozukluk tek yumurta ikizlerinde %70, çift yumurta ikizlerinde 2 yada 3 kat oranlarında bildirilen yüksek oranlarda kalıtsallık gösteren bir hastalıktır. Bipolar bozukluğun önemli bir kalıtsal bileşeni varmış gibi gözükse de kalıtım şekli hala bilinmemektedir. Güncel çalışmalarda bipolar bozukluktan sorumlu şimdiye kadar tanımlanmamış multiple genlerin sorumlu tutulabileceği gösterilmiştir. Ailesel geçiş oranı erken başlangıçlı, yüksek oranda komorbiditenin görüldüğü olgularda daha yüksektir (19). Birkaç araştırma grubu, erken başlangıçlı bipolar bozukluğun daha fazla karma dönemlerle karakterize, daha fazla psikiyatrik eş tanının eşlik ettiği, daha fazla yaşam boyu psikotik belirtilerin görüldüğü, koruyucu lityum tedavisine daha az yanıtın alındığı ve daha yüksek oranda kalıtsal olan, hastalığın daha ağır bir formu olduğuna karar vermiştir (20) (21). Yapılan ikiz çalışmaları genetik geçişi desteklemektedir. BB I, monozigot ikizlerde eş hastalanım oranı %33-90 arasında iken dizigotik ikizlerde %5-25'tir. Ayrıca, monozigotik ikizlerdeki konkordansın %100 olmaması, genetik faktörler yanında çevresel faktörlerin de BB gelişmesinde önemli bir rol oynadığını düşündürmektedir. Erken başlangıçlı bipolar bozukluk Avrupa ortak çalışması hem geniş hem de dar fenotipli erken başlangıçlı bipolar bozukluğun genome wide linkage analizini yürütmüştür. Bu çalışma grubu 2q14 bölgesinde yerleşmiş bir genetik etkenin ya bipolar bozukluğun etiyolojisine özellikle katıldığı ya da bu bölgedeki bir genin bu yaş grubunda bipolar bozukluk gelişiminden sorumlu diğer genleri düzenleyici rol (modifier) oynadığı sonucuna varmıştır. Bu ortak çalışma grubunca bulunan diğer bağlantı (linkage) bölgeleri sadece erken başlangıçlı BB grubuna ait özgül genom bölgelerini bulmamıştır (22). Bu da erken başlangıçlı ve erişkinlik dönemi başlangıçlı bipolar bozukluk için bazı ortak genetik etkenlerin olabileceğini düşündürmektedir. Erken başlangıçlı bipolar bozukluğu olanların kardeşleri arasında erişkin başlangıçlı BB insidansının yüksek olması bununla uyumludur.

2017’ de yapılan bir metanalizde sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında BB’ lu ailelerin yüksek riskli çocuklarında 9 kat daha fazla bipolar spektrumu bozukluğu, 2,5 kat artmış bipolar dışı duygudurum bozukluğu ve iki kattan daha fazla artmış en azından bir anksiyete bozukluğu geliştirme riski saptanmıştır. (23). Bipolar bozukluk büyük ölçüde genetik bir hastalık olmasına ragmen, bipolar bozukluğu hızlandıran veya genetik olarak yatkın insanlarda koruyucu olarak işlev gören biyolojik, toplumsal ve duygusal önemli faktörlerde vardır. Üstelik araştırmalar ve klinik deneyimler bipolar bozukluk atağının travma veya stresli yaşam olayları ile tetiklenebileceğini söylemektedir, ancak pek çok atak açık bir neden olmadan da meydana gelebilir. Kısaca, etiyolojisi biyolojik incinebilirlik ve çevresel etkilerin kompleks bir etkileşim içinde olduğu multifaktöryel bir durumdur.

2.1.2.2. Görüntüleme

FMRI ve MRI gibi nörogörüntüleme tekniklerinde son zamanlarda yaşanan gelişmelerle göstermiştir ki; bipolar bozukluklu gençlerde emosyonel işlemleme ve düzenlemede görev alan subkortikal (örn.amigdala) ve prefrontal bölgelerdeki nöral devrelerde sağlıklı akranlarına göre farklılıklar vardır. Pediatrik BB’ ta nörogörüntüleme bulgularından biri sağlıklı kontrollerle karşılaştırılan ergen bipolar bozukluklu hastalarda amigdala hacmindeki küçülmedir (24). Ancak 2017’ de sağlıklı kontroller, BB için yüksek riskli olgular ve BB sahip ergenlerle yapılan küçük ölçekli bir çalışmada bu bulgu doğrulanmamış olup, gruplar arasında amigdala, talamus or hippokampus hacimleri açısından fark saptanmamıştır (25). Bulgular, bipolar bozukluğa sahip adölesanlarda gri cevherin subkortikal bölgelerinde gelişimsel bir gecikme olasılığını göstermektedir. Ek olarak, prefrontal korteksin gelişimi sağlıklı bireylerde erken yetişkinlik dönemine dek devam etmekte ama bu bipolar bozukluklu gençlerde muhtemelen gecikmektedir (26). MRI çalışmalarında ayrıca beyaz cevherin değişmiş gelişimi (altered development) bu nüfusta genel nüfustan daha sık bulunmuştur (27). 2016 yılında kortikal kalınlığın değerlendirildiği bir gözden geçirme yazısında dahil edilen 17 çalışmanın büyük çoğunluğunda sağlıklı kontrollerle karşılaştırılan BB' li hastalarda sol ön singulat / parasingulat ve sol üst temporal girus ve ikili olarak birçok prefrontal bölgede kortikal kalınlıkta azalma olduğu bildirilmiştir (28). MRI çalışmalarına paralel olarak bipolar bozukluklu gençlerde yapılan manyetik rezonans spektroskopi çalışmaları

nöronal integrasyon markerı olarak işlev gören maddelerin etkilendiğini göstermiştir. Ancak, bipolar bozukluklu gençlerde bulunan nörogörüntüleme bulguları, örneklemin küçük oluşu, farklı duygudurum fazları gibi karıştırıcı faktörler (örn.depresif, manik, ötimik), eşlik eden bozukluklar ve tedaviler gibi nedenlerle dikkatli yorumlanmalıdır.

Mevcut çalışmalarda, bipolar bozukluklu gençlerin duyguları doğru tanıma becerisinin bozulabileceği ve duygusal olarak nötr yüzlerde korku veya kızgınlık algılayabilecekleri gösterilmiştir (29). Ayrıca, bipolar bozukluklu gençlerde ön araştırmalarda görsel-uzamsal bellekte, verbal bellekte, yürütücü işlevler ve dikkatin esnetilebilirliği (attentional set-shifting) gibi birkaç bilişsel kayıp saptanmıştır.

2.1.2.3. Biyolojik Faktörler

Çok sayıda çalışmada duygudurum bozukluğu olan hastalarda biyolojik anormallikler olduğu bildirilmiştir. Daha önceleri monoamine nörotransmitterler olan norepinefrin, dopamine, serotonin ve histamine bu bozuklukların etiyoljisinde ilgi odağıyken, son zamanlarda nörodavranışsal sistemler, nöral devreler ve daha karmaşık nöroregülasyon mekanizmalarının incelenmesi gündeme gelmiştir. Bu biyolojik aminler içinde norepinefrin ve serotonin duygudurum bozukluklarının patofizyolojisinde en fazla sözü edilen nörotransmitterlerdir. Ayrıca mevcut veriler dopaminin depresyonda azalmış, manide ise artmış olabilecdeğini düşündürmektedir. Bir nörotransmitter ve bir post-sinaptik reseptörün bağlanması ikinci mesajcı sistemler tarafından oluşan membran bağımlı ve intraselüler süreçleri içeren bir kaskadı tetikler. İkinci mesajcılar nöronal membrane iyon kanallarının işlevlerini düzenler. Artan kanıtlar duygudurum dengeleyici ilaçların G proteinleri veya diğer ikinci mesajcılar üzerinden etki ettiğini göstermektedir (30).

2.1.2.4. Psikodinamik Faktörler

Eşduyum yoksunluğu, var olan çatışmayı normal olmayan yollardan çözme eğilimi, duygudurum düzenleme bozukluğu gerek bipolar bozukluğu olan ebeveynlerde gerekse onların çocuklarında gözlenen özelliklerdendir (31) (32). Manik dışavurum, depresyona, katı ve baskıcı süperegoya karşı bir savunma niteliği taşır. Yine mani, narsistik beklentilerin düşsel, simgesel yollarla karşılanma isteğinin bir göstergesidir.

2.1.2.5. Çevresel Faktörler

Çevresel etkenlerin bipolar bozukluk patofizyolojisindeki ve duygudurum dönemlerinin gelişimindeki yeri net değildir. Psikososyal etkenlerin bipolar bozukluk etiyolojisinde genetik etkenlerle birlikte rol oynadığı düşünülmektedir. Çocukluk çağı travmaları erken başlangıç ve daha yüksek sayıda eştanı ile ilişkili bulunmuştur (33–35).

2.1.3. Tanı Kriterleri

Gençlerde duygudurum değişikliklerini tanımlarken, bildirirken ve izlem sırasında profesyoneller arasında (ve hasta ve hasta yakınları ile) ortak bir dil oluşturmak ve uygun terminolojiyi kullanmak önemlidir.

Uluslararası Ruhsal ve Davranışsal Bozuklukların Sınıflandırılması (International Classification of Mental and Behavioral Disorders ICD- 10) ölçütleri: en az iki epizod boyunca belirgin bozulmuş duygudurum ve aktivite, artmış duygudurum ve artmış enerji ya da depresyon için azalmış aktivite ve enerji şeklindedir.

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiki Rehber Kitabı (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition-text revision (DSM-IV-TR) ölçütleri: belirgin olarak farklılaşmış, artmış, yükselmiş veya irritabl duygudurum ile bir manik epizodun en az bir hafta sürmesi ya da hastaneye yatış gerektirmesi ve bu zaman diliminde B ölçütleri varlığını öne sürmüştür (36).

DSM-4 Bipolar bozuklukta, bir dönem sırasındaki (manik, hipomanik, depresif dönem) karşı kutup belirtilerinin eşik altı bulunmasını ihmal etmiştir. Major depresif dönemdeki bir hastanın klinik tablosuna üç manik belirti eşlik ettiğinde halen unipolar depresyon olarak nitelendirilen bu hastaların bipolar spektrum içinde daha iyi bir şekilde sınıflandırılacağı belirtilmektedir (37). Yine bipolar bozukluk II de ki hipomanik dönem sırasında depresif belirtilerin yaygın olarak var olduğu ve bu durumun bipolar bozukluk II de ki artmış intihar oranlarıyla ilişkili olduğu belirtilmektedir. DSM- 5 te bu öneriler dikkate alınmış ve bipolar I ya da bipolar II bozukluğunda, o sıradaki mani, hipomani ya da depresyon dönemine uygulanabilen "karma özellikler gösteren" belirleyicisi tanımlanmıştır. Bu tanımlamaya göre, mani

dönemi ya da hipomani dönemi tam olarak karşılandığında belirgin disfori ya da çökkün duygudurum, anhedoni, psikomotor yavaşlama, enerji düşüklüğü, değersizlik ya da suçluluk düşünceleri, ölüm düşünceleri şeklinde altı belirtiden en az üçünün bulunması gerekli görülmüştür. Depresyon dönemi için tanı ölçütleri tam olarak karşılandığında ise öfori, grandiyozite, çok konuşma, düşünce uçuşması, amaca yönelik etkinliklerde artma, kötü sonuçlar doğuracak etkinliklerde artma, uykusuzluk şeklindeki yedi belirtiden ez az üçünün bulunması gerekli bulunmuştur. Belirtiler hem mani hem de depresyon için tanı ölçütlerini eş zamanlı olarak karşılıyorsa, tanı maniye bağlı işlevsellikte bozulma ve klinik ağırlığı nedeniyle "mani dönemi, karma özellikler gösteren" şeklinde tanımlanmıştır. DSM-5' te A ölçütü olarak artmış enerji/ aktivite duygudurum ölçütüne eklenmiştir (38).

DSM- 4 e göre bipolar bozukluk un 4 alt tipi bulunmaktadır; bipolar bozukluk-1, bipolar bozukluk-2, Siklotimi ve bipolar bozukluk–Başka Türlü Adlandırılamayan, siklotimi hariç diğerlerinin tanı kriterleri yetişkinler ve gençler için aynıdır (36).

Bipolar bozukluk-başka türlü adlandırılamayan, karma veya hipomanik atak özelliklerini gösteren ancak bipolar bozukluk alt tiplerinden birinin tanı kriterlerini karşılamadığı durumlarda kullanılır. DSM-4' te bipolar bozukluk– başka türlü adlandırılamayan kriterleri belirsiz olduğu için, araştırmacılar BB-BTA yı tanımlamak için daha açık belirteçler geliştirmişlerdir, mesela en azından 2 günlük ve 4 ten kısa süren hipomani (her biri ≥4 saat) öyküsü olması (bütün semptom kriterlerini karşılamak için bir semptom az) (39).

2013 te yayınlanan DSM-5 temel özellikleri ile DSM-4 ile aynı ancak bazı farklılıklar eklenmiş olup, daha önce duygudurum bozuklukları başlığı altında yer alan BB için ayrı bir başlık oluşturulmuş ve Bipolar ve İlişkili Bozukluklar olarak tanımlanmıştır. Bipolar ve İlişkili Bozukluklar başlığı altında BB I, BB II, siklotimik bozukluk, madde/ilaç kullanımıyla beliren bipolar ve ilişkili bozukluk, diğer tıbbi duruma bağlı bipolar ve ilişkili bozukluk, diğer tanımlanmış bipolar ve ilişkili bozukluk, tanımlanmamış bipolar ve ilişkili bozukluk tanımlanmıştır. DSM-5, BB ve ilişkili bozuklukların gidiş belirleyicilerini öncekinden farklı olarak; sıkıntılı-kaygılı, karma dönemler(manik dönem ya da depresif dönemle ilişkili), hızlı döngülü, melankolik, atipik, psikotik, katatonik, perinatal ve mevsimsel özellikler gösteren

olarak belirlemiştir (38).

2.1.3.1. DSM-5'e Göre BB Ölçütleri

Bipolar tip I Bozukluğu: Bir ya da birden fazla manik ya da karma atakla belirlidir, genellikle majör depresif ataklar eşlik eder.

Bipolar tip II Bozukluğu: Bir ya da birden fazla majör depresif atak yanı sıra en az bir hipomanik atak olması ile belirlidir.

Siklotimik Bozukluk: En az 2 yıl süreyle bir manik atağın, tanı ölçütlerini karşılamayan hipomanik belirtilerin olduğu birçok dönemin ve bir majör depresif atağın tanı ölçütlerini karşılamayan depresif belirtilerin olduğu birçok dönemin olması ile belirlidir.

Çocuk ve ergenler için belirtilerin olması gereken süre az 1 yıl olarak kabul edilmektedir.

Madde/İlaç Kullanımıyla Beliren Bipolar ve İlişkili Bozukluk: Duygudurum bozukluğu madde entoksikasyonu ya da yoksunluğu sırasında veya ertesinde, ya da ilaç alımına bağlı olarak gelişmiştir.

Diğer Tıbbi Duruma Bağlı Bipolar ve İlişkili Bozukluk: Duygudurum bozukluğunun başka bir sağlık durumunun, doğrudan patofizyolojisi ile ilgili, bir sonucu olduğuna yönelik kanıtlar vardır.

Diğer Tanımlanmış Bipolar ve İlişkili Bozukluk: kısa süren hipomani ve major depresyon dönemleri, yeterli belirti göstermeyen hipomani dönemleri ve major depresyon dönemleri, major depresyon öyküsü olmaksızın hipomani ve kısa süren siklotimi bu alt başlıkta toplanmıştır.

Tanımlanmamış Bipolar ve İlişkili Bozukluk: Tanımlanan bozukluklardan herhangi biri için tanı ölçütlerinin tam karşılanmadığı veya klinisyen tarafınca karşılamamanın özel nedeni belirlenmek istenmediğinde ya da daha özgül tanı koymak için yeterli zaman olmadığında kullanılır.

Duygudurum Atakları; Majör Depresif Atak, Manik Atak, Karışık Atak, Hipomanik Atak olarak adlandırılır (2).

2.1.3.1.1. Majör Depresif Atak için DSM-5 Tanı Ölçütleri

A. İki haftalık bir dönem sırasında, daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte aşağıdaki belirtilerden beşinin ya da daha fazlasının bulunmuş olması; belirtilerden en az birinin ya (1) depresif duygudurum ya da (2) ilgi kaybı ya

da artık zevk alamama (anhedoni) olması gerekir.

(1) Hastanın kendisinin bildirmesi ya da başkalarının gözlemesi ile belirli, hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren depresif duygudurum.

Not: Çocuklarda ve ergenlerde irritabl duygudurum bulunabilir.

(2) Hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren, tüm etkinliklere karşı ya da bu etkinliklerin çoğuna karşı ilgide belirgin azalma ya da artık bunlardan eskisi gibi zevk almıyor olma.

(3) Perhizde değil iken önemli derecede kilo kaybı ya da kilo alımının olması (örn. ayda, vücut kilosunun %5'inden fazlası olmak üzere) ya da hemen her gün iştahın azalmış ya da artmış olması. *Not: Çocuklarda beklenen kilo alımının olmaması.*

(4) Hemen her gün, insomnia (uykusuzluk) ya da hipersomnianın (aşırı uyku) olması

(5) Hemen her gün, psikomotor ajitasyon ya da retardasyonun olması

(6) Hemen her gün, yorgunluk-bitkinlik ya da enerji kaybının olması (7) hemen her gün, değersizlik, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duygularının (hezeyan düzeyinde olabilir) olması (sadece hasta olmaktan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil)

(8) Hemen her gün, düşünme ya da düşüncelerini belli bir konu üzerinde yoğunlaştırma yetisinde azalma ya da kararsızlık

(9) Yineleyen ölüm düşünceleri, özgül bir tasarı kurmaksızın yineleyen özkıyım etme düşünceleri, özkıyım girişimi ya da özkıyım etmek üzere özgül bir tasarının 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.

2.1.3.1.2. Manik Atak için DSM-5 Tanı Ölçütleri

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

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

(1) Benlik saygısında abartılı artma ya da grandiosite

(2) Uyku gereksiniminde 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) Distraktibilite (dikkat dağınıklığı) (yani dikkat önemsiz ya da ilgisiz bir dış uyarana kolaylıkla çekilebilir)

(6) Amaca yönelik etkinlikte artma ya da psikomotor ajitasyon

(7) Kötü sonuçlar doğurma olasılığı yüksek, zevk veren etkinliklere aşırı katılma

C. Bu duygudurum bozukluğu, mesleki işlevsellikte, olağan toplumsal etkinliklerde ya da başkalarıyla olan ilişkilerde belirgin bozulmaya yol açacak ya da kendisine ya da başkalarına zarar vermesini önlemek için hastaneye yatırmayı gerektirecek kadar ağırdır ya da psikotik özellikler gösterir.

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

2.1.3.1.3. Hipomanik Atak DSM-5 Tanı Ölçütleri

A. Kabarmış, taşkın ya da irritabl, olağandışı ve sürekli bir duygudurumun varlığı ile etkinlikte ve cinsel güçte olağandışı ve sürekli bir artışın olduğu ayrı bir dönemin, en az 4 gün, neredeyse her gün günün büyük bölümünde bulunması

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

(1) Benlik saygısında abartılı artma ya da grandiosite

(2) Uyku gereksiniminde azalma

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

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

(5) Distraktibilite (dikkat dağınıklığı)

(6) Amaca yönelik etkinlikte artma ya da psikomotor ajitasyon

(7) Kötü sonuçlar doğurma olasılığı yüksek, zevk veren etkinliklere aşırı katılma

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

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

E. Bu atak, toplumsal ya da mesleki işlevsellikte belirgin bir bozulmaya yol açacak ya da hastaneye yatırılmayı gerektirecek kadar ağır değildir. Psikotik özellikler varsa mani dönemi olarak tanımlanır.

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

Ataklara ilişkin tanı ölçütlerinin yanı sıra mevcut duruma ait bazı özellikler de DSM 5' te ayrıca belirteç olarak yer almıştır. Bu belirteçler anksiyöz/sıkıntılı, karma özellikli, hızlı döngülü, melankolik özellikler, atipik özellikler, duygudurumla uyumlu psikotik özellikler, duygudurumla uyumsuz psikotik özellikler, katotoni ile giden, peripartum başlangıçlı mevsimsel patern gösteren olarak betimlenmiştir.

2.1.4. Klinik Özellikler

Pediatrik bipolar bozuklukta yapılan 20 çalışmanın değerlendirildiği bir meta analiz çalışmasında gençlerde görülen bipolar bozuklukta artmış enerji %79, irritabilite %77, mood labilitesi %76, distraktibilite %74, amaca yönelik etkinlikte artış %72, yükselmiş duygudurum %64, baskılı konuşma %63, hiperaktivite %62, yargılamada zayıflık %61, grandiozite %57, uygunsuz gülmeler %57, uyku ihtiyacında azalma %56 ve düşünce uçuşması %54 oranında bulunmuştur (40).

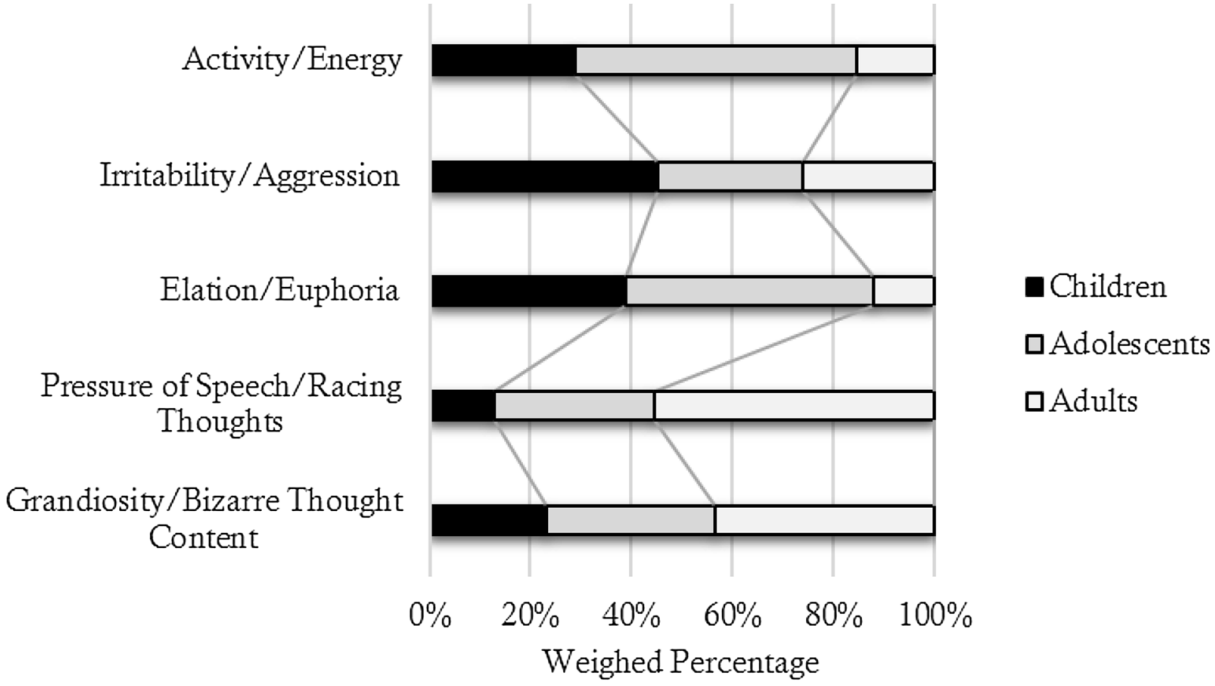
İrritabilite bipolar bozukluklu gençlerde oldukça yaygın görülen bir semptomdur ve DSM-4 manik atakta tek başına irritabl duygudurumun varlığını A kriterini karşılamaya yeterli sayar. Başka bir deyişle duygudurum atağı sırasında aynı zaman diliminde (kümelenme) 4 veya daha fazla mani semptomu irritabiliteye eşlik etmelidir. Ek olarak manik epizodun bir belirtisi olarak sayılmalıdır-her ne kadar bütün araştırmacılar buna tamamıyla katılmasa da- çocuğun daha önceki dönemde irritabilitesi olsa bile (örn. Anksiyete bzk, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu veya karşı olma karşı gelme bozukluğu gibi eşlik eden durumların varlığında irritabilitenin daha kötüleşmesi) döngüsel olmalıdır (29).

Ancak zaman zaman irritabilite dönemleri olması, çocuk ve ergenlerde normal gelişimin bir parçası olabilir (41) bu nedenle sadece irritabilite olması her zaman altta yatan bir hastalığı işaret etmeyebilir. İrritabilitenin DSM-4 te karşı olma karşı

gelme bozukluğu, major depresyon, yaygın anksiyete bozukluğu ve post travmatik stres bozukluğu gibi bazı bozukluklarda tanı kriteri olduğunu ve gençlerde dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ve yaygın gelişimsel bozukluklarda da sıklıkla bulunduğunu göz önünde bulundurmak önemlidir (40). Diğer taraftan, episodik irritabilitenin yokluğu, BB tanısının olma olasılığını azaltır. DSM-5' te irritabilitenin manik veya hipomanik dönem kriterlerinde sayılabilmesi için manik dönem belirtileri ile birlikte başlaması veya var olan irritabilitede manik dönemde belirgin bir artma olması gerekmektedir (8).

Episodik irritabilitenin aksine, bu semptomun kronik varlığı son zamanlarda DSM-5 te yeni bir tanı kategorisinin çekirdek özelliği olarak kavramsallaştırılmıştır (Yıkıcı duygudurum disregülasyon bozukluğu, disfori ile giden öfke disregülasyon bozukluğu ve şiddetli duygudurum disregülasyonu olarak da adlandırılır) (38).

Yetişkin, ergen ve çocuk yaş gruplarında bipolar bozukluk semptomlarının karşılaştırıldığı 9 ayrı çalışmanın değerlendirildiği 2017 yılında yayınlanan derlemeye göre; çocuk yaş grubunda veya çocuk yaş grubunun ergenlerle karşılaştırıldığı çalışmalarda en yoğunluklu belirti irritabilite veya irritabilite ile beraber agresyon olarak saptanırken, ergen yaş grubunda yükselen iki semptom enerji artışı ve yükselmiş duygudurum/ öfori hali olarak saptanmış, yetişkin yaş grubu çalışmalarında ise baskılı konuşma baskın semptom olarak saptanmıştır (42).



Şekil.1.Yaş gruplarına göre semptom görünümlerinin şematik gösterimi (42)

Eşikaltı Görünümler

Bipolar bozukluğun çocuk ve ergenlerde eşikaltı görünümlerinin değerlendirilmesi ve tanısı tartışmalıdır. 2006 yılında yapılan bir çalışmada BPB tedavisi alan çocuk ve ergenlerin yarısından fazlasının belirtilerin ortaya çıkmasından en az 5 yıl sonra bir tanı aldığı bulunmuştur (43).

Çocuk ve ergenlerde bipolar bozukluk için sistematik değerlendirme ve karşılaştırma COBY çalışmasında ilk kez rapor edilmiştir (13,44). Sonuçlar göstermiştir ki, BB-BTA olan gençlerin çoğunluğunda duygudurum, mani veya hipomani için semptom kriterlerini karşılamakta ama hipomani için 4 gün, mani yada karma atak için 7 gün süre kriterini karşılamamaktadır. Buna paralel olarak, AACAP da DSM-4'e göre manik, hipomanik veya karma atak için gereken süre kadar uzun sürmeyen ama işlev kaybına neden olan mani semptomlarının varlığında durumu BB-BTA olarak belirlemiştir (45).

Takip çalışmaları (13,46) göstermiştir ki, bipolar bozukluğun en yaygın görünümü özellikle karma veya depresif semptomlarla seyreden subsendromal formudur. Örneğin, COBY çalışmasında bipolar bozukluklu çocuk ve ergenlerin 4 yıllık takipleri boyunca, %60'ı sendromal ve sendromal semptomlara sahipken, %40'ının semptomları subsendromaldir (13) Üstelik, subsendromal duygudurum semptomları psikososyal güçlüklere anlamlı düzeyde eşlik eder ve özkıyım, yasal sorunlar ve madde kullanım riskinde artışa neden olur. Ek olarak, COBY çalışmasında BB-BTA olarak tanımlanan gençlerin %50 sinde tanı, özellikle ailede mani veya hipomani öyküsü varsa bipolar bozukluk-1 veya 2 ye dönüşür (44).

2016 yılında yayınlanan geniş örneklemli, 8 yıllık bir takip çalışmasına 6 ila 18 yaşlar arasında ebeveyninde BB1/BB2 olan 391 olgu ve sağlıklı ebeveynleri olan 248 olgu alınmıştır. Çalışma sonuçlarına göre yeni gelişen BB için en güçlü yordayıcılar; zeminde bulunan anksiyete/depresyon, zeminde bulunan veya yakın zamanda gelişen afektif labilite ve yakın zamanda saptanan eşikaltı manik belirtiler olarak saptanmış. Yine aynı çalışmada ebeveynin hastalığının erken yaşta başlamasının da BB dönüşme riskini belirgin şekilde arttırdığı sonucuna ulaşılmıştır (47).

Bipolar Depresyon

Depresif ataklar bipolar bozukluklu çocuk ve ergenlerde, erişkinlerdeki benzer olarak bipolar bozukluğun en yaygın (hem sıklık hem süre açışından) görünümüdür (13). Ancak, depresyon yaygın olarak tanı almaz. Ek olarak, bipolar ve unipolar depresyon için farklı tedavi müdahaleleri gerekmektedir, bipolar depresyon psikososyal işlev kaybı ve suicidal risk açısından unipolar depresyondan daha çok ilişkilendirilmiştir. Bu nedenle bipolar depresyonun erken tanı ve tedavisi hayati öneme sahiptir. Bundan başka, psikotik bulgulu depresyonu olan gençler, ilaçla tetiklenen mani/hipomani ve bipolar bozukluk açısından aile öyküsü olanlar bipolar bozukluk gelişimi için yüksek risk altındadır (10).

Tanının aydınlatılabilmesi için depresif semptomların kapsamlı değerlendirilmesinin yapılması çok önemlidir. Bipolar bozukluk-2 tanısı için geçirilmiş major depresif epizod öyküsü gereklidir (major depresif epizoda ek olarak en az bir hipomanik atak) ancak özellikle araştırmalarda ve ayaktan izlenen gençlerde bipolar bozuklukta bütün DSM-4 kriterlerinin görünmesi yaygın değildir (44). Bipolar bozukluklu gençlerin çoğunluğunda manik semptomların arasına serpiştirilmiş depresif semptomların olduğunu ama karma atak için DSM-4'te neredeyse her gün ve en az 1 haftalık dönem boyunca hem mani hem depresif atak kriterlerinin karşılanması gerektiğinin göz önünde bulundurulması önemlidir.

Okul Öncesi Çocuklarda Görünüm

Labil duygudurumun (örneğin kısa bir süre içinde çevresel şartlardan bağımsız, içsel nedenlerle başlayan, birkaç ruh haline geçişin olduğu hızlı duygudurum dalgalanmaları) ve irritabilite/öfkenin çocukluk çağı başlangıçlı manide ergenlikte başlayan manide olduğundan daha karakteristik olduğu rapor edilmiştir (48). Bipolar bozukluklu ergenler, bipolar bozukluklu çocuklara göre daha çok erişkin tipi mani semptomları (daha tipik, daha şiddetli manik ve depresif semptomlar) gösterirler (48).

Duygusal ve bilişsel gelişimleri verilen (3 yaşından 7 yaşına kadar) okul öncesi çocuklarda, grandiozite ve elevasyon gibi manik semptomların bu yaştaki geçerliliğine ilişkin sorular gündeme gelmiştir. Benzer olarak, AACAP klavuzları da 6 yaşından küçük çocuklarda bipolar bozukluk tanısını koyarken klinisyenlerin temkinli olması gerektiğini söyler (45). Okul öncesi çocuklarda da bipolar bozukluk olabileceğine ilişkin pek çok çalışma vardır (49). Bu çalışmalarda, irritabilitenin okul

öncesi çocuklarda daha yaygın olarak görüldüğü ama bipolar bozukluk, major depresyon ve yıkıcı davranış bozuklukları gibi diğer bazı bozukluklardan ayırmada grandiozite ve elevasyonun yardımcı olabileceği bildirilmiştir (49).

2.1.5. Eş Tanılar

Erken başlangıçlı bipolar bozuklukta eş tanı oranları geniş epidemiyolojik çalışmalarda ve klinik çalışmalarda da (14,50) gösterildiği gibi erişkin BB benzer. DEHB ve otizm spektrum bozuklukları gibi gelişimsel bozukluklar hariç tutulduğunda genç ve yetişkin oranları oldukça tutarlıdır (50,51). Erken başlangıçlı bipolar bozukluğun klinik görünüşü yaygın psikiyatrik bozukluk eş tanıları ile karmaşıklaşır. 2016 yılında yapılan geniş kapsamlı bir metanalizde bipolar bozukluğun (bütün alt tipler için) eşlik eden tanılar sırasıyla; DEHB %53, Karşı olma karşı gelme bozukluğu %42, davranım bozukluğu %27, anksiyete bozuklukları %23 ve madde kullanım bozuklukları %9 oranında saptanmıştır (40).

Kore' de üniversite çağındaki gençlerde yapılan bir çalışmada eştanı %0,8 olarak saptanmıştır. Bu çalışmada eş tanı şiddeti arttıkça, düşük sosyoekonomik statü, yüksek intihar öyküsü, kendine zarar verme davranışı öyküsü, ebeveynlerinden veya diğer insanlardan kötü muamele veya istismar öyküsü, daha şiddetli depresyon ve daha şiddetli alkol kullanımı eğilimleri saptanmıştır (52). Erken başlangıçlı bipolar bozukluğu olan gençlerde dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) en sık eş tanıdır. Bipolar bozukluk olan puberte önesi çocukların %90'ında ve ergenlerin %50'sinde DEHB eş tanısı bildirlmiştir. Erken başlangıçlı bipolar bozukluğu olan çocuklarda tanı karmaşasına yol açan ana nedenlerden bir tanesi DEHB eş tanısı varlığıdır, çünkü her iki bozukluk dikkatin kolay dağılması, aşırı hareketlilik ve çok konuşma gibi çok sayıda benzer tanı ölçütlerini paylaşır. Örtüşen belirtiler tanı kapsamından çıkarıldığında dahi bipolar bozukluğu olan çocukların önemli bir kısmının DEHB'nin tüm tanı ölçütlerini karşıladığı görülmektedir. DEHB' nin daha çok ergenlik öncesi çocuklarda saptandığı, davranım bozukluğu ve madde kullanım bozukluklarının ise daha çok ergenlerde görüldüğü bildirilmiştir. KOKGB eştanısı BB semptomlarıyla örtüşmeye bağlı olabilir ve bu eştanı varlığının duygudurum semptomları geriledikten sonra tekrar değerlendirilmesi önerilebilir. Anksiyete bozukluklarının yüksek oranlarda stresle başa çıkma zorluklarına bağlı

olabileceği öne sürülmektedir (53). Özellikle anksiyete bozuklukların çocuk ve ergenlerde BB olumsuz etkilediğinin gösterilmesi nedeniyle bu eş tanıların erken tanısı, önlenmesi ve tedavilerinin önemli olduğu söylenebilir (54).

BB tanılı çocuk ve ergenlerde OKB eş tanısı %15- 44; OKB tanılı çocuk ve ergenlerde BB eş tanısı ise %27-45 arasında değişebilmektedir, bu olgularda OKB belirtileri BB belirtilerinden önce başlayabilir (55)(56). BB tanılı çocuk ve ergenlerde OKB eş tanısı diğer eş tanıları (özellikle diğer anksiyete bzk için) ve psikotik belirtileri arttırmakta ve saf BB olgularına göre daha erken başlangıç, yüksek belirti şiddeti ve düşük işlevsellikle beraberlik göstermektedir (55).

BB' da major depresif bozukluğa göre alkol madde kullanımı daha sık görülmekte ve nöbetlerin sayısı ile beraber artış göstermektedir. Pediatrik BB ve madde kullanım bozuklukları erişkinlerdekine benzer biçimde yaygınlık göstermektedir. Gençlikte başlayan mani ayrıca ileride madde kullanım bozuklukları gelişimi için risk faktörü olabilir. Biederman ve arkadaşlarının BB ve DEHB eş tanısı olan veya tek başına BB tanısı alan çocuk ve ergenleri uzunlamasına takip ettikleri bir araştırmaları erken başlangıçlı maninin DEHB' den bağımsız olarak madde kullanım bozukluğu için risk faktörü olabileceğini göstermektedir (57). Bipolar bozukluğa sahip gençlerde madde kullanım bozuklukları; yasal sorunlar, akademik zorluklar, gebelik ve suicidalite ile ilişkilidir. (58).

Toplumdan seçilen ve klinik örneklemde yürütülmüş araştırmalar bu hastalarda post travmatik stres bozukluğunun artmış olduğunu göstermektedir. 2004 yılında erişkin BB hastlarında yapılan bir çalışmada yaygınlığın %16 olduğu ve riskin genel topluma göre iki kat arttığı belirtilmiştir (59). BB tanılı hastalarda travma maruziyeti artmış, toplumsal desteklerse azalmıştır. PTSB tanılı ergen ve erişkinlerde yaşam boyu BB tanısının arttığı bildirilmiştir ancak bu araştırmalar kesitsel olduğu için BB tanısının birincil mi ikincil mi olduğu kesinlik kazanmamıştır (57).

2.1.6. Ayırıcı Tanı

Çocuğun gelişiminin o aşaması boyunca bir davranışın beklenen bir durum mu yoksa patolojik mi olduğunu ayırt edebilmesi için klinisyenin normal bilişsel, davranışsal ve duygusal gelişimi ve kültürel normları iyi bilmesi çok önemlidir. Gençlerde bipolar bozukluk tanısı koymak sıklıkla, klinik görünümde değişkenlikler,

yüksek oranda komorbidite, diğer psikiyatrik bozukluklarda görülebilen semptomların eklenmesi, gelişimin semptom ifadesine olan etkisi, çocukların semptomlarını ifade etme güçlükleri ve ilaçların çocuğun duygudurumu üzerindeki olası etkileri nedeniyle zordur. Bipolar bozukluk semptomlarının üzerine binebilecek anksiyete bzk, yaygın gelişimsel bzk, yeme bzk, dürtü kontrol bzk, yıkıcı davranış bzk (karşı olma karşı gelme ve davranış bozukluğunu içerir), psikotik bzk, madde kullanım bozuklukları, DEHB, fiziksel ve cinsel istismar gibi geniş bir aralığa yayılmış klinik görünümleri ve yüksek oranda komorbiditeyi göz önünde tutarak, çocuklarla yapılan her klinik değerlendirmede şimdi yada önceden geçirilmiş maninin varlığı mutlaka sorgulanmalıdır (10).

Klinisyenler, semptomlar anormal kalkınmış, taşkın ve/ya irritabl duygudurumla net bir zamansal ilişki göstermiyorsa bunları mani yada hipomaniye atfetme konusunda temkinli olmalıdırlar. Örneğin madde kullanımı bipolar bozukluk tablosunu karmaşıklaştırabilir ama madde kullanımı ile tetiklenen duygudurum bozukluklarının temel özelliği semptomların madde kullanımında, intoksikasyon veya çekilme durumlarında başlamasıdır. Madde kullanımı ve bipolar bozukluk beraber de görülebilir (örn.çifte tanı) ancak duygudurum semptomları madde kullanımı öncesinde başlamışsa veya bıraktıktan sonra 1 aydan uzun süre devam ediyorsa primer olarak duygudurum bozukluğu olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır (36). Ayrıca, hiperaktivite ve distraktibilite gibi kronik semptomlar eğer anormal duygudurum epizodu ile birlikte artış göstermiyorsa genel olarak maninin kanıtı şeklinde düşünülmemelidir. Uzun süreli izlemde spesifik olmayan mani benzeri semptomların genel yoğunluğunda değişme olmuyorsa başka bir tanı olma olasılığı artar.

Psikotik semptomların varlığında diğer bozukluklardan ayırıcı tanı için şizofreni gibi psikotik bozukluklara bakılmalıdır. Bu durumda başlangıç genellikle sinsidir ve hasta maniyle ilişkilendirilen çekiciliğini kaybeder. Aşağıdakiler bipolar bozukluk tanısı lehine karakteristiktir;

Afektif iletişimin iyi olması

İnkoherans ve düşünce içeriğinde fakirleşmenin kalıcı yerine geçici olması

Duygudurum düzenleyicilerle yapılan tedaviye yanıtın iyi olması ve

Bipolar bozukluk için aile öyküsü

Ancak, ilk mani atağında ciddi düşünce bozukluklarının ve varsanıların olması, şizofreni ve bipolar bozukluğun ayırıcı tanısını zorlaştırmaktadır. Böyle durumlarda olgunun dikkatli ve uzun süreli takibi tanıyı aydınlatmaya yardımcı olacaktır (10).

DSM-V' in yeni ve tartışmalı yıkıcı davranış düzenleyememe bozukluğu tanısı, BB varlığında resmi olarak konulamasa da, fenotipi genel olarak bütün BB alt tiplerinin yanısıra diğer koşullarla da (örneğin KOKGB) örtüşmektedir. Bu yüzden, tersi de geçerli olmakla birlikte, yıkıcı davranış tanısı olsa bile BB varlığı değerlendirilmelidir. DMDD tanısının DSM-V saha çalışmalarında güvenilirliği düşüktür bu da bu tanının klinik olarak tanımlanabilmesinin zor olabileceğini düşündürmektedir (60).

2.1.7. Tedavi

Bipolar bozukluk tedavisi üç evre içerir: 1) Akut tedavi, 2) Sürdürüm tedavisi, 3) İdame tedavisi. Akut evrenin amacı çocuğun psikososyal işlevselliği ve iyilik halini etkileyen ya da çocuğun yaşamını tehdit eden bipolar bozukluk bulgularını kontrol etmek ya da azaltmaktır. Sürdürüm tedavisinin amacı akut evre sürecindeki yanıtı konsolide etmek ve tekrarı önlemektir. İdame tedavisinin temel amacı ise nüksleri önlemektir. Her bir evre için farmakolojik, psikososyal ve kombine tedavinin tercih edilmesi hastalığın şiddeti, evresi, BPB alt tipi, kroniklik, komorbid durumlar, çocuğun yaşı, aile ve hastanın tercihi ve beklentileri, psikoterapi uzmanlarına ulaşabilme, aile ve çevresel koşullar ve aile psikopatolojisi gibi değişkenlere bağlıdır.

2.1.7.1. Psikofarmakolojik Tedaviler

Erken başlangıçlı bipolar bozukluğun tedavisinde iki sınıf ilaç, etkinlik gösteren en iyi çalışılmış ilaçlardır. Bunlar; atipik antipsikotikler ve duygudurum düzenleyicilerdir. Bipolar bozukluğu olan 10-17 yaş arası gençlerin tedavisinde atipik antipsikotiklerin etkinliği yapılan sekiz adet randomize kontrollü çalışmada gösterilmiştir. Atipik antipsikotikler olanzapin, ketiapin, risperidon, aripiprazole ve ziprasidone içermektedir. Duygudurum düzenleyiciler olarak lityum, valproik asit, karbamazepin, lamotrijin ve topiramatı içermektedir. Mevcut kanıtlar erken başlangıçlı bipolar bozukluğun tedavisinde atipik antipsikotiklerin duygudurum düzenleyici ajanlarla karşılaştırıldığında daha hızlı yanıt ve daha güçlü etki sağladıklarını belirtmektedir (61,62). Klinisyenler, optimal sonuçları sağlayacak bir

tedavi planı geliştirmek için, hastanın öyküsünün yanı sıra komorbiditeler de dahil olmak üzere, farmakoterapilerin etkinliğini ve yan etki profilini göz önüne almalıdırlar (63).

2.1.7.2. Psikososyal Tedaviler

Erken başlangıçlı bipolar bozukluk için psikososyal tedavi müdahaleleri aile odaklı bir tedaviyi kapsamaktadır. Bu tedavi birkaç psikoeğitim seansı, sonra mevcut stresörler ve duygudurum yönetim planı üzerine odaklanan seanslar ve sonrasında iletişimi güçlendirme eğitimi ile problem çözme becerisi eğitimini içerir. Bu tarz müdahalelerin kullanılması bipolar bozukluk tanısı alan gençler için olduğu kadar aile öyküsü ya da eşik altı durumlardan dolayı bu bozukluklar için riskli olan gençler için de değerlidir. Çocuk ve ergenler için modifiye edilen yardımcı aile odaklı psikoeğitim tedavisinin depreşme oranlarını arttırdığı görülmüştür. Bir psikosoyal müdahale eğitimine ek olarak duygudurum düzenleyici laçlarla tedavi edilen çocuk ve ergenler bir yıldan uzun süre depresif belirtiler, manik belirtiler ve davranışsal sorunlarda iyileşme göstermiştir (64).

2.1.8. Prognoz

Erken başlangıçlı bipolar bozukluk tanısı alan çocukların gidiş ve sonlanışına ait farklı yollar vardır. Erken yaşta duygudurum disregülasyonu ile ortaya çıkıp belirgin duygudurum döngüleri göstermeyen çocuklar büyüdükçe kaygı ve depresif bozukluklar gösterme adayıdırlar. Ergenlikte tanınabilir bir manik dönem sergileyen gençler erişkinlikte daha yüksek olasılıkla bipolar I ölçütlerini karşılar. Her iki durumda da uzun dönem bozulma dikkate değerdir (10).

Axelson ve arkadaşlarının ortalama 5 yıllık sürede BB-BTA olan 140 genci izledikleri çalışmada takipler sonucunda olguların %33'ünün BB-1, %22'sinin de BB-2 ye dönüştükleri ve bu dönüşümün ortalama 58 hafta içinde olduğu gözlenmiştir, yine aynı çalışmada dönüşümün en güçlü belirleyicisi olarak ailede BB öyküsü olduğu saptanmıştır (39).

Erişkin bipolar bozukluğunun doğal seyri ile birlikte benzer olarak çocukların da manik ve depresif dönemlerinde belirti şiddeti değişkenlik gösterir. Erişkinlerle karşılaştırıldığında çocuk ve ergenlerde, konulan bipolar bozukluk II tanısından bipolar bozukluk I tanısında daha sık değişim göstermesi bipolar bozukluk tip II'nin gençlerde sürekliliği olmadığını vurgulamaktadır. Bu, başka türlü adlandırılamayan

bipolar bozukluktan diğer bipolar bozukluk tiplerine değişim göstermesi açısından da böyledir. Bipolar bozukluk erken çocuklukta ortaya çıktığında iyileşme oranları daha düşüktür. Ayrıca karma tip ve hızlı döngülü durumlar ile yüksek oranda polarite bu olgularda, geç ergenlik ya da erken erişkinlikte başlayan bipolar bozukluk olgularına kıyasla daha sıktır (65).

4 yıldan daha uzun süreli yapılan takip çalışmalarında bulunan bulgular tutarlıdır ve şunları içerir;
(i) Özellikle ailede BB öyküsü varsa BB-BTA ve siklotiminin BB1 ve BB2 ye dönüşme oranları yüksektir (%43) (39),
(ii) Özellikle de tedavi ile episodlardan kurtulma oranı yüksek (%81,5) (13),
(iii)Yüksek oranlarda depresyon, hipomani veya mani rekürrensi mevcuttur (%62,5)(13,39,66,67),
(iv) Eş tanı varlığı ve tedavi yanıtı yetişkin BB ile uyumludur, şekinde sonuçlar elde edilmiştir (8).

2.2. Tarama Ölçekleri

Ölçekler, genel ya da özel bir duruma ilişkin insan davranışlarından bir örneklemi ölçen, bu ölçümün sonucunda bir sayıya veya bir sınıf adına ulaşan, bu sonucu kendine özgü norm ve standartlarla kıyaslayarak genel davranışa ilişkin bir ön görüde bulunmaya yarayan, kullanımı standartlaşmış araçlardır. Testler ya da ölçekler soru sormak ve bir konuyu daha ayrıntılı, daha düzenli incelemek amacıyla kullanılırlar. Bir ölçeğin seçimi, hasta grubunun ve derecelendirmeyi yapan kişinin yeteneğine, ölçeğin kullanabilirliğine ve değerlendirilecek klinik durumun özelliklerine göre yapılmalıdır. Derecelendirme ölçeklerinin diğer özellikleri ise belirli bir zaman dilimini içermesi, yargılama seviyesi gerektirmesi ve cevapların kaydedilmesi gibi özellikler göstermesidir. Bir derecelendirme ölçeğinin zaman periyodu içermesi kesin bir kriterdir. Belirli bir ölçek kişinin anlık duygu ve hisleri gibi konularda 5 dakikalık bir gözlem periyodunu derecelendirirken; başka bir ölçek kişilik özellikleri gibi konularda, yaşam boyu bir periyodu derecelendirebilir.

Ölçeklerin geliştirildiği toplum dışında başka bir topluma uygulanabilmeleri için, dil ve sosyokültürel adaptasyonlarının yapılması, geçerlilik ve güvenilirlerinin gösterilmesi gerekir. Bu uygulama, ölçeklerin ulusal ve uluslar arası düzeyde

standart hale getirilmesi açısından da önem taşımaktadır (68).

2.2.1. Psikiyatride Kullanılan Ölçekler

Psikiyatride derecelendirme ölçekleri en yaygın olarak tarama ve tanısal amaçlı ve semptomlardaki değişmeleri kaydetmek için kullanılır. Batıda kullanılan ölçeklerin çeviri, uyarlama veya standardizasyonu yoluyla yerel kullanıma kazandırılması çalışmaları psikoloji ve psikiyatri araştırmalarında geniş yer tutmaktadır. Özellikle son yıllarda test geliştirme, uyarlama ve standardizasyon çalışmaları önceki yıllara göre daha hız kazanmış ve başarılı sonuçlar vermeye başlamıştır (69). Psikiyatrik değerlendirme ölçekleri hastanın psişik, davranışsal özelliklerini ve bireysel veya toplumsal ilişkilerini sayısal olarak ifade etmeye ve karşılaştırma yapmaya yarar. Değerlendirme ölçeklerinin kilit rolü, zaman içerisinde ve birçok gözlemci tarafından toplanan bilginin standardize edilmesidir. Bu standardizasyon bir tanı oluşturularak tedavi planlaması yapmaya, belirtilerin tam tanımlanmasını sağlamaya, ek tanılı durumları belirlemeye ve tedavi yanıtını etkileyen diğer etkenleri ayırt etmeye yardımcı olan tutarlı, kapsamlı bir değerlendirme sağlamaktadır. Ek olarak, değerlendirme ölçeği kullanılması bir hastalığın zaman içindeki ilerlemesini ya da belli müdahalelerin yanıtını izlemede bazal bir değer saptayabilir Her ne kadar ölçek güvenirliği psikiyatrik araştırmaların çoğunda tatminkar bir düzeyde kaydedilmesine rağmen; tekrarlandığında geçerliğini koruyan çok az sayıda ölçek vardır. Bazen belirli bir amaç için doğru bir ölçeği bulmak oldukça çok güçtür (70). Psikiyatrik değerlendirme ölçekleri konusunda bir kaç karmaşık konu vardır. Genellikle profesyonellerden gelen bilgi objektif ölçüm olarak kabul edilirken; hasta ve hasta yakını gibi profesyonel olmayanlardan gelen bilgi ise subjektif ölçüm olarak kabul edilir.

Psikiyatrik araştırmalarda kullanılacak bir ölçeğin seçilmesinde; araştırmada neyin amaçlandığı ve bu amaca erişmede seçilecek ölçeğin çalışılan grubun yapı ve özelliklerine uygun olup olmadığı, istenilen bilgiyi sağlayıp sağlamayacağı, araştırılan değişmeleri yansıtıp yansıtamayacağı gibi hususlar dikkate alınmalıdır (71–73).

Hangi amaçla olursa olsun bir ölçeğin kullanılması için, onun belirli özelliklere sahip olması gerekir. En önemli özellikler standardizasyon ve normlar, geçerlik ve güvenirliktir.

Standardizasyon: Bir testin en önemli öğelerinden biri olan standardizasyon; yorum hatasının en aza indirgenmesine yarar ve o teste ilişkin normların oluşmasını sağlar. Standardizasyon, ölçeğin uygulama ve puanlama işlemlerinin aynılığını, değişmezliğini belirler.

Nesnellik: Bireysel hatalardan kurtulması amacıyla derecelendirme ölçeğinin açık uçlu sorular yerine çoktan seçmeli sorulardan oluşması gereklidir. Nesnellik ölçeğin güvenilirliği içinde yer alır.

Güvenirlik: Bir ölçeğin farklı zamanlarda, aynı kişilerde uygulandığında aynı sonuçları vermesi demektir. Güvenilirlik ile ölçeğin değişken hataları ortadan kaldırılır. Bir ölçeğin güvenilirliği, sadece farklı derecelendiricilerin aynı hasta grubunda aynı puanları elde etmesiyle kanıtlanamaz. Ayrıca derecelendiriciler arasında uyuşma olduğu da gösterilmelidir. Güvenirlik en iyi şekilde 0 dan 1'e kadar değişen (r) korelasyon katsayısı ile ifade edilir. Güvenilirlik katsayısı, bir testin aynı kişilere uygulandığında aynı sonuçları verme olasılığını belirtir. 1 rakamı tam uygun bir ilişkiyi gösterirken; 0 rakamı tesadüfi bir ilişkiyi gösterir. 0.7 den daha küçük bir korelasyon katsayısı gösteren derecelendirme ölçeklerinin kullanılması önerilmez. Güvenilirliğin farklı tipleri vardır. Bunlar farklı derecelendiriciler arası güvenirlilik, test–yeniden test güvenirliği ve içsel güvenilirlik ve eşdeğerli ölçek güvenirliliğidir. Derecelendiriciler arası güvenilirlik, aynı serideki hastaları değerlendiren klinisyenler arasındaki uyuşmanın bir ölçüsüdür. Psikiyatrik tanı ölçeklerinde daha sık kullanılır.

Geçerlik: Bir ölçeğin ölçmeyi amaçladığı özelliği ne denli "doğru" ölçtüğünü ifade eder. Geçerlilik ne yollarla ölçüm yapıldığı ile değil, doğru sonuca ulaşılıp ulaşılamadığı ile ilgili bir analizdir. Yapısal geçerlilik, içerik geçerliliği ve ayrıştırıcı (ölçüt) geçerlilik olarak üç alanda incelenir. Yapısal geçerlilik ve içerik geçerliliği arasındaki ayrım çok net değildir.

İçerik geçerliği: Kullanılan ölçeğin, ölçülmek istenen değişkeni ölçüp ölçmediğini gösterir. Bunu ölçmek için genellikle iç tutarlılık analizi yöntemleri kullanılır.

*Ayrıştırıcı (Ölçüt) geçerlilik***:** Kullanılan ölçeğin, başka bir ölçekle hasta olduğu saptanmış kişiyi; hasta olmayanlardan ayırt edebilme derecesidir. Eğer ayırt edebiliyorsa ölçüt geçerliği vardır.

Yapısal Geçerlilik: Bir ölçeğin ölçmek istediği kavramı ne ölçüde doğru ölçtüğünü gösterir. Bir testin yapı geçerliğini oluşturmak için, değişkenler arasındaki ilişki iyi

tanımlanmalıdır (68).

Pozitif Prediktif Value (PPV) yani pozitif tahmin değeri ve Negatif Prediktif Value (NPV) negatif tahmin değeri tarama ölçeklerini değerlendirmenin ek yoludur. PPV tarama testinde pozitif sonuç veren kişilerin ne kadarının gerçekten tanıyı karşıladığının oranı olarak tanımlanır. NPV tarama testinde negatif sonuç veren kişilerin ne kadarının gerçekten sağlıklı olduğunu tanımlanır. Yukarıda açıklanan yöntemler, kullanışlı iken, düşük ve yüksek skorları ayırt etmek için ağırlıklı olarak kesme noktası (cutoff point) kullanılır. Bu, Eşik noktası, sensitivite, spesifite, PPV ve NPV' yi değiştirerek pozitif bir değer elde etmemizi sağlar. Eğri altında kalan alan (Area under thereceiver operating characteristics (AUROC) curve) eğrisi, tüm olası eşik değerleri için daha fazla bilgi vererek klinisyene daha geniş bir perspektiften bakabilmek için yarar sağlar. AUROC analizleri, bir ölçek için olası tüm kesme skorlarının duyarlılık ve özgüllüğü üzerine kurulmuştur. Bu noktalar daha sonra iki boyutlu bir eksende çizilir. Eğri altında kalan alan ölçeğin ne kadar yararlı olduğunu gösterir. AUROC analizleri aynı zamanda ölçeğin belirli bir popülasyonda verimliliğini en üst düzeye çıkarmak için kesme noktası hesaplamaya da yarar (74).

Derecelendirme ölçekleri, uygulamayı yapan kişilere (hasta, hemşire, doktor) ve derecelendirilen kaynakların çeşidine (hastaların gözlenmesi, görüşmeciden alınan bilgi vb.) göre farklı tiplere ayrılabilir. Her bir tipin kendine göre avantaj ve dezavantajı vardır (73) :

Hastanın Derecelendirdiği Ölçekler (Özbildirim Ölçekleri) (Self-Rated): Dış bir derecelendiricinin çok yoğun çabasını gerektirecek subjektif içrel durumların (suçluluk gibi) daha direkt bir şekilde ve kolayca değerlendirmesini sağlar, az sayıda profesyonel personel ve daha az zaman gerektirmesi avantajıdır. Buna rağmen özbildirim ölçeklerin birkaç dezavantajı vardır: a) Hastaların çoğu böyle ölçekleri tamamen doldurmayabilirler. Bundan dolayı özbildirim ölçeklere dayanan araştırma çalışmaları, bu ölçekleri tam olarak dolduran hastalar alt grubuna dayandırılır. b) Hastalar çok ağır hastalanmış, bellek ve dikkat kusuru gösteriyor olabilir. c) Okuma zorlukları nedeniyle ölçeği tamamlamayabilirler. Bu ölçekler hastanın eğitim düzeyi, sosyal seviyesi ve kültürel geçmişlerine dayanan değişebilirlikte subjektiftirler.

Hastayı Bilen Kişinin-Derecelendirdiği Ölçekler (İnformant-Rated Scales): Hastanın

yakın akrabaları, iş arkadaşları, öğretmenleri vs. tarafından derecelendirilmiş ölçeklerdir. Avantajları arasında hastanın doğal ortamında sergilediği davranış ve tutumları, kişiler arası ilişkileri ve performansını göstermesidir. Ayrıca ölçeği dolduran kişiler hastanın önceki durumunu bildikleri için; şimdikiyle karşılaştırıp mevcut psikopatolojinin ortaya çıkarılmasında bu tür ölçekler daha duyarlıdırlar. Zorlukları ise bilgi verenin motivasyonu ve önyargıları kadar, işbirliğine istekli olup olmamasının sonuçları etkilemesidir.

Uzmanın Doğal Ortam Gözlemlerini Derecelendirmesi (Professional-Rated): Bu ölçekler hastanın koğuşunda gözlenmesine, terapötik bir etkinlikteki gözlemine dayanır. Gözlenen ortam, hastayı bilen kişinin derecelendirdiği ölçeklerdeki kadar doğal değildir, ancak daha objektiftir.

Uzmanın Derecelendirdiği Görüşmeler (Professional-Rated İnterviews): Bu ölçekler hasta veya bilgi veren kişilere uygulanan yapılandırılmamış, yarı yapılandırılmış ya da yapılandırılmış görüşme formatlarına dayanır. Görüşme esnasında görüşmeci uzman hastayla kooperasyonu güçlendirebilir, açık sorular sorar ve ölçeği tamamlamada klinik yargısını kullanır. Bununla beraber klinik yargının kullanılması ve aşırı derecede araya girmeler, bir ölçeğin geçerliğini ve güvenirliğini azaltabilir. Bireysel bir durumla ilişkili olarak, farklı özelliklere sahip birkaç ölçeğin bir arada kullanılması; genellikle daha yararlı ve sağlıklı sonuçlar almamız açısından bir avantaj olarak görülür.

Derecelendirme ölçekleri kullanılma amaçlarına göre başlıca dört ana gruba ayrılabilir: Tarama, sınıflandırma ve tanı koyma, psikopatolojideki değişmeyi ölçme, İlaç yan etkilerini ölçme (75).

Tarama; Genel psikiyatrik morbiditenin ortaya çıkarılması: Toplum örneklemlerinde psikiyatrik morbitenin ortaya çıkartılması konusu, uzun yıllardır ilgi çeken bir kaynak olmuştur. Tarama ölçekleri, alan çalışmalarında büyük kitlelere uygulanabilmesi, parasal ve zamansal ekonomik kolaylıklar sağlaması avantajlarına sahiptir. Kendini bildirim (self-rating) tarama anketleri bu özellikleri taşır.

Psikiyatrik sınıflandırma ve tanıda kullanılan ölçekler: Klinik çalışmalarda bu

amaçla kullanılan Yapısal Klinik Görüşme Listesi ‘ nin (SCID) hastalar, sağlıklılar ve kişilik bozuklukları alt kategorileri için klinik tanı koymada kullanıldığı dikkati çekmektedir. Benzer şekilde tanı koyma amacıyla çocuk ve ergenlere yönelik olarak geliştirilmiş olan Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi -Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli- Türkçe (ÇDŞG- ŞY- T) örnek verilebilir.

Psikopatolojik Değişmeyi Ölçmede Kullanılan Ölçekler: Mental durumdaki değişiklikleri kaydedecek pek çok ölçek vardır. Overall ve Gorham’ın (1962) (54) Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği psikotrop ilaç çalışmalarında psikopatolojinin değişimini ve tedavi cevabını değerlendirmede sık kullanılan yarı yapılandırılmış bir görüşme ölçeğidir.

Psikotrop ilaç yan etkilerini derecelendirme ölçekleri: Klinik gözleme ve görüşmeye dayanan yarı yapılandırılmış yan etki listeleri de bu amaçla kullanılan değerlendirme araçlarıdır. Özellikle antipsikotik ilaç çalışmalarında gözlenen kognitif değişmeleri ve yan etkileri değerlendiren genel ve dikkat, bellek gibi belirli kognitif fonksiyonlara yönelik hazırlanmış ölçekler de bu amaçla kullanılabilir (71,73,75).

2.2.1.1.Bipolar Bozukluk İçin Taramada Kullanılan Ölçekler

Bipolar bozukluğu ve erken başlangıçlı bipolar bozukluğu taramak, tanılamak ve tedavi cevabını değerlendirmek için pek çok farklı ölçek geliştirilmiştir. Tarama ölçekleri potansiyel BB için daha derinlemesine değerlendirmeye ihtiyaç duyan vakaları tespit edebilir (8). Manik belirti ölçekleri, bipolar bozukluğu tanımlamada daha iyi sonuç vermiştir, bunların içinde en üst seviyede olanların üçü; Ebeveyn Genel Davranış Listesi ile bu formun 10 maddeli kısa mani formu (The Parent General Behavior Inventory and its 10-item mania short form), Çocukluk Çağı Mani Derecelendirme Ölçeği ile onun 10 maddeli kısa formu ve Ergenler İçin Duygudurum Bozuklukları Ölçeği- Ebeveyn Formu (Mood Disorder Questionnaire-Parent Version)dur (8).

General Behavior Inventory (GBI). Genel Davranış Değerlendirme Anketi 73 maddeden oluşan yaşam boyu bipolar bozuklukları tanımlamak için tasarlanmış bir

ankettir. Ayaktan psikiyatri hastalarında, genel toplum örnekleminde geçerliliği yapılmış, duyarlılığı .76, özgüllüğü .98 olarak saptanmıştır. İyi bir iç tutarlılık sergilemiş olup Cronbach Alfa değeri .94 olarak bulunmuştur. P-GBI-SF-10 bu ölçekten geliştirilmiş olup 10 madde içerir, 5- 17 yaşları arasındaki çocuk ve gençlerin manik semptomlarını ebeveynin derecelendirdiği bir ölçektir. Yapılan çalışmalarda bu kısa formun da uzun forma benzer özellikler gösterdiği ve bipolar bozukluk, majör depresif bozukluk ve DEHB' yi ayırt etmede yeterli olduğu saptanmıştır. 5- 9.9 arasındaki skorlar için duyarlılık %94 özgüllük %54 olarak saptanmış olup, 10-14.9 arasındaki skorlar için duyarlılık %78, özgüllük %78 olarak saptanmıştır (6).

Child Mania Rating Scale (CMRS-P)—Ebeveynin doldurduğu mani derecelendirme ölçeğidir (76) DSM-IV ün manik dönem belirtilerini sorgulayan 21 madde içerir (36). Her maddenin, yalnızca bozulmaya, çocuğun o yaşı için normatif olanlardan sapmaya ve son bir ayda bir soruna neden olduğu takdirde bir problem olduğu kabul edilir. Her madde Likert tipi 0 (Hiç/ Nadiren), 1 (Bazen), 2 (Sıklıkla), 3 (Çok sık) olmak üzere 4 şekilde cevaplandırılır. Ölçeğin tamamlanması yaklaşık 10-15 dakika sürer. Ölçeğin iç tutarlılık güvenilirliği .96 olması klinisyenin değerlendirdiği diğer ölçeklerle kıyaslandığında mani için geçerli bir değerlendirme olduğunun ve pediatrik maniyi diğer hastalıklardan ve hasta olmayanlardan ayırmakte sensitivite ve spesifitesinin iyi olduğunun kanıtıdır (76). *Child Mania Rating Scale- Parent* formu BB için farmakolojik tedavinin sonucunda semptomlardaki değişimi göstermek konusunda duyarlı bir ölçektir. öntest ve sontest arasındaki belirgin semptom değişimlerini istatistiki ve klinik olarak Young Mani Rating Scale ve CGI-P ile benzer şekilde göstermektedir.Bu bulgular CMRS-P ölçeğinin tedavi boyunca olan semptom değişimlerini belirlemede geçerli ve duyarlı bir ölçek olabileceğini düşündürmektedir (77).

Çocukluk çağı bipolar bozukluk ölçeği (CBQ), çocukluk başlangıçlı bipolar bozukluk çalışmalarında içleme kriterlerini ve komorbid dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun varlığını belirlemek için ebeveyn tarafından kendi kendine uygulanan bir ölçek olarak geliştirilmiştir. Çocukluk çağı bipolar bozukluk ölçeği DSM-IV' te mani, majör depresyon ve yaygın komorbid bozukluk kriterlerinden 85' i arasından en yüksek sırada yer alan semptom ve davranışlardan 65 ini içerir (78).

Mood Disorder Questionnaire – Adolescent version (MDQ- A) Ergenler için Duygudurum Bozuklukları Ölçeği- Ebeveyn Formu, Mood Disorder Questionnaire ölçeği ve DSM 4 mani ölçütleri baz alınarak geliştirilmiş bir ölçektir. Ölçek üç sorudan oluşmaktadır. Ölçeğin Evet ve hayır şeklinde cevaplanan, 13 alt maddeden oluşan birinci soru yaşamboyu manik ya da hipomanik belirtilerin öyküsü, yükselmiş duygudurum, irritabilite, girişkenlik, uyku, libido, düşünce, dikkat, enerji ve davranış gibi göze çarpan değişiklikleri irdeler. İkinci soru, birinci soruda sorgulanan 13 maddeden "evet" olarak işaretlenen belirtilerin eşzamanlı olarak bir arada olup olmadığını sorgulamaktadır. Üçüncü soru ise bu belirtilerin işlevsellik üzerine etkisini sorgulamaktadır. Ergenler için olan formun hem ergenin özbildirimine dayalı hem de çevresel (öğretmen, arkadaşlar vs.) formları da denenmiş ancak en güvenilir olarak ebeveynin ergen hakkında doldurduğu form bulunmuştur. (79).

3. AMAÇ

Türkiye' de ergen popülasyonunda potansiyel bipolar bozukluk için daha derinlemesine incelenmesi gereken olguların belirlenmesi için bir tarama ölçeği mevcut değildir. Bu nedenle bu araştırmada, Ergenler için Duygudurum Bozuklukları Ölçeği- Ebeveyn Formu (Mood Disorder Questionnaire- Adolescent Version) Türkçe uyarlamasının erken başlangıçlı bipolar bozukluğun taranmasında geçerliliği ve ideal kesim noktasının incelenmesi amaçlanmıştır.

Klinik pratikte bipolar bozukluğun tanınmasında yaşanan güçlüklerin çeşitli nedenleri vardır. Öncelikle; dürtü kontrolü, değişken enerji düzeyi, yasal sorunlara bulaşma gibi belirtilerin sıklıkla bipolar bozukluk dışındaki hastalıklarda da gözlenmesi tanı konulmasını zorlaştırmaktadır.

Bipolar bozukluk ya da bipolar yelpazesi bozuklukları için kullanılan tanım farklılıkları tanısal süreçte karmaşa yaratmaktadır (80). Bipolar bozukluğun atlanmasını engellemek ve gerçek risklerle, riskli grupların belirlenmesini sağlamak için epidemiyolojik değerlendirmelere gereksinim vardır. Yaygın epidemiyolojik değerlendirmelerde de tarama testleri kullanılmaktadır. Kısa özbildirim ölçekleri ile tarama çalışmaları, bipolar bozukluk tanısı için daha detaylı değerlendirilmesi gereken kişilere ulaşmayı kolaylaştırır. Ayrıca toplum tabanlı yaygınlık çalışmalarının uzman psikiyatristle yapılmasının pratik olmaması ve yüksek maliyeti, bipolar bozukluğa yönelik risk gruplarının belirlenmesi için de tarama araçlarının kullanımını gerekli kılmaktadır (81). Bipolar bozukluk kronik, tekrarlayıcı ve maluliyete yol açabilen bir hastalıktır. Ergenlik döneminde başlangıç gösterebilir. Başlangıç aşamasında (prodromal dönem) bazı belirtilerle ortaya çıkabilir ve belirtiler başka hastalık belirtileriyle karışabilmektedir (örn. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, davranım bozukluğu, majör depresyon, anksiyete bozuklukları). Belirtilerin erken tanınıp tedavinin başlanması hastalığa bağlı risklerin önüne geçebilecektir. Bu çalışma ile belirtileri erken saptayabilecek bir tanısal aracın Türkçe' ye kazandırılması, bu sayede olguların erken tanısı ve tedavisinin planlanabilmesi yapılabilecektir. Türkçe' de çocuk ve ergenler için erken tanıyı yakalayabilecek bir ölçek bulunmamaktadır. Bu nedenle bu araştırmada Ergenler için Duygudurum Bozuklukları Ölçeği- Ebeveyn formu ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması, geçerlik ve güvenirliğinin saptanması amaçlanmıştır.

ÖZGÜN DEĞER:

Bipolar bozukluk yetişkin çalışmalarında etiyolojisi, semptomları ve tedavisi ayrıntılı olarak araştırılmış bir hastalıktır. Ancak hastalığın başlangıç yaşının ergenlik döneminde olması, semptom kümesinin ergenlik döneminde ve prodromal dönem olarak kabul edilen dönemde yetişkinlerden oldukça farklılık göstermesi, yüksek oranda pozitif aile öyküsünün riski arttırdığının saptanması, tedavi edilmediğinde psikososyal olarak kişinin hayatını ve işlevselliğini önemli ölçüde etkileyen bir hastalık olmasından dolayı erken tanınması önemlidir. Ucuz, kolay uygulanabilir, iyi tahmin gücü olan ve aynı zamanda BB olasılığını iyi değerlendiren, birden çok klinik bilgiyi birleştiren değerlendirme stratejilerine ihtiyaç vardır (82). Tarama ölçeklerinin kullanımı bu anlamda iyi bir katkı sağlayacaktır. Türkiye' de ergenlerde bipolar bozukluğu taramaya yönelik herhangi bir ölçek henüz kullanılmamaktadır. Mood Disorder Questionnaire (MDQ) ilk olarak Hirschfeld ve arkadaşları (2000) tarafından yetişkin bireylerde özbildirim ölçeği olarak geliştirilmiştir (Hirschfeld et al., 2000b), 2007 yılında Duygudurum Bozuklukları Ölçeği (DBÖ) adıyla Konuk ve arkadaşları tarafından Türkçe' ye çevrilmiştir ve yetişkinlerde geçerlilik güvenilirliği yapılmıştır (84). Türkiye' de erişkin popülasyona uygulanan DBÖ bipolar bozukluğu taramada yeterli düzeyde geçerlik özellikleri sergilemektedir. Ölçeğin ergenlerin ebeveyn bildirimleri tarafından değerlendirilmesi ile tanı koymayı hedefleyen "Mood Diorder Questionnaire- Adolescent Version" (MDQ- A) 2006 yılında Wagner ve arkadaşları tarafından 104 ergen ve ebeveyni değerlendirilerek yapılmış ve ergenlerde tanısal tarama aracı olarak kullanılabileceği önerilmiştir (79). Türkiye' de henüz geçerlik ve güvenirliği yapılmamış olan "Ergenler için Duygudurum Bozuklukları Ölçeği- Ebeveyn Formu" risk altında olduğu düşünülen bireylerin tanınmasını sağlayarak bu alanda önemli bir boşluğu dolduracaktır, tanı ve tedavinin erken başlatılabilmesi kayıpların azaltılmasına yardımcı olacaktır.

4. HİPOTEZLER

1. Ergenler için Duygudurum Bozuklukları Ölçeği- Ebeveyn Formu Türkçe uyarlaması bir ön tanı ve tarama testi olarak yeterli düzeyde geçerlik özelliklerine sahiptir.

2. Ergenler için Duygudurum Bozuklukları Ölçeğinin Ebeveyn Formu, Duygudurum Bozuklukları Ölçeği'ne göre riskli grupların belirlenmesinde duyarlılık ve seçiciliği daha yüksektir.

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Türü

Araştırmamız tek merkezli kontrollü randomize klinik araştırmadır.

5.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırmamız, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Ergen Birimi Polikliniği'nde Ekim 2016- Eylül 2017 tarihleri arasında yapılmıştır.

5.3. Araştırmanın Evreni

Bu çalışmaya Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Ergen Birimi Polikliniği' ne Ekim 2016-Eylül 2017 tarihleri arasında ilk kez başvuran, başvuru sırasına göre ardışık şekilde seçilen hastalar, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı bünyesinde bipolar bozukluk tanısı ile takip edilen hastalar ve Balçova Belediyesi Spor Kompleksi' nde kurslara katılan herhangi bir psikiyatri başvurusu veya yakınması olmayan ve klinik örneklemle sosyodemografik açıdan benzer özellikler gösteren, ancak birebir eşleşme yapılmamış sağlıklı gençler alınacaktır. Çalışmaya dahil edilen bütün gençler telefonla duyuru yoluyla çağırılıp gönüllülerden seçilecektir. Çalışmaya alınan gençlere ve ebeveynlerine çalışma ile ilgili bilgi verilecek, gönüllülerin hem kendilerinden hem de ebeveynlerinden onay alınacaktır. Çalışma ile ilgili ayrıntılı bilgilerin verilmiş olduğu onam formlarını hem ebeveynlerin hem de katılımcıların okuyup imzalamaları sağlanacaktır. Çalışmaya alınan tüm gençler için; yaş, cinsiyet, okul, aile ve tıbbi özgeçmiş bilgilerini sorgulayan sosyodemografik veri formu uygulanacaktır. Ayrıca çalışmaya katılacak olan her bir gence, ebeveynin de dahil edildiği, yarı yapılandırılmış, Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği kanıtlanmış olan Okul Çağı Çocuklari İçin Duygulanim Bozukluklari ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli- Türkçe (ÇDŞG-ŞY- T) uygulanacaktır.

5.4. Araştırmanın Örneklemi

Örneklem büyüklüğü belirlenirken, bir ölçeğin başka bir kültüre/topluma uyarlanmasında ölçekte yer alan madde sayısının en az 5-10 katı sayıda örnekleme ulaşılması hedefi göz önüne alınmıştır. Bu çalışmada, 13 maddelik ölçek için, sağlıklı kontrol grubunda ve aynı şekilde klinik grupta da ölçek madde sayısının

yaklaşık 8 katı kadar örnek alınarak toplam 200 genç üzerinde geçerlik analizleri yapılmıştır. Literatürde, madde toplam puan korelasyonuna bakabilmek için 100-200 arasında örneklem büyüklüğü ya da ölçekteki madde sayısının 5 katı kadar örneklemin olması gerektiği belirtilmiştir (85,86).

Araştırmamızın örneklemini, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Ergen Birimi Polikliniği'ne ilk kez başvuran olgulardan başvuru sırasına göre ardışık şekilde seçilen 12- 18 yaş arasındaki toplam 67 genç, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı bünyesinde bipolar bozukluk tanısı ile takip edilmekte olan toplam 33 genç ve çalışma grubuna benzer sosyodemografik özelliklere sahip herhangi bir psikiyatri başvurusu veya yakınması olmayan 100 sağlıklı genç oluşturmaktadır.

5.4.1. Örneklemin Seçimi

Çalışmamıza, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Ergen Birimi Polikliniği'ne ilk kez başvuruda bulunan, başvuru sırasına göre ardışık şekilde seçilen 67 genç, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı bünyesinde bipolar bozukluk tanısı ile takip edilmekte olan toplam 33 genç ve 100 genç sağlıklı kontrol vakası olarak alınmıştır. Tüm gençlerin tanı değerlendirmesi ve eşlik eden psikiyatrik hastalıkların dışlanması iki basamaklı olarak ve DSM-IV kriterlerine uyularak yapılmıştır. İlk değerlendirme kıdemli çocuk ve ergen psikiyatrisi asistanı Dr. Ebru Çatuk tarafından yarı yapılandırılmış, Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği kanıtlanmış olan Okul Çağı Çocuklari İçin Duygulanim Bozukluklari ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-Türkçe (ÇDŞG-ŞY-T) uygulanarak gerçekleştirilmiştir. İkinci basamakta çocuk ve ergen psikiyatrisi öğretim üyesi Prof. Dr. Tezan Bildik tarafından ikinci bir konsensüs görüşmesi ile hastanın ruhsal muayene sonuçları tekrar değerlendirilmiş ve ortak karar ile tanı doğrulanması sağlanmıştır.

5.4.2. Çalışmaya Alınma- Dışlanma Kriterleri

5.4.2.1. Kliniğe Başvuran (İLKbaşvuru) Grup İçin Çalışmaya Alınma Kriterleri

1. 12-18 yaş arasında olanlar

2. Tanı ve tedavi amacıyla Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Psikiyatri Anabilim Dalı Ergen polikliniğine ilk kez başvurmuş olanlar
3. Okuma yazmayı öğrenmiş olanlar
4. Zeka kapasitesi klinik olarak normal olanlar
5. En az bir ebeveyni ile yaşayanlar
6. Çalışmaya katılmayı kabul edenler

5.4.2.2. Kliniğe Başvuran (İLKbaşvuru) Grup İçin Çalışmadan Dışlanma Kriterleri

1. Yaygın gelişimsel bozukluğu olanlar
2. Mental retardasyonu olanlar
3. Nörolojik bir hastalık nedeniyle tedavi görenler
4. Çalışmaya katılmayı reddedenler

5.4.2.3. Bipolar Bozukluk Grubu İçin Çalışmaya Alınma Kriterleri

1. 12-18 yaş arasında olanlar
2. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Psikiyatri Anabilim Dalı' nda bipolar bozukluk tanısı ile en az 6 aydır izlenenler
3. Okuma yazmayı öğrenmiş olanlar
4. Zeka kapasitesi klinik olarak normal olanlar
5. En az bir ebeveyni ile yaşayanlar
6. Çalışmaya katılmayı kabul edenler

5.4.2.4. Bipolar Bozukluk Grubu İçin Çalışmadan Dışlanma Kriterleri

1. Aktif depresif ya da manik atak döneminde olanlar
2. Yaygın gelişimsel bozukluğu olanlar
3. Mental retardasyonu olanlar
4. Nörolojik bir hastalık nedeniyle tedavi görenler
5. Çalışmaya katılmayı reddedenler

Kontrol Grubunun Seçilmesi

Kontrol grubu, Balçova Belediyesi Spor Kompleksi' nde kurslara katılan herhangi bir ruhsal yakınması ve hastalığı ya da nörolojik rahatsızlığı olmayan 12-18 yaş arası sağlıklı 100 gönüllüden oluşmuştur. Tüm olgular yarı yapılandırılmış, Okul Çağı Çocuklari İçin Duygulanim Bozukluklari ve Şizofreni Görüşme

Çizelgesi Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli- Türkçe (ÇDŞG-ŞY- T) formunun kullanıldığı psikiyatrik görüşme ile değerlendirilmiş, psikiyatrik bozukluk tanısı alan ve eşik altı psikiyatrik belirtileri olan olgular çalışmaya alınmamıştır. Çalışma grubu için yapılan uygulamalar sağlıklı kontrol grubu için de yapılmıştır.

5.4.2.5. Kontrol Grubu İçin Çalışmaya Alınma Ölçütleri:

1. 12-18 yaş arasında olanlar
2. Daha önce herhangi bir nedenle çocuk psikiyatrisi başvurusu olmayanlar
3. Okuma- yazmayı öğrenmiş olanlar
4. Zeka kapasitesi klinik olarak normal olanlar
5. En az bir ebeveyni ile yaşayanlar
6. Çalışmaya katılmayı kabul edenler

5.4.2.6. Kontrol Grubu İçin Çalışmadan Dışlanma Ölçütleri:

1. Mental retardasyonu olanlar
2. Nörolojik bir hastalık nedeniyle tedavi görenler
3. Çalışmaya katılmayı reddedenler
4. Daha önce herhangi bir nedenle psikiyatrik tedavi alanlar

5.4.3. Ölçek uyarlaması

Ergenler İçin Duygudurum Bozuklukları- Ebeveyn Formu (Mood Disorder Questionnaire- Parent Version) Türkçe'ye uyarlanmasında literature uygun olarak aşağıda belirtilen basamaklar izlenmiştir (87,88).

1. Özgün ölçeği geliştiren Karen Dineen Wagner' den Türkçe'ye uyarlama izninin alınması (Ek 1'de sunulmuştur)

2. İleri çeviri: Anadili Türkçe olan ve iyi derecede İngilizce bilen 3 farklı kişi tarafından İngilizce'den Türkçe'ye birbirinden bağımsız üç çeviri yapılması

3. Bu üç çevirinin İngilizce'ye hakim bir uzman hekim ve proje yürütücüsü tarafından birleştirilmesi ve üzerinde uzlaşma sağlanarak tek araç haline getirilmesi

4. Geri Çeviri: Her iki dili ana dili düzeyinde bilen (bilingual) ve anadili İngilizce olan bir çevirmen tarafından birleştirilmiş metnin İngilizce'ye geri çevrilmesi

6. Uygulama aşaması: Düzenlenen Türkçe ölçeğin çalışmaya dahil edilen 200 olgunun ebeveyni üzerinde uygulanması

5.5. Değerlendirmede Kullanılan Araçlar

5.5.1. Sosyodemografik Veri Formu

Bu form hastaların ve kontrol grubunun sosyodemografik özellikleri hakkında bilgi toplama amacıyla bu çalışma için literatür temel alınarak, araştırmacı ve tez danışmanı tarafından oluşturulmuştur. Araçta olgunun yaşı, cinsiyeti, sosyoekonomik düzeyi, akademik durumu, ailesel özellikleri (kardeş sayısı ve yaşları, anne- baba yaşı, eğitim düzeyleri, mesleği, anne baba birlikteliği, ailede psikiyatrik hastalık varlığı) gibi bilgiler toplamaya yönelik sorular mevcuttur.

5.5.2. Duygudurum Bozuklukları Ölçeği (DBÖ):

Duygudurum Bozuklukları Ölçeği (Mood Disorder Questionnare (MDQ): Evet ve hayır cevaplarını içeren, kökenini DSM-IV'den (36) alan özbildirime dayalı üç sorudan oluşan bir kağıt-kalem ölçeğidir. Birinci soru 13 alt maddeden oluşur ve yaşamboyu manik ya da hipomanikbelirtilerin öyküsü, yükselmiş duygudurum, irritabilite, girişkenlik, uyku, libido, düşünce, dikkat, enerji ve davranış gibi göze çarpan öznel değişiklikleri irdeler. "Hiç kendinizin doğal halinizde olmadığınızı hissettiğiniz bir dönem ve … oldu mu?" ile başlayan bu sorularda ".... çok çabuk kızıp insanlara bağırdığınız ya da kavga veyatartışma çıkardığınız oldu mu ?", "... her zamankinden daha fazla kendinize güvendiğiniz oldu mu?" "….normalden çok daha az uyuduğunuz halde yine de uyku ihtiyacı hissetmediğiniz oldu mu?" gibi sorularla hastalık belirtileri sorgulanmaktadır. İkinci soru birinci soruda "evet" olarak işaretlenen belirtilerin eşzamanlı olarak bir arada olup olmadığını sorgulamaktadır. Üçüncü soru da ise bu belirtilerin işlevsellik üzerine etkisi sorgulanmaktadır. Ölçeğin taramada pozitif sonuç alma ile doğrudan ilişkili olmadığı gösterilen (Hirschfeld et al., 2000) 4. (ailede bipolar bozukluk öyküsü) ve 5. (daha önce bipolar tanısı konmuş olma) soruları da bulunmaktadır. MDQ, 2000 yılında ilk uygulandığı çalışmada psikiyatri poliklinik başvurusuna dayalı olgulara uygulanarak ardından telefon görüşmeleri ile SCID tanılarının konulmasının altın standart alındığı çalışmada; 0.73 duyarlılık ve 0.90 özgüllük özellikleri göstermiştir. Toplum tabanlı bir diğer çalışmada ise ölçeğin duyarlılığı daha yüksek (0.81) seçiciliği ise daha düşük olarak bulunmuştur (0.65) (90). Ölçeğin Fince (91) ve Fransızca (92) dillerinde farklı ortamlarda geçerlik çalışmaları yapılmış ve kullanılabilir psikometrik özellikler sergilediği gösterilmiştir. Ölçeğin Türkçe uyarlaması, geçerlilik ve güvenilirliği Konuk ve arkadaşlarının çalışmasında değerlendirilmiş optimal kesme puanı 6/7 olarak elde edilmiştir, kesme puanı 7 alındığında ölçeğin duyarlılığı %64 seçiciliği %77 olarak bulunmuştur (84).

5.5.3. Ergenler İçin Duygudurum Bozuklukları Ölçeği- Ebeveyn Formu:

Ergenler için duygudurum bozuklukları ölçeği- ebeveyn formu, yetişkinlerde bipolar bozukluk taramasında geçerli ve güvenilir bir araç olarak kullanılan Mood Disorder Questionnaire (MDQ) 'nden ve DSM 4 mani ölçütleri baz alınarak adapte edilmiştir. Ölçek üç sorudan oluşmaktadır. Ölçeğin evet veya hayır şeklinde cevaplanan, 13 alt maddeden oluşan birinci sorusu yaşamboyu manik yada hipomanik belirtilerin öyküsü, yükselmiş duygudurum, irritabilite, girişkenlik, uyku, libido, düşünce, dikkat, enerji, davranış değişiklikleri ve alkol madde kullanımını irdeler. İkinci soru, birinci soruda sorgulanan 13 maddeden "evet" olarak işaretlenen belirtilerin eşzamanlı olarak bir arada olup olmadığını sorgulamaktadır. Üçüncü soru ise bu belirtilerin işlevsellik üzerine etksini sorgulamaktadır. Ölçeğin geliştirildiği ve geçerlik, güvenirlik değerlendirmesinin yapıldığı orjinal çalışmada 12-17 yaş aralığında 104 genç çalışmaya alınmış ve tanı değerlendirmesi yarı yapılandırılmış görüşme K-SADS-PL (ÇDŞG-ŞY) ile yapılmıştır. Ölçeğin ebeveyn formu orjinal geçerlilik çalışmasına göre, ergenler için olan formun hem ergenin özbildirimine dayalı hem de çevresel (öğretmen, arkadaşlar vs.) formları da denenmiş ancak en güvenilir olarak ebeveynin ergen hakkında doldurduğu form bulunmuştur. Ebeveyn versiyonunun Cronbach Alpha değeri .83 olarak bulunmuştur. Optimal kesim noktası 5 alındığında sensitivite %72 ve spesifitesi %81 olarak bulunmuş olup Receive Operational Curve analizlerinde eğri altında kalan alan 0,803 (Standart Error SE: 0,048) olarak saptanmıştır (79).

5.5.4. Conners Anababa Derecelendirme Ölçeği-Yenilenmiş Uzun Formu (CADÖ-Y/U):

3–17 yaş arasında uygulanabilen, CADÖ-Y/U formunun Türkiye uyarlaması Kaner, Büyüköztürk ve İşeri tarafından yapılmış olup; bilişsel problemler-dikkatsizlik, karşı gelme, hiperaktivite, kaygı-utangaçlık, mükemmeliyetçilik, sosyal problemler ve psikosomatik olmak üzere yedi alt ölçek ve toplam 80 sorudan oluşmaktadır. Bu alt ölçeklerin yanı sıra DSM-IV tanı ölçütlerini içeren DSM-IV indeksi, yine DSM-IV ölçütlerine göre DEHB'yi belirlemeye yönelik DEHB indeksi ve global indeks de yardımcı araçlar olarak kullanılmaktadır. DSM-IV indeksi; DEHB'yi belirlemeye yönelik DSM-IV ölçütlerine dayalı 18 maddeden oluşup, dikkatsizlik ve hiperaktivite-impulsivite alt boyutlarına sahiptir. DEHB indeksi; DEHB olanları böyle bir sorunu olmayanlardan ayırteden 12 maddelik bir ölçektir.

Global indeks ise uygulanan tedavinin etkinliğini belirlemede kullanılan 10 maddelik bir ölçektir. Ölçekte, anababalardan, son bir ayı dikkate alarak maddelere yanıt vermeleri istenmektedir. Her maddeye 4 yanıt seçeneği sunulmaktadır. Hiç doğru değil (Hiçbir zaman, nadiren)–0 puan; Biraz doğru (Bazen)–1 puan; Oldukça doğru (Çoğu kez, Sık sık)–2 puan; Çok doğru (Pek çok kez, çok sık)–3 puan. Bir alt ölçekten alınan puan arttıkça, bu durum, bireyin alt ölçek ile tanımlanan soruna sahip olma düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Cronbach alfa katsayıları 0.85 – 0.55'tir. Test-yeniden test güvenirlik katsayıları 0.73–0.35 arasında değişmektedir (93).

5.5.5. Conners- Wells Ergen Özbildirim Ölçeği (12- 17Yaş):

Ergenlerdeki davranım bozukluklarını, dürtü kontrolsüzlüğünü, dikkat eksikliği, hiperaktive sorunlarını ve DEHB belirtilerini değerlendirmeyi amaçlayan C-WEÖÖ-YK, 12-17 yaş arasındaki gençlerin kendileriyle ilgili görüşlerini son bir aya göre değerlendirmelerine dayalıdır. Bu form üç alt ölçekten oluşmaktadır: 1. Davranım Bozukluğu (DB), 2. Bilişsel Problemler-Dikkatsizlik (BP-D), 3. Hiperaktivite (H). C-WEÖÖ-YK, DEHB riski altında olan çocukları ve ergenleri değerlendiren bir yardımcı ölçek olan Dikkat Eksikliği Hiperaktivite İndeksi'ni de (DEHB) içermektedir. Puanlaması anababa ve öğretmen formunda olduğu gibidir. C-WEÖÖ-YK'nın Türkiye için uyarlama çalışması Kaner ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (94).

5.5.6. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ):

Depresyonda görülen somatik, duygusal, bilişsel ve dürtüsel belirtileri ölçen 21 maddelik kendini değerlendirme türü bir ölçektir. Her bir madde 0 ile 3 arasında bir puan almaktadır. Envanterden alınabilecek puan 0 ile 63 arasındadır; yüksek puanlar depresif durumda artışa işaret etmektedir. Kesme puanı 17 olarak bulunan bu ölçeğe göre, bu puanın üzerinde alanlar klinik depresyon açısından risk altında olarak değerlendirilmiştir. Ölçeğin amacı depresyon tanısı koymak değil, belirtilerin derecesini objektif olarak sayılara dökmektir (95).

Ölçeğin iki formu vardır. Bunlardan ilki Beck tarafından 1961 yılında geliştirilen orijinal formudur. İkincisi ise yine Beck (96) tarafından 1978 yılında geliştirilen formudur (97).

Hisli (1989) tarafından bildirildiğine göre Hatzenbuehler, Bryson, Golin, Byerly ve Glambra'nın üniversite öğrencileri üzerindeki yaptıkları ayrı çalışmalarda

ölçeğin güvenirlik katsayıları .60 ile .87 arasında, Meites, Hatzenbuehler, Glambra, Burkhart, Byerly'nin yaptıkları ayrı çalışmalarda ise ölçeğin geçerlik katsayıları ise .65 ile .68 arasında değişmektedir (98).

Ülkemizde yapılan çalışmalarda ölçeğin geçerliği ve güvenirliğine ilişkin yüksek değerler bildirilmiştir (97,98). Ölçeğin 61 formunun yarıya bölme ve test-tekrar- test güvenirlik katsayıları üniversite öğrencilerinde sırasıyla .78 ve .65 olarak bildirilmiştir. Aynı formun, yarıya bölme güvenirlik katsayısı ise depresif hastalar için .61 olarak bulunmuştur. Hisli (1989)' nin üniversite öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada ölçeğin yarıya bölme güvenirlik katsayısı .74 olarak hesaplanmıştır.

Aynı araştırmacı tarafından psikiyatrik örneklem üzerinde yapılan bir başka çalışmada MMPI depresyon skalası ile BDE arasında pearson korelasyon katsayısı .63 olarak bulunmuştur (97).

5.5.7. Kısa Semptom Envanteri (KSE):

Kısa Semptom Envanteri (Brief Symptom Inventory,) genel bir psikopatoloji değerlendirmesi yapacak kısa ancak geçerli ve güvenilir olan ölçeklere duyulan ihtiyaç üzerine Derogotis (1992) tarafından geliştirilmiş Likert tipi kendini değerlendirme türü bir envanterdir (99). Kısa Semptom Envanteri, SCL-90-R ile yapılan çalışmalar sonucunda ortaya çıkan SCL-90-R'nin kısa formudur. SCL-90-R'nin dokuz faktörüne dağılmış olan 90 madde arasından, her faktörde en yüksek yükü almış toplam 53 madde seçilmiş ve 5- 10 dakikada uygulanabilen, benzer yapıda kısa bir ölçek elde edilmiştir. Normal örneklemlerde olduğu gibi çeşitli psikiyatrik ve medikal hastalarda ortaya çıkabilecek bazı psikolojik semptomları yakalamak amacı ile geliştirilmiş çok boyutlu bir semptom tarama ölçeğidir. KSE, dokuz alt ölçek, ek maddeler ve üç global indeksten oluşmuştur. Alt ölçekler, sırası ile "Somatizasyon", "Obsesif-Kompulsif Bozukluk", "Kişilerarası Duyarlılık", "Depresyon", "Anksiyete Bozukluğu", "Hostilite", "Fobik Anksiyete", "Paranoid Düşünceler", "Psikotizm" olarak isimlendirilmiştir. Şahin ve Durak (1994) tarafından yapılan Türkiye uyarlamasında KSE'nin "Anksiyete", "Depresyon", "Olumsuz Benlik", "Somatizasyon" ve "Hostilite" olmak üzere beş faktörden oluştuğu bulunmuştur (100). Global Rahatsızlık Belirleyicisi üç ölçek ise, farklı puanlama yöntemleri olan ve puanlama türüne bağlı olarak "Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi (RCİ)- (Global Severity Index)", "Belirti Toplamı İndeksi (BTİ)- (Positive Symptom Total)", ve "Semptom Rahatsızlık İndeksi (SRİ)- (Positive Symptom

Distress Index)" olarak isimlendirilmiştir. Maddeler, " hiç yok" ve " çok fazla var" ifadelerine karşılık gelen 0- 4 değerleri arasında derecelendirilmiştir. Her alt ölçek için belirlenen toplam, o alt ölçekteki madde sayısına bölündüğünde o boyut için bir puan elde edilmektedir. Her bir alt test puanı ve genel belirti puanının yükselmesi psikolojik belirti düzeyinin yüksek olduğu anlamına gelmektedir. "Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi (RCİ)" stres düzeyini gösterir. Bu değer 0- 4 arası değişmektedir. Alt ölçeklerin toplamının 53'e bölünmesi sonucu elde edilen puandır. "Belirti Toplamı İndeksi (BTİ)" 0 olarak işaretlenen maddeler dışındaki pozitif olan tüm değerlerin bir olarak kabul edilmesi sonucu elde edilen toplam puandır. Bu puan 0- 53 arası değişmektedir. "Sempton Rahatsızlık İndeksi (SRİ)" alt ölçeklerin toplamının belirti toplamına bölünmesi ile elde edilir (101). Şahin ve Durak (1994) yapılan çalışmalarda KSE'nin güvenirliği kontrol edilmiştir. Ölçeğin üç ayrı çalışmada iç tutarlığı toplam puanından elde edilen Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayıları .96 ve .95; alt ölçekler için elde edilen katsayılar ise .55 ile .86 arasında değişmektedir. KSE'nin 11- 35 yaş grubundaki bireyler üzerinde uyarlama çalışmaları Şahin ve Durak (1994) tarafından gerçekleştirilmiştir (100). KSE'nin ölçüt bağıntılı geçerliğine ilişkin çalışmalarda "Sosyal Karşılaştırma Ölçeği" ile korelasyonu –.14 ve –.34 arasında, "Boyuneğicilik Ölçeği" ile .16 ve .42 arasında, "Strese Yatkınlık Ölçeği" ile .24 ve .36 arasında, "UCLA-Yalnızlık Ölçeği" ile .13 ve .36 arasında, "Offer Yalnızlık Ölçeği" ile –.34 ve –.57 arasında, "Beck Depresyon Envanteri" ile ise .34 ve .70 arasında değişen korelasyonlar göstermiştir. Yapı geçerliği çalışmasında ise ölçeğin madde geçerliğini belirleyebilmek amacı ile örneklem, "Strese Yatkınlık Ölçeği"nden alınan puanlara göre " strese yatkın" ve " strese yatkın olmayan" şeklinde uç gruplara ayrılmış ve 53 maddenin yalnızca üç maddesinin ayırıcılığının istatistik anlamlılık düzeyine ulaşamadığı görülmüştür. Ölçeğin toplam puanı üzerinden yapılan analiz sonucunda ise ölçeğin bu iki uç grubu anlamlı düzeyde ayırt edebildiği bulunmuştur (101,102).

5.5.8. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği (DDGÖ):

Gratz ve Roemer (2004) tarafından duygu düzenlemedeki güçlükleri ölçmek için geliştirilen 36 maddeli bir ölçektir. Duygusal tepkilere ilişkin farkındalığın olmaması (farkındalık), duygusal tepkilerin anlaşılmaması (açıklık), duygusal tepkilerin kabul edilmemesi (kabul etmeme), etkili olarak algılanan duygu düzenleme stratejilerine sınırlı erişim (stratejiler), olumsuz duygular deneyimlerken

dürtülerin kontrolünde güçlük yaşama (dürtü), olumsuz duygular deneyimlerken amaç odaklı davranışlarda bulunmada güçlük yaşama (amaçlar) olmak üzere 6 alt boyutu kapsamaktadır (103). 36 maddeden oluşan ölçeğin her bir maddesi 5'li Likert tipi ölçek kullanılarak (1=hemen hemen hiç…5=hemen hemen her zaman) değerlendirilmektedir. Ölçeğin özgün formuna ilişkin geçerlik ve güvenirlik çalışmaları Gratz ve Roemer (2004) tarafından yapılmış, iç tutarlık katsayısı 93 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin alt boyutlarının iç tutarlılık katsayılarının. 88- 89 arasında değiştiği, test tekrar test güvenirliğinin ise 88 olduğu gözlenmiştir. Ölçeğin Türkçeye uyarlanması, geçerlik ve güvenirlik çalışmaları Rugancı tarafından yapılmış ardından Rugancı ve Gençöz (2010) tarafından gözden geçirilmiş ve son halini almıştır (104). Ölçeğin Türkçe formunun iç tutarlılık katsayısı. 94 olarak hesaplanmış, alt boyutlarının iç tutarlılık kat sayılarının ise. 90 - .75 arasında değiştiği gözlenmiştir. Ölçeğin Türkçe formunun test- tekrar test güvenirliği 83, iki yarım test güvenirliği ise 95 olarak bulunmuştur (104).

5.5.9. İntihar Olasılığı Değerlendirme Ölçeği (İOÖ):

İntihar olasılığını ölçmek amacıyla John G. Cull ve Wayne S. Gill (1990) tarafından geliş- tirilen "İntihar Olasılığı Ölçeği" (Suicide Probability Scale-SPS) kendini değerlendirme (self report) türünde 36 maddeden oluşan, likert tipi bir ölçektir (105). Amacı ergenlerde ve yetişkinlerde intihar riskinin değerlendirmesidir. Ölçeğin Türk toplumu için adaptasyon, güvenirlik ve geçerlik çalışması ilk kez Tuğcu tarafından 1996 yılında, daha sonra ise 2007 yılında klinik örneklemde geçerlik güvenirlik çalışmasını Atlı yapmıştır (105,106). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı 0.84 bulundu. Ölçeğin 4 alt boyutu vardır; 1) Umutsuzluk (HopelessnessHP): Toplam 12 madde; 5, 12, 14, 15, 17, 19, 2 3, 29, 3 1, 3 3, 36, 2) İntihar Düşüncesi (Suicide Ideation-SI): Toplam 8 madde; 4, 7, 20, 2 1, 24, 25, 30, 32) Kendini Olumsuz Değerlendirme (Negative Self Evaluation NSE). Toplam 9 madde; 2, 6, 10, 1 1, 18, 22, 26, 27, 35, 4) Düşmanlık (Hostility-HS): Toplam 7 madde; 1, 3, 8, 9, 1 3, 1 6, 34. Güvenirlik ve geçerlik çalışması yapılan ölçeğin iç tutarlılık katsayısı "toplam puan için" .87, test tekrar test güvenirliği .98, benzer ölçekler geçerliği .84 olarak saptanmıştır (105).

5.5.10. Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi -Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli- Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-T)

6–18 yaş arasındaki çocuk ve ergenlerde psikiyatrik bozuklukları DSM-III ve DSM-IV'e göre taramak amacıyla Kaufman ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş yarı yapılandırılmış bir ölçektir (107). ÇDŞG-ŞY-T ile çocuk ve ergendeki geçmiş ve şu andaki psikiyatrik bozukluklar anne babadan ve çocuktan alınan bilgiler doğrultusunda sorgulanmakta ve klinik tanı klinisyenin gözlemleriyle de birleştirilerek konulmaktadır. Form üç bölümden oluşmaktadır. 'Yapılandırılmamış başlangıç görüşmesi' olarak adlandırılan ilk bölümde çocuğun demografik bilgileri, sağlık durumu, şu andaki yakınması, geçmişte aldığı psikiyatrik tedavilere ilişkin bilgilerle birlikte çocuğun okuldaki durumu, hobileri, arkadaş ve aile ilişkileri gibi bilgiler edinilir. İkinci bölüm olan tanı amaçlı tarama görüşmesi 200 kadar özgül belirti ve davranışı değerlendirir. Her bir belirtiyi değerlendirmek için belli tarayıcı sorular ve değerlendirme ölçütleri verilmiştir. Her bir belirti kendisine özgü dereceleme yöntemiyle 0–3 puan arasında değerlendirilmektedir. Tarama görüşmesi ile pozitif belirtiler tespit edilirse tanıyı doğrulamak amacıyla sorun olan tanı alanında ek sorulara geçilir. Her bir ek belirti listesi, tarama soruları ve bozukluğun şimdiki ve geçmişteki en ağır ataklarını değerlendirmek üzere ölçütler içermekte ve.ek puanlama yapılmaktadır. Görüşmede her bir tanı için DSM-IV tanı ölçütleri verilmiştir. Görüşmede belirti şiddeti "yok", "eşik altı" ve "eşik" şeklinde derecelendirilir. Belirtilerin eşik altı düzeyde var olması bir bozukluk tanısı koymak için yeterli olmasa da, belirli durumlar için daha ileri araştırma yapmak için uyarıcı olabilir. Psikotik belirtiler ya da belli bir tanı ile ilişkili belirti kümelerinde eşik altı değerler dikkate alınır. ÇDŞG-ŞY-T anne-baba ve çocuğun kendisiyle görüşme yoluyla uygulanır ve en sonunda tüm kaynaklardan (anne-baba, çocuk, okul v.b.) alınan bilgiler doğrultusunda değerlendirme yapılır. Ergenlik öncesi döneme uygulanırken önce anne-baba ile görüşme yapılır. Ergenlerle çalışılıyorsa, önce ergenin kendisi ile görüşülür. Eğer farklı kaynaklardan gelen bilgiler arasında uyumsuzluk varsa klinisyen kendi klinik yargısını kullanır (108).

6. UYGULAMA

Çalışmamıza, 12-18 yaş arasında olan, içleme ve dışlama kriterlerini karşılayan toplam 200 genç katılmıştır. Çalışma örneklemini bipolar bozukluk tanısı ile izlenen 33 hasta, polikliniğe ilk kez başvuran 67 genç ve 100 sağlıklı genç oluşturmaktadır. Ege Üniversitesi Etik Kurulu onayı alındıktan sonra çalışmaya başlanmıştır (Ek-2). Olgu gruplarının ön değerlendirilmesi yapıldıktan sonra, çalışmamızın katılım

ölçütlerini karşılayan olgulara ve ailelerine araştırmamız hakkında ayrıntılı bilgi verilmiştir. Çalışmaya katılmaya gönüllü olan olguların kendilerinden ve ailelerinden, çalışmayla ilgili ayrıntılı bilgileri içeren yazılı onam formlarını okumaları istenmiş ve sonrasında imzaları alınmıştır. Hasta grubu, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Ergen Birimi Polikliniği' ne ilk kez herhangi bir nedenle başvuran, 12-18 yaş arası gençlerden ve halen Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı' nda en az 6 aydır bipolar bozukluk tanısıyla takip edilen ve çalışmaya alındıkları dönemde kısmi/ tam temisyonda olan 33 olgudan oluşturulmuştur. Hasta grubuna yönelik tanı değerlendirmesi iki basamaklı olarak ve DSM-IV kriterlerine uyularak yapılmıştır. İlk değerlendirme kıdemli çocuk ve ergen psikiyatrisi asistanı Dr. Ebru Çatuk tarafından yarı yapılandırılmış, Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği kanıtlanmış olan Okul Çağı Çocuklari İçin Duygulanim Bozukluklari ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-Türkçe (ÇDŞG-ŞY-T) uygulanarak gerçekleştirilmiştir. İkinci basamakta çocuk ve ergen psikiyatrisi öğretim üyesi Prof. Dr. Tezan Bildik tarafından ikinci bir konsensüs görüşmesi ile hastanın ruhsal muayene sonuçları tekrar değerlendirilmiş ve ortak karar ile tanı doğrulanması sağlanmıştır. Olguların ÇDŞG-ŞY-T ile tanı değerlendirmesi yapıldıktan sonra ebeveynlere Conners Ebeveyn Değerlendirme Ölçeği-Yenilenmiş Uzun Form ve Ergenler İçin Duygudurum Bozuklukları Ölçeği- Ebeveyn Formu; olgulara da sosyodemografik veri formu, Conners- Wells Ergen Özbildirim Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Kısa Semptom Envanteri (KSE), Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği (DDGÖ), İntihar Olasılığı Değerlendirme Ölçeği (İOÖ) ve Duygudurum Bozuklukları Ölçeği (DBÖ) verilip doldurmaları istenmiştir.

Etik Kurul Onayı

Bu çalışma T.C. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 27.09.2016 tarih ve 16-9/15 sayılı yazı uyarınca etik açıdan uygun bulunmuştur (Ek-2). Çalışma Helsinki Deklarasyonu'na uygun olarak yapılmıştır (109). Çalışmaya katılan gençlerin kendilerinden ve ebeveynlerinden aydınlatılmış yazılı onam alınmıştır (Ek-3, 4).

7. VERİLERİN İSTATİKSEL ANALİZİ

Analizler IBM - SPSS 21.0 paket programı kullanılarak yapılmıştır ve tüm testlerde anlamlılık seviyesi p=0.05 olarak belirlenmiştir ve bulgularda anlamlılığının düzeyini belirtmek için p değeri doğrudan yazılmıştır. Numerik değişkenlerin normal dağılıp dağılmadığını değerlendirmek için Shapiro-Wilk ve Kolmogorov- Smirnov testleri kullanılmıştır. Her üç gruba ait sosyodemografik ve klinik bazı kategorik değişkenler için Ki-kare testi kullanılmış olup, sayısal değişkenlerin üç grup arasındaki ortalamalarının karşılaştırılmasında tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. Verilerin normal dağılım göstermediği üçlü grup karşılaştırmalarında ise non parametrik varyans analizi Kruskal Wallis kullanılmıştır. Kruskal-Wallis analizi ile grupların ortalamaları değil medyan (ortanca) değerleri karşılaştırılmıştır. İkili grup karşılaştırmalarında verilerin normal dağılım göstermediği durumlarda Dunn testi, verilerin normal dağılım gösterdiği durumlarda Bonferroni Testi kullanılmıştır. Bağımsız değişkenlerin normal dağılım göstermediği durumlarda ikili grup karşılaştırmaları için Mann Whitney U testi kullanılmıştır. İç tutarlılığı belirlemek için Cronbach alfa kullanılmıştır. Optimum kesme noktası, duyarlılık ve özgüllük ise Roc analizi ile değerlendirilmiştir. Numerik değişkenlerin korelasyonlarını değerlendirmek için Spearman korelasyon testi yapılmıştır.

8. BULGULAR

Çalışmaya katılmayı kabul eden 70 olgudan oluşan ilk kez başvuran hasta grubundan (İLKbaşvuru) 3 tanesi dışlama kriterlerini karşılamadıkları için (2 mental retardasyon, 1 otizm saptanmıştır), bipolar bozukluk tanılı [BB (+)] hasta grubundan 37 kişiden 4 tanesi (2 mental retardasyon, 2 devlet kurumunda kalan olgu) çalışmadan çıkarılmıştır dolayısıyla olgu grubu 67 İLKbaşvuru grubu, 33 bipolar bozukluk tanılı hasta grubu olarak toplam 100 kişiden oluşmuştur. Kontrol grubunda ise çalışmaya katılmayı kabul edip, değerlendirmeye alınan 105 olgudan 5 tanesinde psikopatoloji (3 DEHB, 1 major depresyon, 1 yaygın anksiyete Bozukluğu) saptanması nedeni ile 100 sağlıklı kontrolden (SK) oluşmuştur. Grupların tanımlayıcı özelikleri aşağıda verilmiştir.

8.1. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

8.1.1. Yaş

Çalışmamıza, 12-18 yaş aralığında, yaş ortalamaları 15, 82 (S.D:1,48) olan, toplam 200 olgu alınmıştır. Olguların yaş ortalaması İLKbaşvuru grubunda 15, 83 (SD: 1, 64), BB(+) grupta 16, 09 (SD: 1, 35), kontrol grubunda 15, 72 (SD: 1, 40) yaş olup istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ***(Tablo1, p>0,05).*** Tablo 1' de olguların yaşa göre dağılım özellikleri verilmiştir.

Tablo.1. Örneklemin Yaşa Göre Dağılımı

	BB (+) Grup (n=33)	**İLKbaşvuru Grubu (n=67)**	**SK Grubu (n=100)**	**Tüm grup (n=200)**	χ^2	**p**
	Ort. SD	**Ort. SD**	**Ort. SD**	**Ort. SD**	1,704	0,427
Yaş	16,09 1,35	15,83 1,40	15,72 1,64	15,82 1,48		

Kruskal- Wallis test, istatistiksel anlamlılık p>0,05

8.1.2. Cinsiyet

Örneklemimizdeki olgular, İLKbaşvuru grubunda %43, 3 (n=29) erkek, % 56, 7 (n=38) kız, bipolar tanılı grupta %18, 2 (n=6) erkek, % 81, 8 (n=27) kız, sağlıklı kontrol grubunda ise %56 (n=56) erkek, % 44 (n=44) kız cinsiyet olarak dağılım göstermiştir. Grupların cinsiyete göre dağılımında anlamlı farklılık saptanmıştır ***(Tablo2, p=0,001).*** Tablo 2'de cinsiyete göre tanı grupları dağılımı değerlendirilmiştir.

Tablo.2. Örneklemin Cinsiyete Göre Dağılımı

	Erkek		**Kız**		**Toplam**	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
BB (+) Grup	6	18,2	27	81,8	33	100
İLKbaşvuru Grubu	29	43,3	38	56,7	67	100
SK Grubu	56	56	44	44	100	100
Toplam	91	45,5	109	54,5	200	100

Pearson Ki Kare Testi, X = 14, 51, istatistiksel anlamlılık p =0,001

8.1.3. Olguların Eğitim Durumu

Örneklemimizde olguların eğitim düzeyleri açısından bipolar grubu, İLKbaşvuru grubu ve kontrol grubu karşılaştırıldığında, İLKbaşvuru grubundaki olguların tümü okula devam ettiği, olgular normal dağılım göstermediği için gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış olarak gözükmesine ragmen istatistiksel anlamlılık değerlendirmesi geçerli değildir ***(Tablo.3, p>0, 05)***. Tablo 3' te gruplara göre eğitim durumları ile ilgili bulgular değerlendirilmiştir.

Tablo.3. Örneklemin Eğitim Durumuna Göre Dağılımı

	BB (+) Grup (n=33)		İLKbaşvuru Grubu (n=67)		SK Grubu (n=100)		χ^2	p
	N	%	n	%	n	%		
Eğitim alıyor	29	87,9	67	100	98	98	11,85	**0,003**
Eğitim almıyor	4	12,1	0	0	2	2		

Pearson Ki Kare Testi, istatistiksel anlamlılık: p<0,05

8.1.4. Ebeveynlerin Sosyodemografik Özellikleri

8.1.4.1. Ebeveyn Yaş Özellikleri

Anne yaşları açısından incelendiğinde bipolar grubunun % 21,2' si (n=7) 30-40 yaş, % 69,7'i (n=23) 41-51 yaş, % 9,1' i (n=3) ise 52 ve üstü yaş aralığında, olarak saptanmıştır. İLKbaşvuru grubunun % 38,8' i (n=26) 30-40 yaş, % 49,3' ü (n=33) 41-51 yaş, % 11,9' u (n=8) ise 52 ve üstü yaş aralığında olarak bulunmuştur. Sağlıklı kontrol grubunun % 56' sı (n=56) 30-40 yaş, % 40' ı (n=40) 41-51 yaş, % 4' ü (n=4) ise 52 ve üstü yaş aralığında olarak saptanmıştır. Sağlıklı kontrol grubunda anne yaşı diğer gruplara göre daha düşük saptanmıştır. Gruplar arasında anne yaş dağılımları açısından anlamlı fark saptanmıştır ***(Tablo.4; χ^2=12,312, p = 0,002).***

Baba yaşları açısından incelendiğinde bipolar grubunun % 6,1' i (n=2) 30-40 yaş, % 72,7' si (n=24) 41-51 yaş, % 21,2' si (n=7) ise 52 ve üstü yaş aralığında olarak bulunmuştur. Kontrol grubunun ise % 17' si (n=17) 30-40 yaş, % 70' i (n=70) 41-51 yaş, % 13' ü (n=13) ise 52 ve üstü yaş aralığında olarak saptanmıştır. Gruplar arasında baba yaş dağılımları açısından anlamlı fark saptanmamıştır ***(Tablo.4; χ^2 =11,03, p>0, 05).***

Tablo 4' te ebeveyn yaşlarına göre dağılım değerlendirilmiştir.

8.1.4.2. Ebeveyn Eğitim Özellikleri

Bipolar grubunda anne eğitim düzeyleri; %3 (n=1) okur yazar değil, %36, 4 (n=12) ilkokul, %18, 2 (n=6) ortaokul, %15,2 (n=5) lise, %27,3 (n=9) üniversite, İLKbaşvuru grubunda okur yazar olmayan kişi bulunmamakta olup, %29, 9 (n=20) ilkokul, %22, 4 (n=15) ortaokul, %26,9 (n=18) lise, %20,9 (n=14) üniversite, kontrol grubunda ise %3 (n=3) okur yazar değil, %33, 0 (n=33) ilkokul, %11, 0 (n=11) ortaokul, %37 (n=37) lise, %16 (n=16) üniversite düzeyinde olarak bulunmuştur. Üç grubun anne eğitim düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır **(*Tablo.4,***

χ^2 =11,684, p =0,166).

Babaların eğitim düzeyleri bipolar grubunda %3 (n=1) okur yazar değil, %15, 2 (n=5) ilkokul, %24, 2 (n=8) ortaokul, %24, 2 (n=8) lise, %33,3 (n=11) üniversite, İLKbaşvuru grubunda %0 (n=0) okur yazar değil, %22, 4 (n=15) ilkokul, %22, 4 (n=15) ortaokul, %31,3 (n=21) lise, %23,9 (n=16) üniversite, kontrol grubunda ise %1 (n=1) okur yazar değil, %34, 0 (n=34) ilkokul, %12, 0 (n=12) ortaokul, %25 (n=25) lise, %28 (n=28) üniversite düzeyinde olarak bulunmuştur. Üç grupta baba eğitim düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır **(*Tablo.4,***

χ^2 =11, 03, p =0, 2).

Tablo 4’ te ebeveyn eğitim özelliklerine göre dağılım değerlendirilmiştir.

Tablo.4. Ebeveynlerin Yaş ve Eğitim Durumu Özellikleri

		BB (+) Grup (n=33)		İLKbaşvuru Grubu (n=67)		SK Grubu (n=100)		χ^2	p
		n	%	n	%	n	%		
Anne Yaş	**30-40**	7	21,2	26	38,8	56	56		
	41-51	23	69,7	33	49,3	40	40	15,58	0,004
	52 ve üstü	3	9,1	8	11,9	4	4		
Anne Eğitim	**Okur yazar değil**	1	3	0	0	3	3		
	Ilkokul	12	36,4	20	29,9	33	33	11,68	0,166
	Ortaokul	6	18,2	15	22,4	11	11		
	Lise	5	15,2	18	26,9	37	37		
	Üniversite	9	27,3	14	20,9	16	16		
Baba Yaş	**30-40**	2	6,1	17	25,4	17	17		
	41-51	24	72,7	37	55,2	70	70	7,87	0,09
	52 ve üstü	7	21,2	13	19,4	13	13		
Baba Eğitim	**Okur yazar değil**	1	3	0	0	1	1		
	İlkokul	5	15,2	15	22,4	34	34	11,03	0,2
	Ortaokul	8	24,2	15	22,4	12	12		
	Lise	8	24,2	21	31,3	25	25		
	Üniversite	11	33,3	16	23,9	28	28		

Pearson Ki Kare Testi, istatistiksel anlamlılık: p<0,05

8.1.4.3. Ebeveyn Ruhsal Hastalık Durumu ve Alışkanlıkları

Annede psikiyatrik hastalık öyküsü açısından incelendiğinde bipolar grubunda 11 (%33,3) annede öykü pozitif, 22 (%66,7) annede ise negatif olduğu, İLKbaşvuru grubunda 7 (%10,4) annede öykü pozitif, %89,6 (n=60) annede negatif olduğu, kontrol grubunda da 2 (%2,0) annede öykü pozitif, 98 (%98,0) annede negatif olduğu saptanmıştır. Annede psikiyatrik hastalık açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmıştır ***(Tablo.5,*** ***χ^2=27,089, p=0,000)***.

Annede sigara kullanım sıklıkları açısından da üç grup incelendiğinde bipolar grubunda % 57,6 (n=19) sigara kullanımının olduğu, %42,4 (n=14) sigara kullanımının olmadığı, İLKbaşvuru grubunda %31,3 (n=21) sigara kullanımının olduğu, %68,7 (n=46) sigara kullanımının olmadığı, kontrol grubunda da 32 (%32,0) sigara kullanımının olduğu , 68 (%68,0) sigara kullanımının olmadığı olduğu saptanmıştır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ***(Tablo.5,***

χ^2=7,993, p =0,018).

Annede alkol kullanımı açısından gruplar incelendiğinde bipolar grubunda 25 (%75, 8) kişi alkol kullanmazken, 8 (%24, 2) kişide alkol kullanımı olduğu gözlenmiştir. İLKbaşvuru grubunda 55 (%82, 1) kişi alkol kullanmazken, 12 (17, 8) kişinin alkol kullanımı olduğu gözlenmiştir. Kontrol grubunda da 89 (%89, 0) kişi alkol kullanmıyorken, 11 (%11, 0) kişinin alkol kullanımın olduğu gözlenmiş ve gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır ***(Tablo.5,*** ***χ^2=3,769, p =0,152).***

Babada psikiyatrik hastalık öyküsü açısından incelendiğinde bipolar grubunda 8 (%24, 2) babanın öyküsünde psikiyatrik hastalık olduğu, 25 (%75, 8) babada olmadığı, İLKbaşvuru grubunda 9 (%13,4) babanın ruhsal hastalık öyküsü pozitifken, 58 (%86,6) babada negatif olduğu, kontrol grubunda da 3 (%3, 0) babanın öyküsü pozitif, 97 (%97, 0) babada ise negatif olduğu saptanmıştır. Babada psikiyatrik hastalık açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmıştır ***(Tablo.5, p=0,001)***.

Babada sigara kullanım sıklıkları açısından da üç grup incelendiğinde bipolar grubunda % 75,8 (n=25) sigara kullanımının olduğu, %24,2 (n=8) sigara kullanımının olmadığı, İLKbaşvuru grubunda %62,7 (n=42) sigara kullanımının olduğu, %37,3 (n=25) sigara kullanımının olmadığı, kontrol grubunda da 53 (%53,0)

sigara kullanımının olduğu , 47 (%47, 0) sigara kullanımının olmadığı olduğu saptanmıştır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır **(*Tablo.5, χ^2 =9,701, p =0,008).***

Babaların alkol kullanımı açısından gruplar incelendiğinde bipolar grubunda 17 (%51, 5) kişi alkol kullanmazken, 11 (%33, 3) kişide arasıra alkol kullanımı olduğu, 5 (%15, 2) kişinin düzenli olarak alkol tükettiği gözlenmiştir. İLKbaşvuru grubunda 34 (%50, 7) kişi alkol kullanmazken, 28 (%41, 8) kişinin alkol kullanımı olduğu, 5 (%7, 5) kişinin düzenli olarak alkol tükettiği gözlenmiştir. Kontrol grubunda da 63 (%63, 0) kişi alkol kullanmıyorken, 35 (%35, 0) kişinin alkol kullanımın olduğu 2 (%2, 0) kişinin düzenli olarak alkol tükettiği gözlenmiştir. Gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır **(*Tablo.5, χ^2 =9,421, p =0, 05).***

Tablo 5' de ebeveyn ruhsal hastalık durumu ve alışkanlıklarına göre dağılım değerlendirilmiştir.

Tablo.5. Ebeveynlerin Ruhsal Hastalık Durumu ve Alışkanlıkları

		BB (+) Grup (n=33)		İLKbaşvuru Grubu (n=67)		SK Grubu (n=100)		χ^2	p
		n	%	n	%	n	%		
Anne Psikiyatrik Hastalık	**Var**	11	33,3	7	10,4	2	2	27,08	0,00
	Yok	22	66,7	60	89,6	98	98		
Baba Psikiyatrik Hastalık	**Var**	8	24,2	9	13,4	3	3	13,75	0,001
	Yok	25	75,8	58	86,6	97	97		
Anne Sigara	**Var**	19	57,6	21	31,3	32	32	7,99	0,018
	Yok	14	42,4	46	68,7	68	68		
Baba Sigara	**Var**	25	24,2	42	62,7	47	47	9,7	0,008
	Yok	8	75,8	25	37,3	53	53		
Anne Alkol	**İçmiyor**	25	75,8	55	82,1	89	89	3,76	0,15
	Arasıra	8	24,2	12	17,9	11	11		
Baba Alkol	**İçmiyor**	17	51,5	34	50,7	63	63	9,42	0,05
	Arasıra	11	33,3	28	41,8	35	35		
	Düzenli içiyor	6	15,2	5	7,5	2	2		

Pearson Ki Kare Testi, istatistiksel anlamlılık: p<0,05

8.1.5. Aile Özellikleri ve Kardeşte Ruhsal Hastalık Durumu

Örneklemimizde aile tipi ve kardeşte psikopatoloji de incelenmiştir. Aile yapısının çekirdek aile veya geniş aile olması ya da parçalanmış aile gibi aile özellikleri açısından gruplar açısından anlamlı farklılık saptanmıştır (X =13,288, p =0,001). Kardeşte psikiyatrik hastalık varlığı açısından ise gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır ***(Tablo.6; χ^2 =2,940, p =0,230).***

Tablo 6'da aile özellikleri ve sosyoekonomik özelliklere göre dağılım değerlendirilmiştir.

Tablo.6. Aile Özellikleri ve Kardeşte Ruhsal Hastalık Durumu

		BB (+) Grup (n=33)		**İLKbaşvuru Grubu (n=67)**		**SK Grubu (n=100)**		χ^2	p
		n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**		
Aile tipi	**Çekirdek**	22	66,7	51	76,1	79	79	15,67	0,001
	Geniş	1	3	6	9,0	15	15		
	Parçalanmış	10	30,3	10	14,9	6	6,0		
Kardeş Ruhsal Hastalık	**Var**	2	6,1	3	4,5	1	1	2,94	0,23
	Yok	31	93,9	64	95,5	99	99		

Pearson Ki Kare Testi, istatistiksel anlamlılık: p<0,05

8.1.7. Soygeçmiş Özellikleri

Bipolar grubunda akrabalarda ruhsal hastalık öyküsü olguların %24, 2' sinde (n=8) mevcut iken, %75,8' inde (n=25) ise saptanmadı. İLKbaşvuru grubunda %13, 4' ünde (n=9) akrabalarda ruhsal hastalık saptanırken, %86, 6' sında (n=58) saptanmadı. Kontrol grubu incelendiğinde ise %3' ünde (n=3) akrabalarda ruhsal hastalık öyküsü olup, %97' sinde (n=97) olmadığı gözlendi. Gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptandı ***(Tablo.7, p=0,001).***

Tablo.7. Akrabalarda Ruhsal Hastalık Durumu

		BB (+) Grup (n=33)		İLKbaşvuru Grubu (n=67)		SK Grubu (n=100)		χ^2	p
		n	%	n	%	n	%		
Akrabada Ruhsal Hastalık	Var	8	24,2	9	13,4	3	3,0	13,75	0,001
	Yok	25	75,8	58	86,6	97	97,0		

Pearson Ki Kare Testi, istatistiksel anlamlılık: p<0,05

8.1.7. Örneklemin Travma Maruziyeti Durumu

Örneklemimizde bipolar grubunda %42, 4 (n=14), İLKbaşvuru grubunda %11,9 (n=8) ve sağlıklı kontrol grubunda ise %4 (n=4) travma maruziyeti vardır. Olguların travma maruziyeti durumları açısından bipolar grubu, İLKbaşvuru grubu ve kontrol grubu karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ***(Tablo.8, p=0,000)***. Tablo 8'de gruplara göre olguların travma maruziyeti durumu ile ilgili bulgular değerlendirilmiştir.

Tablo.8. Örneklemin Travma Maruziyeti Durumuna Göre Dağılımı

	BB (+) Grup (n=33)		İLKbaşvuru Grubu (n=67)		SK Grubu (n=100)		χ^2	p
	n	%	n	%	n	%		
Travma var	14	42,4	8	11,9	4	4	32,49	0,00
Travma yok	19	57,6	59	88,1	96	96		

Pearson Ki Kare Testi, istatistiksel anlamlılık: p=0,000.

Travma maruziyeti içerik açısından değerlendirildiğinde bipolar grubunda 4 (%12,1) cinsel kötüye kullanım, 3 (%9,1) fiziksel kötüye kullanım, 2 (%6,1) ev içi şiddete tanıklık, 2 (%6,1) travmatik bir haber almak, 3 (%9,1) diğer (araba kazası, başka kazalar, yangın, doğal afetlere tanıklık etmek, şiddet içeren bir olayın kurbanı olmak, şiddet içeren bir olaya tanıklık etmek vb.) tür travma maruziyeti olarak sınıflandırılmıştır. İLKbaşvuru grubunda 2 (%3) cinsel kötüye kullanım, 2 (%3) fiziksel kötüye kullanım, 1 (%1,5) ev içi şiddet, 1 (%1,5) travmatik bir haber almak, 2 (%3) diğer tür travma saptanmıştır. Sağlıklı kontrol grubunda ise 1 (%1) fiziksel kötüye kullanım, 1 (%1) ev içi şiddet, 1 (%1) travmatik haber almak ve 1 (%1) kişide diğer tür travma maruziyeti saptanmıştır. Travmanın içeriğinin gruplara göre dağılımı Tablo.9'da sunulmuştur.

Tablo.9. Örneklemin Maruz Kalınan Travmanın İçeriğine Göre Dağılımı

Travmanın İçeriği	**BB (+) Grup (n=33)**		**İLKbaşvuru Grubu (n=67)**		**SK Grubu (n=100)**	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Cinsel Kötüye Kullanım	4	12,1	2	3,0	-	-
Fiziksel Kötüye Kullanım	3	9,1	2	3,0	1	1
Ev İçi Şiddet	2	6,1	1	1,5	1	1
Travmatik Haber Almak	2	6,1	1	1,5	1	1
Diğer (Şiddet içeren bir olayın kurbanı olmak, şiddet içeren olaya tanık olmak, yangın, doğal afet, araba kazası, başka kazalar)	3	9,1	2	3,0	1	1

8.2. KLİNİK ÖZELLİKLER

8.2.1. Sağlıklı Kontrol Grubu

Örneklemimizde bulunan 100 sağlıklı kontrol grubunda ÇDŞG-ŞY-T uygulandığında herhangi bir Eksen 1 tanısı saptanmamıştır.

8.2.2. Bipolar Bozukluk Grubu

Gruba dahil edilen hastalar Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı' nda en az 6 aydır bipolar bozukluk tanısıyla takip edilen ve çalışmaya alındıkları dönemde kısmi/ tam temisyonda olan gençlerden seçilmiş olup tanı doğrulaması ÇDŞG-ŞY-T aracılığı ile yapılmıştır. ÇDŞG-ŞY-T ile saptanan DSM-IV tanılarına göre 100 hastanın 33' ü (%33, 0) bipolar bozukluk tanısı aldı. 33 hastanın %66,3' ü (n=22) bipolar bozukluk Tip 1, %15,1 'i (n=5) bipolar bozukluk Tip-2 ve %18,1'i (n=6) bipolar bozukluk- başka türlü adlandırılamayan (BTA) idi. Bipolar grup kendi içinde eşlik eden tanılar açısından değerlendirildiğinde; %48,5 (n=16) dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB), %48,5 (n=16) sigara bağımlılığı, %36,4 (n=12) basit fobi, %21,2 (n=7) yaygın anksiyete bozukluğu, %21,2 (n=7) ayrılık anksiyetesi bozukluğu, %12, 1 (n=4) karşı olma karşı gelme bozukluğu (KOKGB), %12,1 (n=4) post travmatik stres bozukluğu, %12,1 (n=4) davranım bozukluğu, %9,1 (n=3) obsesif kompulsif bozukluk, %9,1 (n=3) panik bozukluk, %9,1 (n=3) alkol ve madde bağımlılığı, %6,1 (n=2) sosyal fobi, %1,5 (n=1) yeme bozukluğu, %3,0 (n=1) tik bozukluğu olarak saptandı ***(Tablo.10).***

Tablo.10. DSM-IV' e göre Bipolar Bozukluk Grubunda Tanı Dağılımı

		Bipolar grubu (n=33)	
		n	**%**
Tanı Dağılımı	**Bipolar Bozukluk- Tip1**	22	66,3
	Bipolar Bozukluk- Tip2	5	15,1
	Bipolar Bozukluk- BTA	6	18,1
	DEHB	16	48,5
	Sigara Bağımlılığı	16	48,5
	Basit Fobi	12	36,4
	Yaygın Anksiyete Bzk	7	21,2
	Ayrılık Anksiyetesi Bzk	7	21,2
	Post Travmatik Stres Bzk	4	12,1
	Alkol ve Madde Kullanım Bzk	4	12,1
	KOKGB	4	12,1
	Panik bzk	3	9,1
	Obsesif Kompulsif Bzk	3	9,1
	Sosyal Fobi	2	6,1
	Tik Bzk	1	3

8.2.3. İLKbaşvuru Grubu

İLKbaşvuru grubunda tanı dağılımına bakıldığında, %50,7 (n=34) major depresif bozukluk, %35,8 (n=24) dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB), %23,9 (n=16) yaygın anksiyete bozukluğu, %22,4 (n=15) sosyal fobi, %22,4 (n=15) sigara bağımlılığı, %17,9 (n=12) ayrılık anksiyetesi bozukluğu, %14,9 (n=10) basit fobi, %9,0 (n=6) panik bozukluk, %7,5 (n=5) karşı olma karşı gelme bozukluğu (KOKGB), %4,5 (n=3) psikotik bozukluk, %3,0 (n=2) post travmatik stress bozukluğu, %3,0 (n=2) obsesif kompulsif bozukluk, %3,0 (n=2) alkol ve madde bağımlılığı, %1,5 (n=1) davranım bozukluğu, %1,5 (n=1) yeme bozukluğu, %1,5 (n=1) tik bozukluğu saptanmıştır ***(Tablo.11)***. Birden fazla tanıya sahip gençlerin sayısı 45 (%67, 1). Bu grupta ÇDŞG-ŞY-T uygulandığında tanı almayan olgu sayısı toplamda 5 (%7,4) kişidir.

Tablo.11. DSM-IV' e göre İLKBaşvuru Grubunun Tanı Dağılımı

		İLKbaşvuru Grubu (n=67)	
		n	%
Tanı	**M. Depresyon**	34	50,7
	DEHB	24	35,8
	Yaygın anksiyete bzk	16	23,9
	Sosyal Fobi	15	22,4
	Sigara Bağımlılığı	15	22,4
	Ayrılık anksiyetesi bzk	12	17,9
	Basit Fobi	10	14,9
	Panik Bzk	6	9,0
	KOKGB	5	7,5
	Psikoz	3	4,5
	Post Travmatik Stres Bzk	2	3,0
	Obsesif Kompulsif Bzk	2	3,0
	Alkol ve Madde Kullanım Bzk	2	3,0
	Davranım Bzk	1	1,5
	Yeme Bzk	1	3,0
	Tik Bzk	1	1,5

8.2.4. İşlevselliğin Değerlendirilmesi

Çalışmada ÇDŞG-ŞY-T görüşmesinin içinde yer alan, yaşamın tüm alanlarında işlevselliği ve psikososyal uyumu belirleme amacıyla kulanılan Çocuklar İçin Genel Değerlendirme Ölçeği puanları da değerlendirilmiştir.

Ölçeğin Puanlaması

100-91; Bütün alanlarda çok iyi işlevsellik

90-81; bütün alanlarda iyi işlevsellik

80-71; Evde, okulda ya da yaşıt ilişkilerinde işlevsellikte yalnızca hafif bir bozulma

70-61; Bir alanda bir miktar zorluk fakat genelde işlevselliği olduka iyidir

60-51; Yer yer bozulmalarla giden değişken ilevsellik ya da sosyal alanların hepsinde

olmasa da bir çoğunda belirtilerin olması

50-41; Çoğu sosyal alanda işlevsellikte orta düzeyde bir engellenme ya da bir alandaki işlevsellikte ciddi bozulma

40-31; Bir çok alandaki işlevsellikte orta düzeyde bir bozulma vardır ve bu alanların birinde işlevsel değildir; okulda, evde, yaşıt ilişkilerinde ya da topluluk içinde belirgin bir bozulma vardır.

30-21; İşlevselliğin hemen her alanında engelli

20-11; Başkalarına ya da kendine zarar vermesini önlemek için belirgin düzeyde yardıma gereksinim duyma; kişisel bakımını sürdürme ya da iletişimin tüm boyutlarında ciddi yetersizlik nedeniyle yardıma gereksinim duyar

10-1; Sürekli denetim gereklidir.

Çocuklar için genel değerlendirme ölçeği puanları her üç grup için değerlendirildiğinde gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu, özellikle bipolar pozitif grubun puanlarının İLKbaşvuru grubu ve kontrol grubuna göre belirgin olarak düşük olduğu saptanmıştır ***(Tablo.12, p<0,05)***

Tablo.12. Çocuklar İçin Genel Değerlendirme Ölçeği Puanları

	BB (+) Grup (n=33)		**İLKbaşvuru Grubu (n=67)**		**SK Grubu (n=100)**		**F**	**p**
	Ortalama	**SD**	**Ortalama**	**SD**	**Ortalama**	**SD**		
ÇDGÖ Puanları	43,9	5,69	60,05	9,09	92,25	5,13	823,8	0,000

ANOVA testi*, istatistiksel anlamlılık: p<0, 05.*

Çocuklar için genel değerlendirme ölçeği puanları grupların ikişerli şekilde birbirleri ile karşılaştırılması yapıldığında bipolar pozitif grup ile İLKbaşvuru grubu arasındaki farkın, bipolar pozitif grup ile kontrol grubu arasındaki farkın ve İLKbaşvuru grubu ile kontrol grubun arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlenmiştir ***(Tablo.13, p<0,05).***

Tablo.13. Çocuklar İçin Genel Değerlendirme Ölçeği Puanlarının İkişerli Gruplar Şeklinde Karşılaştırılması

ÇDGÖ Puanları	İLKbaşvuru Grubu / SK Grubu	BB (+) Grup / SK Grubu	BB (+) Grup / İLKbaşvuru Grubu
	p		
	0,000	0,000	0,000

Bonferroni testi, istatistiksel anlamlılık: p<0, 05.

8.3. ÖLÇEK PUANLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

8.3.1. Conners Anababa Derecelendirme Ölçeği-Yenilenmiş Uzun Formu (CADÖ-Y/U)

Çalışmamızda katılan gençlerin ebeveynlerinin değerlendirmeleri için Conners Anababa Derecelendirme Ölçeği-Yenilenmiş Uzun Formu (CADÖ-Y/U) kullanılmıştır.

Her üç grup değerlendirildiğinde; bilişsel problemler-dikkatsizlik, hiperaktivite, karşı gelme, kaygı- utangaçlık, sosyal problemler ve psikosomatik alt testleri ile DEHB indeksi, global indeks(Gİ)-huzursuzluk, global indeks-duygusal değişkenlik, global indeks-total, DSM-IV indeksi-dikkat eksikliği, DSM-IV indeksi-hiperaktivite, DSM-IV indeksi-total puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ***(Tablo.14a, p<0,05).***

Sadece mükemmeliyetçilik alt testinde her üç grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı.

Tablo 14a'da CADÖ-Y/U ve alt testleri ile ilgili bulgular verilmiştir.

Tablo.14a. Conners Anababa Derecelendirme Ölçeği-Yenilenmiş Uzun Formu (CADÖ-Y/U) Ölçek Puanları

CADÖ-Y/U Puanları	**BB (+) Grup (n=33)**		**İLKbaşvuru Grubu (n=67)**		**SK Grubu (n=100)**		χ^2	**p**
	Medyan	**IQR**	**Medyan**	**IQR**	**Medyan**	**IQR**		
Bilişsel Problem-Dikkatsizlik	10	16	19	16	4,5	10	37,226	0,000
Hiperaktivite	11	10	5	8	2	4	48,598	0,000
Karşı Gelme	17	14	10	10	5,5	7	48,833	0,000
Kaygı-utangaçlık	8	8	7	9	2	6	31,569	0,000
Mükemmeliyetçilik	6	4	4	5	5	7	4,745	0,093
Sosyal Problemler	6	3	2	4	1	2	52,732	0,000
Psikosomatik	6	8	5	6	2	3	29,356	0,000
DEHB indeksi	22	15	10	16	5	11	48,382	0,000
Gİ-Huzursuzluk-İmpulsivite	11	8	6	6	2	4	52,128	0,000
Gİ- Duygusal Değişkenlik	6	4	4	4	1	3	61,099	0,000
Gİ Total	16	10	9	9	4	6	64,287	0,000
DSMIV İndeksi-DE	16	12	6	12	3,5	8	44,007	0,000
DSMIV İndeksi- HA/İ	11	11	4	9	2	6	32,047	0,000

Kruskal Wallis Testi, istatistiksel anlamlılık: p<0, 05. (Gİ: Global İndeks, DE: Dikkat Eksikliği, HA/İ: Hiperaktivite/İmpulsivite)

Her bir alt grubu birbiri ile kıyaslamak ve alt ölçekler arasında istatistiksel anlamlılık olup olmadığını değerlendirmek için her bir alt ölçeğe Dunn testi uygulandı.

Bipolar grubun İLKbaşvuru grubuyla alt ölçekler açısından kıyaslaması yapıldığında kaygı- utangaçlık alt ölçeği istatistiksel olarak anlamlı saptanmadı **(*Tablo.14b, p< 0, 05).***

Diğer bütün alt ölçek puanları gruplar arasında birbirleri ile kıyaslandığında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olduğu belirlendi ***(Tablo.14b, p< 0, 05).***

Tablo.14b. Conners Anababa Derecelendirme Ölçeği-Yenilenmiş Uzun Formu (CADÖ-Y/U) Ölçek Puanlarının Gruplar Arasında Değerlendirilmesi

	İLKbaşvuru Grubu / SK Grubu	**BB (+) Grup / SK Grubu**	**BB (+) Grup / İLKbaşvuru Grubu**
		p	
Bilişsel Problem-Dikkatsizlik	0,000	0,000	0,014
Hiperaktivite	0,002	0,000	0,009
Karşı Gelme	0,000	0,000	0,001
Kaygı-utangaçlık	0,000	0,000	1
Mükemmeliyetçilik	0,000	0,000	0,000
Sosyal Problemler	0,000	0,000	0,001
Psikosomatik	0,004	0,000	0,036
DEHB indeksi	0,002	0,000	0,000
Gİ- Huzursuzluk-İmpulsivite	0,000	0,000	0,003
Gİ- Duygusal Değişkenlik	0,000	0,000	0,000
Gİ Total	0,000	0,000	0,001
DSMIV İndeksi-DE	0,000	0,000	0,001
DSMIV İndeksi-HA/İ	0,000	0,000	0,002

Dunn Testi, istatistiksel anlamlılık: p<0, 05. (Gİ: Global İndeks, DE: Dikkat Eksikliği,

HA/İ: Hiperaktivite/İmpulsivite)

8.3.2. Conners- Wells Ergen Özbildirim Ölçeği (12- 17Yaş)

Çalışmamızda Conners- Wells Ergen Özbildirim Ölçeği (12- 17Yaş) kullanılmıştır.

Her üç grup aile problemleri, duygusal problemler, davranım problemleri, bilişsel problem-dikkatsizlik, öfke kontrolü, hiperaktivite, DEHB indeksi, DSMIV İndeksi-DE, DSMIV İndeksi- HA, Dürtüsellik toplam puanları açısından değerlendirildiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ***(Tablo.15a, p<0, 05).***

Tablo.15a. Conners Wells Ergen Özbildirim Ölçeği Puanları

Conners Wells Ergen Özbildirim Puanları	**BB (+) Grup (n=33)**		**İLKbaşvuru Grubu (n=67)**		**SK Grubu (n=100)**		χ^2	**P**
	Medyan	**IQR**	**Medyan**	**IQR**	**Medyan**	**IQR**		
Aile Problemleri	15	18	9	12	6	9	20,296	0,000
Duygusal Problemler	15	13	13	13	5,5	8	36,932	0,000
Davranım Problemleri	11	12	5	5	4	8	20,373	0,000
Bilişsel Problem-Dikkatsizlik	16	15	11	12	6	8	30,042	0,000
Öfke Kontrolü	14	13	11	11	6,5	9	31,447	0,000
Hiperaktivite	9	6	6	7	6	6	9,113	0,010
DEHB indeksi	17	16	13	9	8	8	31,473	0,000
DSMIV İndeksi-DE	14	13	9	9	6	6	34,347	0,000
DSMIV İndeksi- HA, Dürtüsellik	10	14	5	7	4	7	14,797	0,001

Kruskal Wallis Testi, istatistiksel anlamlılık: p<0, 05. (DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, DE: Dikkat Eksikliği, HA: Hiperaktivite)

Her bir alt grubu birbiri ile kıyaslamak ve alt ölçekler arasında istatistiksel anlamlılık olup olmadığını değerlendirmek için her bir alt ölçeğe Dunn testi

uygulandı.

İLKbaşvuru grubu kontrol grubu ile alt ölçekler açısından karşılaştırıldığında duygusal problemler, bilişsel problem- dikkatsizlik, öfke kontrolü alt ölçekleri istatistiksel açıdan anlamlı farklılık gösterirken, aile problemleri, davranım problemleri ve hiperaktivite alt ölçek puanları istatistiksel olarak anlamlı saptanmadı ***(Tablo.15b, p< 0, 05***).

Bipolar grup kontrol grubu ile karşılaştırıldığında bütün alt ölçekler açısından istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olduğu saptandı ***(Tablo.15b, p<0, 05)***

Bipolar grup ile İLKbaşvuru grubu Conners- Wells Ergen Özbildirim Ölçeği alt ölçek puanları açısından karşılaştırıldığında ise, duygusal problemler ve hiperaktivite alt ölçekleri haricindeki tüm alt ölçekler arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olduğu belirlendi ***(Tablo.15b, p< 0, 05).***

Tablo.15b. Conners Wells Ergen Özbildirim Ölçeği Puanlarının Gruplar Arasında Değerlendirilmesi

	İLKbaşvuru Grubu / SK Grubu	**BB (+) Grup / SK Grubu**	**BB (+) Grup / İLKbaşvuru Grubu**
		P	
Aile Problemleri	**0,198**	**0,000**	**0,012**
Duygusal Problemler	**0,000**	**0,000**	0,990
Davranım Problemleri	0,523	**0,000**	**0,003**
Bilişsel Problem-Dikkatsizlik	**0,008**	**0,000**	**0,016**
Öfke Kontrolü	**0,002**	**0,000**	**0,045**
Hiperaktivite	1,00	**0,008**	0,071
DEHB indeksi	**0,002**	**0,000**	**0,047**
DSMIV İndeksi-DE	**0,000**	**0,000**	0,070
DSMIV İndeksi-HA, Dürtüsellik	1,00	**0,000**	**0,007**

Dunn Testi, istatistiksel anlamlılık: p<0, 05. (DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, DE: Dikkat Eksikliği, HA: Hiperaktivite)

8.3.3. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Çalışmamızda Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) kullanılmıştır.

Örneklemimizde gençlere uygulanan Beck Depresyon Ölçeği sonuçları açısından bipolar grup, İLKbaşvuru grubu ile kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ***(Tablo.16a, p<0, 05).***

Tablo.16a. Beck Depresyon Ölçeği Toplam Puanları

Beck Depresyon Ölçeği Puanları	**BB (+) Grup (n=33)**		**İLKbaşvuru Grubu (n=67)**		**SK Grubu (n=100)**		χ^2	P
	Medyan	**IQR**	**Medyan**	**IQR**	**Medyan**	**IQR**		
	23	19	18	22	4	10	71,653	**0,000**

Kruskal Wallis Testi, istatistiksel anlamlılık: p<0, 05.

Beck Depresyon Ölçeği puanları gruplar kendi arasında toplam puan açısından incelendiğinde; İLKbaşvuru grubu ile kontrol grubu arasında ve bipolar grup ile kontrol grubu arasında toplam Beck depresyon ölçeği puanları açısından anlamlı farklılık olduğu belirlendi ***(Tablo.16b, p<0, 05).***

Bipolar grup ve İLKbaşvuru grubunun toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ***(Tablo.16b, p<0, 05).***

Tablo.16b. Beck Depresyon Ölçeği Toplam Puanlarının Gruplar Arasında Karşılaştırılması

Beck Puanları	**İLKbaşvuru Grubu / SK Grubu**	**BB (+) Grup / SK Grubu**	**BB (+) Grup / İLKbaşvuru Grubu**
	p		
	0,000	**0,000**	0,337

Dunn Testi, istatistiksel anlamlılık: p<0, 05.

8.3.4. Kısa Semptom Envanteri(KSE)

Çalışmamızda olgulara uygulanan Kısa Semptom Envanteri puanları incelendiğinde bipolar grup, İLKbaşvuru grubu ile kontrol grubu arasında anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon, hostilite alt testleri ve rahatsızlık ciddiyeti indeksi, belirti toplamı indeksi, semptom rahatsızlık indeksleri için istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır. ***(Tablo.17a, p<0, 05).***

Tablo.17a. Kısa Semptom Envanteri (KSE) Puanları

Kısa Semptom Envanteri (KSE) Puanları	**BB (+) Grup (n=33)**		**İLKbaşvuru Grubu (n=67)**		**SK Grubu (n=100)**		χ^2	**p**
	Medyan	**IQR**	**Medyan**	**IQR**	**Medyan**	**IQR**		
Anksiyete	15	14	15	17	5	9	56,573	**0,000**
Depresyon	25	15	18	21	6	11	67,847	**0,000**
Olumsuz Benlik	15	15	14	17	3,5	10	46,033	**0,000**
Somatizasyon	3	11	6	8	3	6	11,317	**0,003**
Hostilite	13	12	10	10	4	6	51,635	**0,000**
Rahatsızlık ciddiyeti İndeksi	3,79	1,03	3,49	1,27	1,61	0,78	152,23	**0,000**
Belirti Toplamı İndeksi	32	10,5	34	16	18	22,5	29,637	**0,000**
Semptom Rahatsızlık İndeksi	8,03	4,16	6,46	7,55	3,58	7,14	34,096	**0,000**

Kruskal Wallis Testi, istatistiksel anlamlılık: p<0, 05.

Kısa Semptom Envanteri puanları her bir grubun birbirleri ile ikili karşılaştırma açısından incelendiğinde; kontrol grubunun diğer iki grupla ayrı ayrı puanları incelendiğinde anksiyete, depresyon, olumsuz benlik ve hostilite alt testleri açısından istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmış olup; sadece İLKbaşvuru grubu ve kontrol grubunun somatizasyon alt testi arasında istatistiksel fark saptanmamıştır.

(Tablo.17b, p<0, 05).

Bipolar grubu ve İLKbaşvuru grubu kısa semptom envanterinin alt ölçekleri olan anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite puanları açısından karşılaştırıldığında her bir alt ölçek için istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmadığı gözlenmiştir ***(Tablo.17b, p<0, 05).***

Bipolar grubu ve İLKbaşvuru grubu kısa semptom envanterinin rahatsızlık ciddiyeti indeksi, belirti toplamı indeksi, semptom rahatsızlık indeksleri için karşılaştırıldığında istatiksel farklılık saptanmamış olup, kontrol grubunun hem bipolar grupla, hem de İLKbaşvuru grubuyla karşılaştırılmasında her üç indeks için istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmıştır ***(Tablo.17b, p<0, 05).***

Tablo.17b. Kısa Semptom Envanteri (KSE) Puanlarının Gruplar Arasında Değerlendirilmesi

Kısa Semptom Envanteri (KSE) Puanları	**İLKbaşvuru Grubu / SK Grubu**	**BB (+) Grup / SK Grubu**	**BB (+) Grup / İLKbaşvuru Grubu**
	p		
Anksiyete	**0,000**	**0,000**	1,00
Depresyon	**0,000**	**0,000**	0,254
Olumsuz Benlik	**0,000**	**0,000**	0,415
Somatizasyon	1,00	**0,003**	0,196
Hostilite	**0,000**	**0,000**	0,310
Rahatsızlık ciddiyeti İndeksi	**0,000**	**0,000**	1,00
Belirti Toplamı İndeksi	**0,000**	**0,000**	0,010
Semptom Rahatsızlık İndeksi	**0,000**	**0,000**	0,119

Dunn Testi, istatistiksel anlamlılık: p<0, 05.

8.3.5. Duygudurum Düzenleme Güçlüğü Anketi

Çalışmamızda olgulara uygulanan Duygudurum Düzenleme Güçlüğü Anketi puanları incelendiğinde bipolar grubu, İLKbaşvuru grubu ile kontrol grubu arasında amaçlar, stratejiler, kabul etmeme ve dürtü alt testleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış olup; açıklık ve farkındalık alt testleri açısından istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır ***(Tablo.18a, p<0,05).***

Duygudurum düzenleme güçlüğü ölçeği toplam puanları her üç grup için karşılaştırıldığında, istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ***(Tablo.18a, p<0,05).***

Tablo.18a. Duygudurum Düzenleme Güçlüğü Anketi Puanları

Duygudurum Düzenleme Güçlüğü Anketi	**BB (+) Grup (n=33)**		**İLKbaşvuru Grubu (n=67)**		**SK Grubu (n=100)**		χ^2	**p**
	Medyan	**IQR**	**Medyan**	**IQR**	**Medyan**	**IQR**		
Amaçlar	11	7	11	7	7	6	30,697	**0,000**
Stratejiler	14	13	13	12	6	7	42,950	**0,000**
Kabul Etmeme	6	8	7	9	3	8	11,399	**0,003**
Dürtü	11	10	9	9	6	6	16,658	**0,000**
Açıklık	8	4	9	3	9	4	1,154	0,561
Farkındalık	8	9	9	9	11,5	7	5,584	0,061
	Ort.	**SD**	**Ort.**	**SD**	**Ort.**	**SD**	**F**	**p**
Toplam puan*	61,51	22,39	63,10	19,81	48	18,50	12,120	0,000

Kruskal Wallis Testi, istatistiksel anlamlılık: p<0, 05.

**Toplam puan normal dağılım gösterdiği için ANOVA testi uygulanmıştır.*

Duygudurum düzenleme güçlüğü anketi puanları; kontrol grubu İLKbaşvuru grubuyla karşılaştırıldığında amaçlar, stratejiler, dürtü, açıklık ve farkındalık alt testleri ve ölçek toplam puanı açısından istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmış olup; sadece kabul etmeme alt testi için istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. ***(Tablo.18b, p<0, 05).***

Kontrol grubu bipolar grupla karşılaştırıldığında dürtü alt ölçeği haricindeki diğer tüm alt ölçeklerde ve ölçek toplam puanında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ***(Tablo.18b, p<0, 05).***

Bipolar grubu ve İLKbaşvuru grubu kendi aralarında ölçek puanları açısından karşılaştırıldığında amaçlar, stratejiler, kabul etmeme, dürtü alt testleri ve ölçekt toplam puanı istatistiksel açıdan farklı bulunmazken; açıklık ve farkındalık alt testleri istatistiksel açıdan anlamlı olarak farklı saptanmıştır ***(Tablo.18b, p<0, 05).***

Tablo.18b. Duygudurum Düzenleme Güçlüğü Anketi Puanlarının Gruplar İçinde Değerlendirilmesi

	İLKbaşvuru Grubu / SK Grubu	**BB (+) Grup / SK Grubu**	**BB (+) Grup / İLKbaşvuru Grubu**
	p		
Amaçlar	**0,000**	**0,000**	1,00
Stratejiler	**0,000**	**0,000**	1,00
Kabul Etmeme	0,156	**0,004**	1,00
Dürtü	**0,001**	0,055	1,00
Açıklık	**0,000**	**0,000**	**0,000**
Farkındalık	**0,000**	**0,000**	**0,000**
Toplam Puan*	**0,000**	**0,005**	1,00

Dunn Testi, istatistiksel anlamlılık: p<0, 05.

**Bonferroni testi, istatistiksel anlamlılık: p<0, 05.*

8.3.6. İntihar Olasılığı Değerlendirme Ölçeği (İOÖ)

Alt ölçek puanları normal dağılım göstermediği için Kruskal Wallis testi ile değerlendirilmiş olup her üç grup karşılaştırıldığında, umutsuzluk, olumsuz kendilik değerlendirmesi, düşmanlık ve intihar düşüncesi alt ölçeklerinde gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmış ve Tablo 19a'da gösterilmiştir.

Toplam puan ise normal dağılım gösterdiği için grupların karşılaştırılması, One way ANOVA testi ile değerlendirildi. Varyanslar homojen dağılmadığı için Brown-Forsythe test sonuçlarına göre ölçekten alınan toplam puan için gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptandı (Brown-Forsythe=19,121; p<0, 001). ***(Tablo.19a, p<0,001).***

Tablo.19a. İntihar Olasılığı Değerlendirme Ölçeği Puanları

	BB (+) Grup (n=33)		**İLKbaşvuru Grubu (n=67)**		**SK Grubu (n=100)**		χ^2	**p**
	Medyan	**IQR**	**Medyan**	**IQR**	**Medyan**	**IQR**		
Umutsuzluk	18	16	12	11	6,5	9	42,138	**0,000**
Olumsuz Kendilik Değerlendirmesi	10	6	10	7	14	6	28,165	**0,000**
Düşmanlık	9	10	7	7	3,5	6	31,336	**0,000**
İntihar Düşüncesi	9	11	4	7	1	3	45,128	**0,000**
	Ort.	**SD**	**Ort.**	**SD**	**Ort.**	**SD**		**p**
Toplam Puan*	47,55	20,31	35,79	14,28	27,69	10,46	19,121	**0,000**

Kruskal Wallis Testi, istatistiksel anlamlılık: p<0, 05.

**Toplam puan gruplar arasında normal dağılım gösterdiği için One-Way ANOVA testi uygulanmıştır.*

İntihar olasılığı ölçeği puanları; kontrol grubu İLKbaşvuru grubuyla karşılaştırıldığında umutsuzluk, düşmanlık, intihar düşüncesi alt testleri ve ölçek toplam puanı için istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmış olup sadece olumsuz kendilik değerlendirmesi alt testi arasında istatistiksel olarak fark saptanmamıştır. ***(Tablo.19b, p<0, 05).***

Kontrol grubu bipolar grupla karşılaştırıldığında tüm alt ölçeklerde ve ölçek toplam puanında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ***(Tablo.19b, p<0, 05).***

Bipolar bozukluk grubu ve İLKbaşvuru grubu kendi aralarında ölçek puanları açısından karşılaştırıldığında umutsuzluk ve düşmanlık alt testleri istatistiksel açıdan farklı bulunmazken; olumsuz kendilik değerlendirmesi, intihar düşüncesi alt testleri ve ölçek toplam puanı istatistiksel açıdan anlamlı olarak farklı saptanmıştır ***(Tablo.19b, p<0, 05).***

Tablo.19b. İntihar Olasılığı Değerlendirme Ölçeği Puanlarının Gruplar Arasında Değerlendirilmesi

İOÖ Puanları	**İLKbaşvuru Grubu / SK Grubu**	**BB (+) Grup / SK Grubu**	**BB (+) Grup / İLKbaşvuru Grubu**
	P		
Umutsuzluk	**0,000**	**0,000**	0,112
Olumsuz Kendilik Değerlendirmesi	1,0	**0,000**	**0,000**
Düşmanlık	**0,000**	**0,000**	0,194
İntihar Düşüncesi	**0,000**	**0,000**	**0,006**
İOÖ Toplam Puan*	**0.001**	**0.000**	**0.000**

Dunn Testi, istatistiksel anlamlılık: p<0, 05.

** Bonferroni Testi, istatistiksel anlamlılık: p<0, 05.*

8.4. DUYGUDURUM BOZUKLUKLARI ÖLÇEĞİ (DBÖ)

Çalışmamızda ergenlerin duygudurum belirtilerini değerlendirmek amacıyla yetişknilerde Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılmış bir öz bildirim ölçeği olan, Duygudurum Bozuklukları Ölçeği (DBÖ) kullanılmıştır.

Duygudurum Bozuklukları Ölçeği'nin toplam ortalama puanı 5,56 (SD; 3,1) idi. Bipolar bozukluğa sahip gençlerin ortalama toplam puanı bipolar bozukluk olmayanlara göre anlamlı derecede daha yüksek olarak saptandı. DBÖ' nün gruplara göre toplam puan dağılımı Tablo.20' de gösterilmiştir.

Tablo.20. Duygudurum Bozuklukları Ölçeği' nin Gruplara Göre Toplam Puan Dağılımı

DBÖ Toplam Puan	**BB (+) Grup (n=33)**		**İLKbaşvuru Grubu (n=67)**		**SK Grubu (n=100)**		χ^2	**p**
	Ort.	**SD**	**Ort.**	**SD**	**Ort.**	**SD**		
	9,0	2,35	5,17	2,57	4,68	2,89	45,03	0,000

Kruskal Wallis Testi, istatistiksel anlamlılık: p<0, 05.

Duygudurum Bozuklukları Ölçeği toplam puanları ikişerli gruplar halinde karşılaştırıldığında hem bipolar bozukluk ve kontrol grubu arasında, hem de bipolar bozukluk ile İLKbaşvuru grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanırken, İLKbaşvuru grubu ve kontrol grubu arasında farklılık saptanmamıştır **(Tablo.21).**

Tablo.21. Duygudurum Bozuklukları Ölçeği Toplam Puanının Gruplar Arasında Karşılaştırılması

DBÖ Toplam Puan	**İLKbaşvuru Grubu / SK Grubu**	**BB (+) Grup / SK Grubu**	**BB (+) Grup / İLKbaşvuru Grubu**
	p		
	1,00	0,000	0,000

Dunn Testi, istatistiksel anlamlılık: p<0, 05.

Duygudurum Bozuklukları Ölçeği' nin 1. Sorusunda yer alan 13 alt maddeye olumlu cevap verme oranları üç grup için karşılaştırıldığında özaygı artışı, insomnia ve hızlı konuşmayı sorgulayan maddeler için gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır, ancak yüksek duygudurum, irritabilite, fikir uçuşması, distraktibilite, enerji artışı, aktivite artışı, sosyal etkinliklerde artış, libido artışı, riskli davranışlar ve aşırı miktarda para harcamayı sorgulayan diğer 10 madde için gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu gözlenmiştir, bu durum Tablo.22' de gösterilmiştir.

Tablo.22. Duygudurum Bozuklukları Ölçeği Maddelerinin Olumlu Cevap Oranları

	BB (+) Grup (n=33)		**İLKbaşvuru Grubu (n=67)**		**SK Grubu (n=100)**		χ^2	**p**
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**		
Yüksek Duygudurum	19	57,6	17	25,4	20	20	17,722	**0,000**
İrritabilite	30	90,9	36	53,7	48	48	19,078	**0,000**
Özsaygı Artışı	26	78,8	34	50,7	65	65	7,951	0,190
İnsomnia	22	66,7	25	37,3	43	43	8,020	0,180
Hızlı Konuşma	23	69,7	33	49,3	39	39	9,500	0,009
Fikir Uçuşması	22	66,7	32	47,8	31	31	14,057	**0,001**
Distraktibilite	26	78,8	48	71,6	45	45	17,918	**0,000**
Enerji Artışı	30	90,9	35	52,2	66	66	14,653	**0,001**
Aktivite	27	81,8	27	40,3	46	46	16,526	**0,000**
Sosyal Etkinlik	17	73,9	17	25,4	22	22	25,080	**0,000**
Libido	12	36,4	11	16,4	11	11	11,337	**0,003**
Riskli Davranışlar	22	66,7	24	35,8	24	24	19,884	**0,000**
Para Harcama	21	63,6	8	11,9	8	8	53,814	**0,000**

Pearson Ki Kare Testi, istatistiksel anlamlılık: p<0, 05.

Duygudurum Bozuklukları Ölçeği' nde her bir soruya olumlu cevap veren olguların ÇDŞG-ŞY-T ile yapılan tanı görüşmesinde bipolar tanısı konulma durumları ki-kare analizleri ile değerlendirildi. Bu veriler Tablo.23' de sunulmuştur.

Tablo.23. ÇDŞG-ŞY-T Ile Değerlendirilen Bütün Bipolar Olgular Içinde DBÖ Ile Pozitif Tanı Konma Durumu

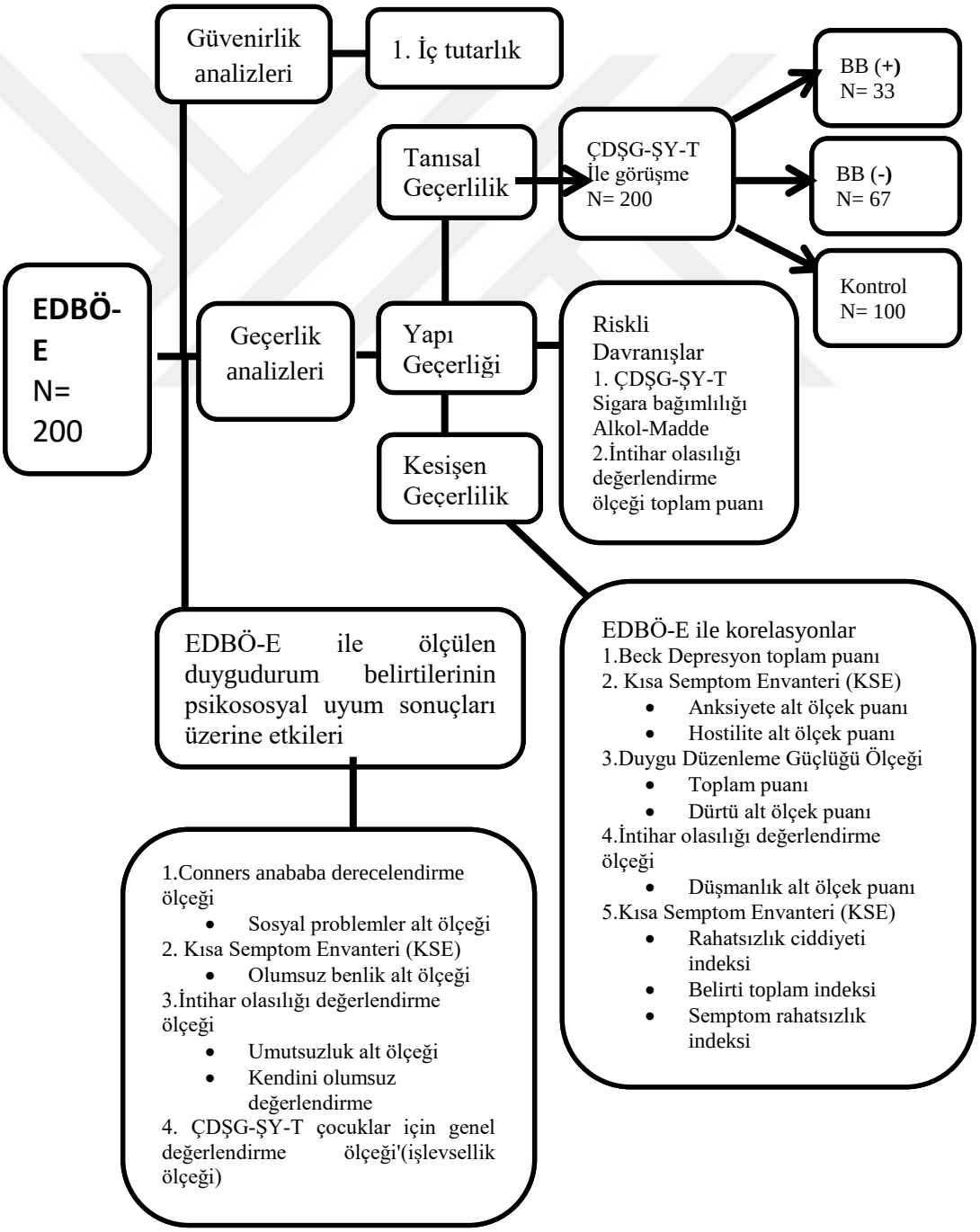
Bipolar Bozukluk (n=33)			**Ki- kare ile elde edilen p değeri**
DBÖ maddeleri	Sayı	%	p
Yüksek Duygudurum	19	33,9	0,000
İrritabilite	30	26,3	0,000
Özsaygı Artışı	26	20,8	0,018
İnsomnia	22	24,4	0,018
Hızlı Konuşma	23	24,2	0,009
Fikir Uçuşması	22	25,9	0,001
Distraktibilite	26	21,8	0,000
Enerji Artışı	30	22,9	0,001
Aktivite	27	27,0	0,000
Sosyal Etkinlik	17	30,4	0,000
Libido	12	35,3	0,003
Riskli Davranışlar	22	31,4	0,000
Para Harcama	21	56,8	0,000
Eşzamanlılık	29	42,6	0,000
İşlevselliğe Etki	21	58,3	0,000

Pearson Ki Kare Testi, istatistiksel anlamlılık: p<0, 05.

8.5. ERGENLER İÇİN DUYGUDURUM BOZUKLUKLARI ÖLÇEĞİ- EBEVEYN FORMU (EDBÖ-E) GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ANALİZLERİ

Çalışmamızda Ergenler İçin Duygudurum Bozuklukları Ölçeği- Ebeveyn Formu (EDBÖ- E) çalışmaya katılmayı kabul eden tüm olguların anne yada babalarından birine çocuklarını değerlendirmeleri amacı ile uygulanmıştır.

Şekil.2. Ergenler İçin Duygudurum Bozuklukları Ölçeği- Ebeveyn Formu' nun Analiz Modeli



Güvenirlik analizleri

Ergenler İçin Duygudurum Bozuklukları Ölçeği- Ebeveyn Formu (EDBÖ- E) iç tutarlılığı tüm ölçek için değerlendirildiğinde Cronbach α katsayısı 0,773 olarak saptandı.

1. Sorunun 13 alt maddesinin iç tutarlılık analizleri ise Tablo 24' te gösterildi.

Tablo.24. 1. Sorunun 13 alt maddesi için Cronbach α Değerleri

	Ort.	**SD**
Yüksek Duygudurum	0,54	0,500
Özgüven Artışı	0,53	0,501
İnsomnia	0,30	0,457
Distraktibilite	0,57	0,497
Para Harcama	0,28	0,450
Alkol, madde kullanımı	0,06	0,238
İrritabilite	0,46	0,500
Fikir Uçuşması	0,25	0,434
Enerji Artışı	0,48	0,501
Etkinlik Artışı	0,43	0,496
Birden Fazla Sevgili	0,07	0,247
Cinsel ilgide artış	0,17	0,372
Riskli Davranışlar	0,36	0,481

Geçerlik Analizleri

Tanısal Geçerlik

ÇDŞG-ŞY-T ile değerlendirilen tanı dağılımı, örneklemin klinik özellikleri alt başlığında sunulmuştur.

ÇDŞG-ŞY-T görüşmesi ile konulan bipolar bozukluk tanısına katkıda bulunan EDBÖ- E sorularının pozitiflik oranları %20,8 ile %76,9 arasında değişmekteydi (En yüksek %76,9 ile birden fazla sevgilisinin olması, %66,7 alkol- madde kullanımı,

%59.5 irritabilite, %57,6 cinsel ilgide artış). EDBÖ- E' de her bir soruya pozitif yanıt veren olguların ÇDŞG-ŞY-T ile bipolar tanısı konulma durumları ki-kare analizleri ile değerlendirildi (***Tablo.25).***

Tablo.25. ÇDŞG-ŞY-T ile Değerlendirilen Bütün Bipolar Olgular (N=33) Içinde EDBÖ- E İle Pozitif Tanı Konma Durumu

K-SADS ile konulan bütün bipolar olgular(n=33) içinde EDBÖ- E ile pozitif tanı konma durumu			**Ki- kare ile elde edilen p değeri**
EDBÖ- E maddeleri	**n**	**%**	**p**
Yüksek Duygudurum	24	22,4	**0,021**
Özgüven Artışı	23	21,9	0,09
İnsomnia	22	37,3	**0,000**
Distraktibilite	29	25,7	**0,000**
Para Harcama	23	41,1	**0,000**
Alkol, madde kullanımı	8	66,7	**0,000**
İrritabilite	26	28,3	**0,000**
Fikir Uçuşması	14	28	**0,018**
Enerji Artışı	20	20,8	**0,008**
Etkinlik Artışı	24	27,9	**0,001**
Birden Fazla Sevgili	10	76,9	0,000*
Cinsel ilgide artış	19	57,6	**0,000**
Riskli Davranışlar	27	37,5	**0,000**
Eşzamanlılık	32	51,6	**0,000**
İşlevselliğe Etki**	26	72,2	**0,000**

Pearson Ki Kare Testi, istatistiksel anlamlılık p<0,05.
**p<0,05 olmasına ragmen bir alt grupta bu soruya cevap verenlerin tamamının negatif olması nedeni ile değerlendirmeye alınmamıştır.*
*** İşlevsellikte bozulma sadece "orta derecede" ve "ciddi" olarak cevaplananlar pozitif kabul edilmiştir.*

Ergenler İçin Duygudurum Bozuklukları- Ebeveyn Formu (EDBÖ- E)' nin 1. Sorusunun 13 alt maddesinin toplam ortalama puanı 6,59 (SD; 2,8) idi. Bipolar bozukluğa sahip gençlerin ortalama toplam puanı bipolar bozukluk olmayanlara göre anlamlı derecede daha yüksek olarak saptandı. Gruplara Göre Toplam Puan Dağılımı Tablo.26' da gösterilmiştir.

Tablo.26. Ergenler İçin Duygudurum Bozuklukları- Ebeveyn Formu (EDBÖ- E)' nin Gruplara Göre Toplam Puan Dağılımı

EDBÖ-E Toplam Puan	**BB (+) Grup (n=33)**		**İLKbaşvuru Grubu (n=67)**		**SK Grubu (n=100)**		χ^2	**p**
	Ort.	**SD**	**Ort.**	**SD**	**Ort.**	**SD**		
	8,15	2,48	4,25	2,56	3,4	2,45	52,49	0,000

Kruskal Wallis Testi, istatistiksel anlamlılık: p<0, 05.

Ergenler İçin Duygudurum Bozuklukları- Ebeveyn Formu (EDBÖ- E)' nin 1. Sorusunun 13 alt maddesinin toplam ortalama puanı ikili gruplar şeklinde birbiri ile karşılaştırıldığında İLKbaşvuru grubu ve kontrol grubu toplam puanları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Bipolar bozukluğu olan hasta grubunun toplam puanları karşılaştırıldığında hem İLKbaşvuru grubuyla hem de sağlıklı kontrol grubuyla istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır, Tablo.27' de bu durum değerlendirilmiştir.

Tablo.27. Ergenler İçin Duygudurum Bozuklukları- Ebeveyn Formu (EDBÖ- E)' nin Toplam Puanının Gruplar Arasında Kıyaslanması

EDBÖ- E Toplam Puan	**İLKbaşvuru Grubu / SK Grubu**	**BB (+) Grup / SK Grubu**	**BB (+) Grup / İLKbaşvuru Grubu**
	p		
	0,241	0,000	0,000

Pearson Ki Kare Testi, istatistiksel anlamlılık: p<0, 05.

1. Sorunun 13 alt maddesinin her bir grupta olumlu cevap verme oranları ve bunların gruplar arasında dağılımı Pearson Ki Kare analizi ile değerlendirildiğinde elde edilen değerlere bakıldığında özgüven artışını sorgulayan 2. Alt madde haricindeki diğer tüm alt maddelerin istatistiksel olarak anlamlı farklı olduğu saptandı ***(Tablo.28, p<0,005).***

Tablo.28. Ergenler İçin Duygudurum Bozuklukları Ölçeği- Ebeveyn Formu Maddelerine Olumlu Cevap Verme Oranları

	BB (+) Grup (n=33)		**İLKbaşvuru Grubu (n=67)**		**SK Grubu (n=100)**		χ^2	**p**
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**		
Yüksek Duygudurum	24	72,7	29	43,3	54	54	7,725	**0,021**
Özgüven Artışı	23	69,7	34	50,7	48	48	4,808	0,090
İnsomnia	22	66,7	17	25,4	20	20	26,807	**0,000**
Distraktibilite	29	87,9	44	65,7	40	40	26,291	**0,000**
Para Harcama	23	69,7	16	23,9	17	17	35,026	**0,000**
Alkol, madde kullanımı	8	24,3	2	3,0	2	2	23,388	**0,000**
İrritabilite	26	78,8	39	58,3	27	27	32,836	**0,000**
Fikir Uçuşması	14	42,4	18	26,9	18	18	8,081	**0,018**
Enerji Artışı	20	60,6	22	32,8	54	54	9,716	**0,008**
Etkinlik Artışı	24	72,7	24	35,8	38	38	14,327	**0,001**
Birden Fazla Sevgili	10	30,3	3	4,4	0	0	38,168	**0,000**
Cinsel ilgide artış	19	57,6	10	14,9	4	4	51,874	**0,000**
Riskli Davranışlar	27	81,8	27	40,3	18	18	44,668	**0,000**

Pearson Ki kare Testi, istatistiksel anlamlılık: p<0, 05.

1. Sorunun 13 alt maddesinin her bir grupta olumlu cevap verme oranları ve bunların gruplar arasında dağılımı ikişerli gruplar şeklinde karşılaştırılmıştır.

İLKbaşvuru grubu ve kontrol grubu arasında distraktibilite, irritabilite, enerji artışı, cinsel ilgide artış ve riskli davranışları sorgulayan maddelere olumlu cevap verme durumu istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterirken, yüksek duygudurum, özgüven artışı, insomnia, para harcama, alkol madde kullanımı, fikir uçuşması,

etkinlik artışı ve birden fazla sevgiliye sahip olma durumlarını sorgulayan maddeler için anlamlı farklılık saptanmamıştır **(Tablo.29)**.

Bipolar bozukluk grubu ve kontrol grubu karşılaştırıldığında yüksek duygudurum ve enerji artışı maddeleri için anlamlı farklılık saptanmazken; özgüven artışı, insomnia, distraktibilite, para harcama, alkol madde kullanımı, irritabilite, fikir uçuşması, etkinlik artışı, birden fazla sevgiliye sahip olma, cinsel ilgide artış ve riskli davranışları sorgulayan maddeler için iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir **(Tablo.29).**

Bipolar bozukluk grubu ve İLKbaşvuru grubu EDBÖ- E'nin 1. Sorusunda yer alan 13 maddeye olumlu cevap verme açısından karşılaştırıldığında ise; yüksek duygudurum, insomnia, distraktibilite, para harcama, alkol madde kullanımı, irritabilite, enerji artışı, etkinlik artışı, birden fazla sevgiliye sahip olma, cinsel ilgide artış ve riskli davranışları sorgulayan maddeler açısından anlamlı farklılık saptanmış olup, özgüven artışı ve fikir uçuşmasını sorgulayan maddeler açısından istatistiksel anlamlılık saptanmamıştır **(Tablo.29).**

Tablo.29. Ergenler İçin Duygudurum Bozuklukları Ölçeği- Ebeveyn Formu Maddelerinin Gruplar Arasında Karşılaştırılması

	İLKbaşvuru Grubu / SK Grubu		**BB (+) Grup / SK Grubu**		**BB (+) Grup / İLKbaşvuru Grubu**	
	χ^2	**p**	χ^2	**p**	χ^2	**p**
Yüksek Duygudurum	1,843	0,175	3,588	0,058	7,695	**0,006**
Özgüven Artışı	0,121	0,728	4,694	**0,030**	3,240	0,072
İnsomnia	0,672	0,412	25,009	**0,000**	15,847	**0,000**
Distraktibilite	10,576	**0,001**	22,784	**0,000**	5,532	**0,019**
Para Harcama	1,198	0,274	32,764	**0,000**	19,509	**0,000**
Alkol, madde kullanımı	0,167	1,00**	17,763	**0,000**	11,101	**0,001**
İrritabilite	16,349	**0,000**	27,762	**0,000**	4,116	**0,042**
Fikir Uçuşması	1,865	0,172	8,101	**0,004**	2,460	0,117
Enerji Artışı	7,247	**0,007**	0,439	0,508	7,00	**0,008**
Etkinlik Artışı	0,082	0,775	12,024	**0,001**	12,066	**0,001**
Birden Fazla Sevgili	4,560	0,063**	32,767	**0,000**	13,038	**0,000**
Cinsel ilgide artış	6,235	**0,013**	49,795	**0,000**	19,533	**0,000**
Riskli Davranışlar	10,134	**0,001**	45,140	**0,000**	15,344	**0,000**

Pearson Ki kare Testi, istatistiksel anlamlılık: p<0, 05.
*** Fisher's Exact Test uygulanmıştır.*

Ergenler İçin Duygudurum Bozuklukları Ölçeği- Ebeveyn Formu (EDBÖ-E)' nin özgün versiyonunun geçerlik çalışmasında da uygulandığı gibi ölçek sonunda yer alan, duygudurum semptomlarının aynı anda bir arada bulunması "evet" ve hastalığın yaşam üzerinde olumsuz etkisi, işlevselliğin etkilenmesine "orta düzeyde" yada "ileri derecede" cevaplarını vermek koşuluyla 13 alt maddeden oluşan 1.soru için teorik kesme puanları ROC analizi ile değerlendirildi. ROC analizine ait duyarlılık, 1-özgüllük, özgüllük ve olabilirlik oranı değerleri Tablo 21'de gösterilmiştir.

Tablo.30. ROC Analizine Ait Duyarlılık, 1-Özgüllük, Özgüllük Ve Olabilirlik Oranı Değerleri

	Duyarlılık	**Özgüllük**	**1-Özgüllük**	**Olabilirlik Oranı**
1	0,72	0,51	0,49	1,45
2	0,69	0,51	0,49	1,41
3	0,66	0,77	0,22	3,0
4	0,87	0,49	0,50	1,74
5	0,69	0,80	0,19	3,51
6	0,24	0,97	0,02	10,08
7	0,78	0,60	0,39	1,98
8	0,42	0,78	0,21	1,96
9	0,60	0,54	0,45	1,32
10	0,72	0,62	0,37	1,95
11	0,30	0,98	0,01	16,8
12	0,57	0,91	0,08	6,84
13	0,81	0,73	0,27	3,02

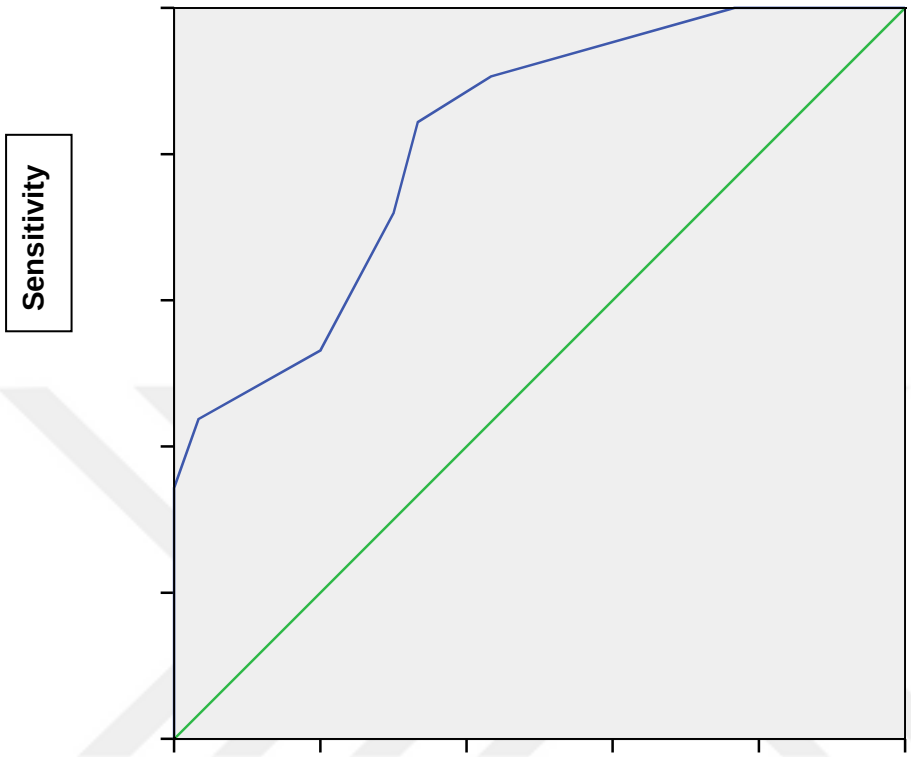
Ölçeğin altın standart kabul edilen klinik değerlendirme ÇDŞG-ŞY-T ile doğrulanan tanılarının doğrulanmayanlarına oranı (olabilirlik oranları) hesaplandığında: 5, 6, 7, 8 kesim puanları için sırasıyla 1, 66; 2, 53; 2, 39; 2, 65 bulundu. EDBÖ- E' de bipolar bozukluklar için hesaplanan kesme puanı 5 alındığında duyarlılığı %90,6 seçiciliği %56,7; kesme puanı 6 olarak alındığında duyarlılığı %84,4 seçiciliği %66,7; kesme puanı 7 alındığında duyarlılığı %71,9 seçiciliği %70 olarak bulundu **(*Tablo.31).***

Tablo.31. Ergenler İçin Duygudurum Bozuklukları Ölçeği- Ebeveyn Formu Kesme Puanlarının Değerlendirilmesi

Bipolar Olgular (n=33)				
Kesim Puanı	**Duyarlılık (%)**	**Özgüllük (%)**	**(+) Yordama Gücü**	**(-) Negatif Yordama Gücü**
4	100	23,3	56,4	100
5	90,6	56,7	66,7	85,0
6	84,4	66,7	70,3	80,0
7	71,9	70,0	68,8	70,0
8	53,1	80,0	69,6	61,5

Optimum kesme noktası olarak 6 alındığında elde edilen ROC eğrisi ve eğrinin altında kalan alan, standart hata ile güven aralığı değerleri Şekil 3'te sunulmaktadır (Eğri Altında Kalan Alan: 0.821; %95 Güven Aralığı: 0.719-0.922).

Şekil.3. Roc Eğrisi ve Değerleri



Kesme Puanı 6 Olarak Alındığında Roc Analizi Değerleri

1. Soru 13 Maddeden Alınan Puan	Eğri Altında Kalan Alan	Standart Hata	p	%95 Güven Aralığı	
	0,821	0,052	0,000	0,719	0,922

Yapı geçerliği

Riskli Davranışlar

Örneklemin sigara bağımlılığı ve EDBÖ-E toplam puanı ilişkisi değerlendirildiğinde, EDBÖ-E toplam puanıyla sigara bağımlılığı tanısı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ***(Tablo.32, p<0, 05).***

Tablo.32.EDBÖ-E Toplam Puanı İle Sigara Bağımlılığı Arasındaki İlişkinin Saptanması

Sigara Bağımlılığı	**EDBÖ-E toplam puan**	
	u	**p**
	1300	0,000

Mann-Whitney U Testi, istatistiksel anlamlılık p<0,05.

Örneklemin Alkol- Madde Bağımlılığı ve EDBÖ-E toplam puanı ilişkisi değerlendirildiğinde, EDBÖ-E toplam puanıyla Alkol- Madde Bağımlılığı tanısı arasında istatistiksel açıdan anlamlı herhangi bir ilişki saptanmamıştır ***(Tablo.33, p<0, 05).***

Tablo.33. EDBÖ-E Toplam Puanı İle* Alkol ve Madde Bağımlılığı *Arasındaki İlişkinin Saptanması

Alkol ve Madde Bağımlılığı	**EDBÖ-E toplam puan**	
	u	**p**
	3200	0,09

Mann-Whitney U Testi, istatistiksel anlamlılık p<0,05.

Tüm örneklemin EDBÖ-E toplam puanı, intihar olasılığı ölçeği toplam puanı ile (r=.340, p=0.000) pozitif yönde ilişkili bulunmuştur ***(Tablo.34, p<0, 05).***

Tablo.34. EDBÖ-E Toplam Puanı İle İntihar Olasılığı Ölçeği Toplam Puanı Arasındaki İlişkinin Saptanması

İOÖ toplam puan	EDBÖ-E toplam puan	
	Korelasyon Katsayısı	**p**
	.340	0,000

Spearman Korelasyon analizi, istatistiksel anlamlılık p<0,05.

Kesişen Geçerlik

Ergenler için Duygudurum Bozuklukları Ölçeği- Ebeveyn Formu (EDBÖ- E) ile Uygulanan Diğer Ölçeklerin Korelasyonları

Tüm örneklem grubunun EDBÖ-E toplam puanı, Beck depresyon envanteri toplam puanı ile (r=.415, p=0.000) pozitif yönde ilişkili bulunmuştur. Buna göre duygudurum bozukluğu belirtileri şiddeti arttıkça depresif yakınmalar da artış göstermektedir.

EDBÖ-E toplam puanı kısa semptom envanterinin anksiyete alt ölçek puanı ile (r=.360, p=0.000) pozitif yönde ilişkili bulunmuştur. Buna göre duygudurum bozukluğu belirtleri arttıkça anksiyete semptomları da artış göstermektedir.

EDBÖ-E toplam puanı Kısa Semptom Envanteri Hostilite alt ölçek puanı ile (r=.423, p=0.000) pozitif yönde ilişkili bulunmuştur. Bu sonuca göre duygudurum belirtilerinin artışı ile algılanan düşmanlık duygularıda artış göstermektedir.

EDBÖ-E toplam puanı Duygudurum Düzenleme Güçlüğü Anketi toplam puanı ile (r=.378, p=0.000) pozitif yönde ilişkili bulunmuştur. Duygudurum bozukluğu belirtilerinin artışı aynı zamanda duygudurumu düzenlemekle ilgili güçlüklerle birlikte seyretmektedir.

EDBÖ-E toplam puanı Duygudurum Düzenleme Güçlüğü Anketi dürtü alt ölçek puanı ile (r=.251, p=0.000) pozitif yönde ilişkili bulunmuştur. Buna göre duygudurum bozukluğu belirtilerinin arttıkça dürtü denetlemede güçlükler de ortaya çıkmaktadır.

EDBÖ-E toplam puanı İntihar Olasılığı Değerlendirme Ölçeği düşmanlık alt ölçeği puanı ile (r=.207, p=0.003) pozitif yönde ilişkili bulunmuştur. Buna göre tıpkı kısa semptom envanteri hostilite alt ölçeğinde olduğu gibi duygudurum bozukluğu belirtilerinin artışı düşmanlık algısı ile ilişkili bulunmuştur.

EDBÖ-E toplam puanı Kısa Semptom Envanteri rahatsızlık ciddiyeti indeksi

ile (r=.252, p=0.000) pozitif yönde ilişkili bulunmuştur. Bu sonuca göre duygudurum bozukluğu belirtileri arttıkça rahatsızlığın ciddiyeti de artmaktadır.

EDBÖ-E toplam puanı Kısa Semptom Envanteri belirti toplamı indeksi puanı ile (r=.403, p=0.000) pozitif yönde ilişkili bulunmuştur. Buna göre duygudurum belirtilerinin artışı kısa semptom envanterindeki belirtilerin de artmasına sebep olmaktadır.

EDBÖ-E toplam puanı Kısa Semptom Envanteri semptom rahatsızlık indeksi puanı ile (r=.427, p=0.145) ilişkili bulunmamıştır.

Bu korelasyonlara ilişkin bulgular Tablo.35' te sunulmuştur.

Tablo.35. Tüm Örneklemin EDBÖ-E toplam puanı, Beck toplam puanı, Kısa Semptom Envanteri(KSE) Anksiyete ve Hostilite alt ölçek puanları, Duygudurum Düzenleme Güçlüğü Ölçeği (DDGÖ) toplam puanı, dürtü alt ölçek puanı, İntihar Olasılığı Değerlendirme Ölçeği düşmanlık alt ölçeği puanı, Kısa Semptom Envanteri rahatsızlık ciddiyeti indeksi, belirti toplamı indeksi ve semptom rahatsızlık indeksi puanları arasındaki ilişkilere ait korelasyon katsayıları

	EDBÖ-E toplam puan	
	Korelasyon Katsayısı	**p**
BECK Toplam Puan	.415	0,000
KSE Anksiyete	.360	0,000
KSE Hostilite	.423	0,000
DDGÖ Toplam Puan	.378	0,000
DDGÖ Dürtü	.251	0,000
İOÖ Düşmanlık	.207	0,003
KSE Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	.252	0,000
KSE Belirti Toplamı İndeksi	.403	0,000
KSE Semptom Rahatsızlık İndeksi	.427	0,145

Spearman Korelasyon analizi, istatistiksel anlamlılık p<0,05.

Ergenler için Duygudurum Bozuklukları Ölçeği- Ebeveyn Formu(EDBÖ-E) İle Ölçülen Duygudurum Belirtilerinin Gencin Psikososyal Uyum Sonuçları Üzerine Etkilerinin Değerlendirilmesi

Örneklemimizde EDBÖ-E toplam puanı, Conners Ebeveyn Ölçeği sosyal problemler alt ölçek puanı ile (r=.438, p=0.000) pozitif yönde ilişkili bulunmuştur.

Buna göre duygudurum belirtilerinin artışı ile sosyal problemlerin artışı arasında ilişki olduğu söylenebilir.

EDBÖ-E toplam puanı Kısa Semptom Envanteri olumsuz benlik alt ölçek puanı ile (r=.356, p=0.000) pozitif yönde ilişkili bulunmuştur. Buna göre duygudurum belirtileri şiddetlendikçe kişinin benliğine ilişkin olumsuz duygulanım artmaktadır.

EDBÖ-E toplam puanı İntihar Olasılığı Ölçeği umutsuzluk alt ölçek puanı ile (r=.333, p=0.000) pozitif yönde ilişkili bulunmuştur. Buna göre duygudurum belirtileri arttıkça gencin algıladığı umutsuzluk artmaktadır.

EDBÖ-E toplam puanı İntihar Olasılığı Ölçeği kendini olumsuz değerlendirme alt ölçek puanı ile (r=-.181, p=0.010) negatif yönde ilişkili bulunmuştur. Buna göre kendini olumsuz değerlendirme duygudurum belirtilerinin artışı ile ilişkilidir.

EDBÖ-E toplam puanı Çocuklar İçin Genel Değerlendirme Ölçeği puanı ile (r=-.413, p=0.000) negatif yönde ilişkili bulunmuştur. Duygudurum belirtilerinin şiddeti arttıkça yaşam kalitesi ve işlevselliğin olumsuz olarak etkilendiği söylenebilir.

Tablo.36. Tüm Örneklem için EDBÖ-E toplam puanı, Conners Ebeveyn Ölçeği sosyal problemler alt ölçeği, Kısa Semptom Envanteri olumsuz benlik alt ölçeği, İntihar Olasılığı Ölçeği umutsuzluk ve kendini olumsuz değerlendirme alt ölçeği ve Çocuklar İçin Genel Değerlendirme Ölçeği puanları arasındaki ilişkilere ait korelasyon katsayıları

	EDBÖ-E toplam puanı	
	Korelasyon Katsayısı	**p**
Conners Ebeveyn Ölçeği sosyal problemler	.438	0,000
KSE olumsuz benlik	.356	0,000
İOÖ umutsuzluk	.333	0,000
İOÖ kendini olumsuz değerlendirme	-.181	0,010
Çocuklar İçin Genel Değerlendirme Ölçeği	-.413	0,000

Spearman Korelasyon analizi, istatistiksel anlamlılık p<0,05.

9. TARTIŞMA

Tartışmada öncelikle; bipolar grubu, İLK başvuru grubu ve sağlıklı kontrol grubunun tanımlayıcı ve klinik özellikleri değerlendirilmiştir. Grupların tanı dağılımları incelenerek literatür ışığında tartışılmıştır.

İkinci olarak; Conners Anababa Derecelendirme Ölçeği- Yenilenmiş Uzun Formu, Conners Wells Ergen Özbildirim Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Kısa Semptom Envanteri, Duygudurum Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, İntihar Olasılığı Ölçeği ve Duygudurum Bozuklukları Ölçeği bulguları tartışılmıştır.

Son olarak, bu ölçeği seçme nedenlerimiz açıklanmış ve Ergenler İçin Duygudurum Bozuklukları- Ebeveyn Formu Türkçe sürümünün güvenirlik ve geçerliliği analiz edilmiştir.

9.1. Sosyodemografik Özellikler

Araştırma kapsamına 12-18 yaş arası toplam 200 ergen dahil edilmiştir ve yaş ortalamaları 15, 82 (SD:1, 48), median değer 16 yaş olarak bulunmuştur. Olguların yaş ortalaması İLKbaşvuru grubunda 15, 83 (SD: 1, 64), bipolar bozukluk tanılı grupta 16, 09 (SD: 1, 35), kontrol grubunda 15, 72 (SD: 1, 40) yaş olup istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Wagner (2006) tarafından yapılan araştırmada 12-17 yaş arası ergenler çalışmaya dahil edilmiş ve yaş ortalaması 14,5 (SD: 1,6) yaş olarak bulunmuştur (79). Miguez' in yaptığı çalışmada ise 13-18 yaş arası gençler çalışmaya dahil edilmiş olup, median yaş 16 olarak saptanmıştır (110).

Bizim çalışma grubumuzun yaş ortalaması Miguez (2013) çalışmasında olduğu gibi 18 yaş grubunun da dahil edilmesiyle açıklanabilir. Bipolar bozukluk tanısı çoğunlukla gecikmektedir (111). Bu yüzden klinikte bipolar bozukluk olarak takip edilen hastaların başvuru yaşıyla tanı alması arasında geçen sürenin eklenmesi nedeniyle bipolar grubunun yaş ortalamasının yüksek olması tüm grubun yaş ortalamasını yükseltmiş olabileceği düşünülmektedir.

Bizim çalışma grubumuzun cinsiyet dağılımı incelendiğinde %45,5'inin erkek, %54,5'inin kız olduğu görülmektedir. Wagner tarafından ölçeğin geçerliliğin yapıldığı çalışmada da çocukların %46,2' si erkektir (79). Yine Miguez'ın Cenova'

da yaşayan 13-18 yaş arası gençleri ele aldığı çalışmasında, olguların %48,7' sinin erkek olduğu bildirilmiştir (110).

Ancak örneklemimizde, İLKbaşvuru grubunda %43,3' ünün, bipolar grubunda %18, 2' sinin, sağlıklı kontrol grubunda ise %56'sının erkek olması nedeniyle gruplar arasındaki cinsiyet dağılımı anlamlı farklılık göstermiştir. Literatür cinsiyet dağılımı açısından incelendiğinde çocuk ve ergen psikiyatrisi kliniklerine başvuran hastalarda yoğunluklu olarak erkek cinsiyetin fazla olduğu gözlenmiştir (112), ancak 2003 yılında Rutter ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada özellikle gelişimsel bozuklukların daha sık gözlendiği erken çocukluk yaşlarında erkek cinsiyetin, ergenlikte başlayan duygudurum bozukluklarının ise kız cinsiyetin daha fazla gözlendiği belirtilmiştir (113). Cinsiyet dağılımı BB açısında incelendiğinde kız-erkek cinsiyet oranlarının birbirine yakın olmakla bereber erkek cinsiyetin daha fazla görüldüğü gözlenmiştir. İspanya'da bir çocuk ve ergen psikiyatrisi poliklinik dosyalarının 6 yıllık geriye dönük olarak taranması sonucu BB tanısı alan 38 olgunun 30 (79%)'u erkek iken (114) yine benzer bir şekilde, İspanyada bir üniversite hastanesine 6 yıl içinde yatan 5-19 yaş arası BB tanılı erkek çocuk ve ergenlerin oranı %79 olarak saptanmıştır (115). Bununla birlikte, BB'nin çocuk ve ergenlerde her iki cinsiyette eşit oranda görülebileceği, ancak erkeklerde daha çok mani, kızlarda daha çok depresyon ile ortaya çıkabileceği belirtilmiştir (Wozniak et al., 2013; Youngstrom, Birmaher, & Findling, 2008).

Örneklemin eğitim durumu incelendiğinde eğitim alıyor olma ve olmama durumlarına göre, her üç grupta da okula gidenlerin oranı belirgin olarak daha yüksektir, kliniğe ilk kez başvuran grubun tamamı okula devam ettiği için istatistiksel anlamlılık değerlendirilememiştir. Bipolar grubunun %12,1' inin, kontrol grubunun ise %2' sinin okula devam etmediği saptanmıştır. Miguez' in yaptığı çalışmada okula devam etmeyenlerin oranı %7,9 olarak saptanmış olup bu oran bizim çalışmamızdaki klinik gruptan daha düşük çıkmıştır (110).

Hem anneler hem de babalar için; bipolar grup, İLKbaşvuru grubu ve kontrol grubunun eğitim düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Ancak gruplar arasında değerlendirildiğinde bipolar grubunun hem anne hem baba eğitim düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte diğer

gruplara oranla biraz daha yüksek bulunmuştur. Literatürde bipolar bozukluklu çocukların ailelerinin eğitim düzeyiyle ilgili çelişkili bulgular mevcut olup yüksek anne- baba eğitim düzeyinin çocuklarda bipolar riskini arttırdığına ilişkin bulgular (Tsuchıya, Agerbo, Byrne, & Mortensen, 2004) olduğu gibi eğitim düzeyinin anlamlı farklılık göstermediği gibi bulgulara da rastlanmaktadır (117).

Annede ve babada psikiyatrik hastalık açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmıştır. Özellikle bipolar grubunun anne-babalarında yüksek oranda (Bipolar grupta annede %33,3; babada %24,2) psikopatoloji saptanmıştır. Literatürde yapılan BB ile ilgili yapılan aile çalışmaları yoğunluklu olarak bipolar bozukluklu ebeveynlerin çocuklarını değerlendirmiş olsa da bu çalışmalardan çıkan sonuçlar bizim çalışmamızda elde ettiğimiz bu sonuçlarla uyumludur (20) (118). Pediatrik bipolar bozukluğu olanların birinci derece akrabalarında BB görülme oranı %12-35 arasında değişmektedir (Wozniak et al., 2010). Bipolar bozukluk tanılı olguların birinci derece yakınlarında hastalanma riski toplumdakinin on katı kadardır. Bipolar bozuklukta ailesel aktarım kadın probandlarda (ailedeki ilk hasta) erkeklere göre iki kat fazla iken, hastalığın aktarıldığı çocuklar arasında cinsiyet farkı bulunmamaktadır (120).

Babalarda sigara ve alkol kullanım sıklıkları açısından üç grup incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamış olmakla birlikte bipolar bozukluk grubunda babaların %15,2’ sinin düzenli olarak alkol tükettiği bulgusu dikkat çekmektedir. Yapılan çalışmalarda ergen başlangıçlı bipolar bozukluk olgularının birinci dereceden biyolojik yakınlarında alkol/madde kullanım bozukluğu anlamlı olarak yüksek oranda bulunmuştur (121)(122). Çocuk BB-I probandlarında ve bunların akrabalarında madde kullanım bozukluklarının fazla olduğu başka çalışmalarda da gösterilmiştir (123,124). Çalışma sonuçlarımız özellikle bipolar bozukluk grubunun babalarında bu bulguyu desteklemektedir.

Aile yapısının çekirdek aile veya geniş aile olması ya da parçalanmış aile gibi aile özellikleri açısından gruplar açısından anlamlı farklılık saptanmıştır. Bipolar grubunun aile özellikleri incelendiğinde parçalanmış aile özelliğinin yüksek yoğunluğu dikkat çekicidir. Bozulmuş aile yapısının (ebeveynlerden birinin ölümü, boşanma ya da ayrılık durumu) ergenin ruhsal sağlığı üzerinde bozucu bir etki

yarattığı gösterilmiştir (125). Literatürde parçalanmış aile özelliğinin BB da yüksek risk ile ilgili olduğunu gösteren kısıtlı sayıda çalışma vardır (126).

Kardeşte psikiyatrik hastalık varlığı açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Literatüre bakıldığında bipolar bozuklukta kardeşlerde de yüksek oranda psikopatoloji varlığı göze çarpmaktadır. BB'de kardeşler için görece riskin 8-9 kat attığını bildiren çalışmalar bulunmaktadır (127). BB olan bireylerin birinci derece akrabalarında (anne,baba,kardeş) hastalanma oranının %5-10 civarında olduğu bildirilmiştir (128). 2016 yılında Türkiye' de BB olan hastalarda aile öyküsünün araştırıldığı küçük örneklemli bir çalışmada kardeşlerde BB oranı %49,2 olarak bulunmuştur (129). Çalışmamızda elde edilen bu bulgunun literatür ile uyumlu olmaması, bu bilgilerin bir psikiyatrist tarafından tanı konularak saptanmış olmayıp sadece aileden alınan öyküye dayanılarak elde edilmiş olmasından kaynaklanmış olabilir.

Soygeçmiş özellikleri değerlendirildiğinde, çalışmamızda üç grup arasında akrabalarda psikiyatrik hastalık açısından anlamlı farklılık saptanmıştır. Özellikle bipolar grubunda aile öyküsünün %24,2 gibi oldukça yüksek oranda pozitif olduğu görülmüştür. Literatürde; BB'li olguların akrabalarında psikoz, majör depresyon, çoklu anksiyete bozuklukları, madde kullanım bozuklukları, DEHB ve antisosyal bozuklukların oranı yüksek bulunmuştur (119). Ergen başlangıçlı bipolar bozukluklu olguların birinci dereceden biyolojik yakınlarında erişkin başlangıçlılara oranla daha yüksek oranda BB bulunduğu saptanmıştır (130). Aile öyküsü olan hastaların daha erken yaşta BB'ye yakalandıkları, daha sık nöbet geçirdikleri, daha fazla hastaneye yatış oranlarının bulunduğu; ayrıca daha fazla deprese, anksiyöz ve irritabl oldukları ve ailesel yüklenmesi olan hastaların bilişsel işlevlerinde daha fazla bozulma görüldüğü ve intihar girişiminin daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Ayrıca aile öyküsü hızlı döngülülük ile de ilişkilendirilmiştir (131). Bipolar bozukluğa sahip bireylerin akrabalarında kontrol grubuyla karşılaştırıldığında yaşam boyu duygudurum bozuklukları ve madde kullanım bozukluklarının daha fazla olduğu gözlenmiştir (132). Bu durumun yazında da daha önce vurgulandığı gibi yüksek genetik geçişle ilgili olabileceği düşünülmüştür.

Gruplar arasında travma maruziyeti durumu açısından değerlendirme

yapıldığında bipolar grubu, İLKbaşvuru grubu ve kontrol grubu arasında, istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Bipolar grubunda travma maruziyetinin %42,4 oranında olması oldukça dikkat çekicidir. Literatür bipolar bozuklukta travma maruziyeti açısından incelendiğinde çalışmamızda elde ettiğimiz bu bulgunun yazınla oldukça uyumlu olduğu görülmüştür. Yetişkinlerde yapılan bir çalışmaya göre travmaya maruz kalma BB ile ilişkili ve BB'li hastalarda eş tanı olarak PTSB sıklığı klinik olarak anlamlı gözükmektedir (133). Travmaya maruz kalmış yetişkin yaş bir Afro-Amerikan grubunda Duygudurum Bozuklukları Ölçeği kullanılarak BB taraması yapıldığında ölçeğin duyarlılığı %61,9 ve özgüllüğü %69 olarak saptanmıştır (134). Olumsuz olaylara maruz kalma pediatrik bipolar hastalar arasında yaygın olabilir ve prognoz üzerinde olumsuz bir etkisi vardır (135).

Leverich and Post (2006) yayınladıkları iki çalışmada çocukluk çağı travmalarından sonra başlayan bipolar bozukluğun gidişiyle ilgili olarak travma öyküsü olanların sonraki dönemde manik veya depresif episotların olduğunu, bu hastalarda travma öyküsü olmayanlara göre intihar girişimlerinin, hızlı döngülülüğün, tıbbi ve psikiyatrik sorunların daha fazla olduğunu bildirmişlerdir (136).

9.2. Çocuk ve Ergenler İçin Duygudurum Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi ile Değerlendirilen Klinik Özelliklerin Tartışılması

Bipolar grupta bulunan 33 hastanın %66,3' ü (n=22) bipolar bozukluk Tip 1, %15,1 'i (n=5) bipolar bozukluk Tip-2 ve %18,1'i (n=6) bipolar bozukluk- başka türlü adlandırılamayan (BTA) olarak saptandı. Ölçeğin orjinalinin geçerliliğinin saptandığı çalışmada 41 hastanın 33'ü BB-1, 1'i BB-2, 6'sı BB-BTA ve 1'i siklotimi olarak saptanmıştır (79). Miguez'in yapmış olduğu çalışmada ise değerlendirilen 76 hastanın 8 tanesinde BB olduğu ve bunların 4'ünün BB-1, 1'inin BB-2, 1'inin BB-BTA, 2'sinin ise siklotimi olduğu belirtilmiştir (110). Bipolar grubu kendi içinde değerlendirildiğinde eşlik eden tanılar; %48,5 dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) ve sigara bağımlılığı, %36,4 basit fobi, %21,2 yaygın anksiyete bozukluğu, %21,2 ayrılık anksiyetesi bozukluğu, %12,1 karşı olma karşı gelme bozukluğu (KOKGB), %12,1 post travmatik stres bozukluğu, %12,2 davranım bozukluğu, %9,1 obsesif kompulsif bozukluk, %9,1 panik bozukluk, %9, 1 alkol ve madde bağımlılığı, %6,1 sosyal fobi, %1,5 yeme bozukluğu, %3, 0 tik bozukluğu

olarak saptandı. Wagner'in ölçeğin orjinalini geliştirdiği çalışmada değerlendirmeye alınan 104 ergenden 41 tanesinde BB saptanmış olup eşlik eden tanıları sırayla %41,5 DEHB, %7,3 karşı olma karşı gelme bozukluğu, %7,3 panik bozukluk ve %2,4 oranında post travmatik stres bozukluğu olarak değerlendirilmiştir (79).

İLKbaşvuru grubunda tanı dağılımına bakıldığında, %50,7 major depresif bozukluk, %35,8 dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB), %23,9 yaygın anksiyete bozukluğu, %22,4 sosyal fobi, %22,4 sigara bağımlılığı, %17,9 ayrılık anksiyetesi bozukluğu, %14,9 basit fobi, %9 panik bozukluk, %7,5 karşı olma karşı gelme bozukluğu (KOKGB), %4,5 psikotik bozukluk, %3 post travmatik stress bozukluğu, %3 obsesif kompulsif bozukluk, %3 alkol ve madde bağımlılığı, %1,5 davranım bozukluğu, %1,5 yeme bozukluğu, %1,5 tik bozukluğu saptanmıştır. Birden fazla tanıya sahip gençlerin sayısı ise 45 (%67,1). Wagner' in yaptığı orjinal çalışmada tanı dağılımına bakıldığında bipolar bozukluğu olmayan gençlerin %36.5'inde major depresif bozukluk, %10.5'inde DEHB ve %13.4'ünde diğer bozuklukların (distimi, uyum bozuklukları, şizofreni, davranım bozukluğu, post travmatik stress bozukluğu, ayrılık anksiyetesi bozukluğu ve alkol kötüye kullanımı) eşlik ettiği görülmektedir (79). Genel tanı dağılımına bakıldığında bizim çalışmamızda saptanan tanıların orjinal çalışmayla uyumlu olduğu söylenebilir. ÇDŞG-ŞY-T uygulandığında tanı almayan olgu sayısı toplamda 5 (%7.4) kişi olarak bulundu. Bu gençlerin tanı almamakla birlikte, kliniğe yardım arayışıyla başvurmuş olmaları; gelişimsel dönem sorunları, psikosoyal sorunların gencin başetme becerilerini aşması veya eşik altı düzeyde psikopatolojiye sahip olmakla ilgili olabilir.

9.3. Ölçek Bulgularının Tartışılması

Conners Anababa Derecelendirme Ölçeği bulguları için, bipolar grubun İLKbaşvuru grubuyla alt ölçekler açısından kıyaslaması yapıldığında sadece kaygı-utangaçlık alt ölçeği istatistiksel olarak anlamlı saptanmadı. CADÖ-Y/U'nun Türkçe geçerlik-güvenirlik çalışmasında belirtilmiş olan ''Kaygı-Utangaçlık, Mükemmelliyetçilik ve Psikosomatik alt testleri dışında tüm alt ölçeklerin, DEHB olan çocukları DEHB olmayan çocuklardan beklenen yönde ayırt ettiği'' sonucu (93) ile her iki grupta da DEHB tanısının yüksek olmasından dolayı benzer yönde olduğu sonucu çıkarıldı.

CADÖ-Y/U'nun diğer bütün alt ölçek puanları gruplar arasında birbirleri ile kıyaslandığında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olduğu belirlendi. Bu sonucun kontrol grubunda saptanan DEHB olgusunun olmaması, İLKbaşvuru grubunda DEHB oranının yüksek olması ve bipolar grubunda saptanan belirgin DEHB eş tanısının neden olabileceği düşünüldü.

Conners- Wells Ergen Özbildirim Ölçeği bulguları için; İLKbaşvuru grubu, kontrol grubu ile alt ölçekler açısından karşılaştırıldığında duygusal problemler, bilişsel problem- dikkatsizlik, öfke kontrolü alt ölçekleri istatistiksel açıdan anlamlı farklılık gösterirken, aile problemleri, davranım problemleri ve hiperaktivite alt ölçek puanları istatistiksel olarak anlamlı saptanmadı. Aile problemleri, davranım problemleri ve hiperaktivite puanları arasında anlamlı fark olmamasının çalışmanın yapıldığı yaş grubunda sağlıklı gelişim gösteren kontrol grubunun da gelişimsel dönem özelliği olarak aile çatışmaları, davranım problemleri yaşamaları ve bu dönemde haraketli olmalarıyla ilgili olabileceği düşünülmüştür.

Bipolar grup kontrol grubu ile karşılaştırıldığında bütün alt ölçekler açısından istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olduğu saptandı. Bipolar grubun belirgin patolojiye ve yüksek oranda eştanılara sahip olmasından dolayı bütün alt ölçeklerde sağlıklı kontrol gurubundan ayrıştığı düşünülmüştür.

Bipolar grup ile İLKbaşvuru grubu Conners- Wells Ergen Özbildirim Ölçeği alt ölçek puanları açısından karşılaştırıldığında ise, duygusal problemler ve hiperaktivite alt ölçekleri haricindeki tüm alt ölçekler arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olduğu belirlendi. Hiperaktivite alt ölçeğinin farklılık göstermemiş olması her iki grupta da DEHB tanısının yüksek olması ile ilişkili olabileceği, duygusal problemler anlamında fark oluşmamasının ise İLKbaşvuru grubunda yüksek oranda saptanan major depresyon tanısına bağlı olabileceği sonucu çıkarıldı.

Elde edilen bu sonuçlara bakıldığında Conners Anababa Derecelendirme Ölçeği-Yenilenmiş Uzun Formu sonuçlarında olduğundan farklı sonuçlar elde edilmiş olması ergenler ve ebeveyn değerlendirmeleri arasındaki zayıf korelasyonla ilşkili olabilir (137).

Örneklemimizin Beck Depresyon Ölçeği toplam puanı incelendiğinde; İLKbaşvuru grubu ile kontrol grubu arasında ve bipolar grup ile kontrol grubu arasında anlamlı farklılık olduğu belirlendi. Bu durumun beklendiği gibi kontrol grubunda Beck puanını yükseltebilecek herhangi bir Eksen 1 tanısı olmamasıyla ilgisi olabilir.

Bipolar grup ve İLKbaşvuru grubunun toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Çalışmamızda elde ettiğimiz bu sonuca neden olan durumun İLKbaşvuru grubunda %50,7 gibi yüksek bir oranda Major depresyon tanısının eşlik etmesinden kaynaklandığı, bu yüzden de bipolar tanısı alan grupla toplam Beck puanları açısından farklılaşmadığı düşünüldü. Ayrıca buna ek olarak; literatürde DEHB hastalarında kontrol grubu ile karşılaştırıldığında depresif semptomların BB hastalarına benzer olarak yüksek bulunduğunu gösteren bir çalışmaya rastlanmıştır, İLKbaşvuru grubunda ve bipolar bozukluk grubunda sırayla: %35,8 ve %48,5 oranlarında DEHB tanısı saptanmış olması depresif semptomlardaki yüksekliğinin neden benzer olduğunu açıklar niteliktedir. (138).

Çalışmamızda olgulara uygulanan Kısa Semptom Envanteri puanları incelendiğinde bipolar grubu, İLKbaşvuru grubu ile kontrol grubu arasında anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite alt testleri açısından istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmıştır. Sağlıklı kontrol grubu İLKbaşvuru grubu ile karşılaştırıldığında anksiyete, depresyon, olumsuz benlik ve hostilite alt testleri açısından istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmış olup; sadece somatizasyon alt testi arasında istatistiksel fark saptanmamıştır.

Bipolar bozukluk grubu ve İLKbaşvuru grubu kısa semptom envanterinin alt ölçekleri olan anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite puanları açısından karşılaştırıldığında her bir alt ölçek için istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmadığı ve bu durumun her iki grupta da depresif semptomların, anksiyete belirtilerinin yoğun olmasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

Her üç grup İntihar Olasılığı Değerlendirme Ölçeği bulguları açısından karşılaştırıldığında, umutsuzluk, olumsuz kendilik değerlendirmesi, düşmanlık ve

intihar düşüncesi alt ölçeklerinde ve intihar olasılığı değerlendirme ölçeği toplam puanında gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır, bu farklılığın özellikle kontrol grubundaki sağlıklı ergenlerden kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

Kontrol grubu ile bipolar grubu karşılaştırıldığında tüm alt ölçeklerde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır, bu durumun bipolar grupta psikopatolojinin yoğun olması ve yoğun intihar düşüncesi ile ilgili olabileceği düşünülmüştür.

Bipolar grubu ve İLKbaşvuru grubu kendi aralarında ölçek puanları açısından karşılaştırıldığında umutsuzluk ve düşmanlık alt testleri istatistiksel açıdan farklı bulunmazken; olumsuz kendilik değerlendirmesi ve intihar düşüncesi alt testleri istatistiksel açıdan anlamlı olarak farklı saptanmıştır**.** Özellikle intihar düşüncesinin bipolar bozukluk grubunda yüksek olması beklenen bir durumdur (20,40,48). BB intihar düşüncesi ve intihar girişimine yol açma ihtimalinin yüksek olması nedeniyle önemli bir hastalıktır. Bu ihtimallerin özellikle yüksek olduğu durumlar; duygudurum ataklarının kısa sürüp keskin olmayan-hızlı çizgilerle geçiş göstermesi (ötimik ara dönem sürelerinin kısa olması), dürtüsellik ve irritabilite düzeylerinin yüksek olması, psikotik mani belirtilerinin görülmesi olarak tanımlanmıştır (139). İntihar düşüncesi olan ergenlerin %33,9'nun girişimde bulunduğu, intihar düşüncesi ve girişimi olan ergenlerin intihar etme oranlarının da yüksek olduğu bilinmektedir (139).

9.4. Duygudurum Bozuklukları Ölçeği (DBÖ) Bulgularının Tartışılması

Ergenlere yönelik manik belirtileri sorgulamak amacıyla bir ölçek bulunmadığı için çalışmamızda duygudurum belirtilerini saptamak amacıyla özbildirim ölçeği olarak Duygudurum Bozuklukları Ölçeği kullanılmıştır. Ölçek ebeveyn versiyonundan semptom bazında iki soruyla ayrışmıştır. DBÖ' de hızlı konuşma belirtisini sorgulayan madde EDBÖ-E'de bulunmamakta olup libido artışı tek bir soruyla sorgulanırken, EDBÖ-E'de ek olarak alkol- madde kullanımı sorgulanmakta, libido artışını sorgulayan iki soru bulunmaktadır (79,140).

Yetişkinler için öz bildirim ölçeği olarak kullanılan Duygudurum Bozuklukları Ölçeği Türkçe' ye kazandırılmış olup, ölçeğin optimal kesme noktası 7 olarak alındığında duyarlılık %63.9 özgüllük %76.9 olarak saptanmıştır. (84).

Ölçeğin orjinalinin geliştirildiği çalışmada Cronbach alfa .90 değerinde saptanmış olup iyi bir iç tutarlılık göstermiştir (141).

2011 yılında yapılan bir meta-analiz çalışmasında ölçeğin duyarlılığı %61.3, özgüllüğü ise %87.5 olarak saptanmış olup, ayaktan psikiyatri hastalarında yapılan çalışmalara nazaran toplum temelli çalışmalarda ölçeğin daha düşük duyarlılık ve daha yüksek özgüülük gösterdiği saptanmıştır. Ayrıca yine bu çalışmada ölçeğin BB-1 için duyarlılığının BB-2 için olduğundan daha yüksek olduğu saptanmıştır (sırayla %66.3/%38.6) (142).

Toplamda 860 kişinin doldurduğu Duygudurum Bozuklukları Ölçeği'nin değerlendirildiği bir çalışmada %18 oranında bipolar bozukluk tanısı, %82 oranında unipolar depresif bozukluk saptanmış olup, bu çalışmada optimal kesme noktası 8 olarak bulunmuştur. Kesme noktası 8 alındığında duyarlılık/ özgüllük %86/%71 olarak saptanırken kesme noktası 7 alındığında oranlar %92/%64 olarak bulunmuştur. Bu çalışmanın sonuçlarına göre DBÖ'nün duyarlılığı yatan hasta popülasyonunda ayaktan hasta popülasyonuna göre daha yüksekken, özgüllüğü düşük kalmıştır. Günümüzün yoğun klinik pratiğinde DBÖ'nün yatan hasta popülasyonunda yararlı olarak kullanılabilecek etkili bir tarama ölçeği olduğu belirtilmiştir (143).

Bipolar bozukluk için tarama ölçeklerinin karşılaştırıldığı başka bir meta analizde ayaktan psikiyatri kliniğinde yapılan çalışmalarda kesme noktası 7 olarak alındığında DBÖ' nün duyarlılığı %66, özgüllüğü ise %79 olarak saptanmıştır. Aynı çalışmaya göre toplum tabanlı çalışmalarda duyarlılık %43, özgüllük ise %95 olarak saptanmıştır (144).

Şimdiye kadar erişkinlerde yapılan DBÖ'nün geçerlilik çalışmalarının çoğunda optimal kesme noktası olarak 7 bulunmuş olup elde edilen duyarlılık ve özgüllük değerleri Tablo.37' de sunulmuştur.

Tablo.37. Duygudurum Bozuklukları Ölçeği'nin Erişkin Çalışmalarında Saptanmış Duyarlılık ve Özgüllük Değerleri

Duygudurum Bozuklukları Ölçeği Optimal kesme noktası 7	**n**	**BB prevelansı**	**Duyarlı-lık**	**Özgül-lük**
Hirschfeld (145)	198	55,1	0,73	0,89
Hirschfeld (90)	695	11,2	0,28	0,97
Benazzi (146)	101	76,2	0,18	0,83
Isometsa (91)	37	54,1	0,85	0,47
Miller (147)	72	50,0	0,58	0,66
Hirschfeld (148)	180	32,8	0,76	0,66
Hardoy (149)	154	33,1	0,67	0,14
Rouget (92)	96	56,3	0,74	0,90
Graves (134)	228	9,2	0,61	0,69
Konuk (84)	309	11,7	0,63	0,76
Chung (150)	108	60,8	0,45	0,95
De Dios (151)	87	12,6	0,72	0,82
Kemp (152)	164	33,5	0,47	0,94
Kim (153)	111	53,2	0,28	0,76
Sanchez- Moreno (154)	236	50,0	0,60	0,98
Tafalla (155)	903	25,7	0,91	0,76
Twiss (156)	127	42,5	0,76	0,86
Dodd (157)	1066	2,3	0,25	0,98
Jon (158)	238	52,9	0,75	0,69
Gervasoni (159)	146	30,1	0,63	0,83
Zimmerman (160)	480	10,8	0,63	0,84
Castelo (161)*	114	60,5	0,91	0,70
Ghoreishizadeh (162)	120	75,0	0,80	0,93
Gurgel (163)	153	33,3	0,72	0,95
Yang (164)	1487	20,8	0,66	0,88
Kung (143)	860	18,0	0,92	0,64
Carvalho (144)**	21,542	-	0,66	0,79

*Optimal kesme noktası 8 olarak alınmıştır.

**Metanaliz çalışması

9.5. Ergenler İçin Duygudurum Bozuklukları- Ebeveyn Formu (EDBÖ-E) Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizlerinin Tartışılması

EDBÖ- E iç tutarlılık katsayısı, Cronbach α .77 olarak saptandı. Ölçeğin orjinal formunun değerlendirildiği çalışmada bu değer .83 (79) olarak saptanmıştır. DBÖ'nün Çince versiyonunun kullanılarak 15-17 yaş arası ergenlerde yürütülmüş bir çalışmada .61 olarak saptanmış (165) yine Çince versiyonun yetişkinlerde uygulanmasıyla değerlendirildiği bir başka çalışmada Cronbach α .82 saptanmıştır (150). Kore' de yapılan bir çalışmada iç tutarlılık .88 olarak bulunmuştur (158). 2008 yılında yapılan bir çalışmada ise Cronbach α .90 olarak saptanmıştır (154). DBÖ'nün Brezilya ve Portekiz için geçerliliğinin yapıldığı çalışmada iç tutarlılık .87 olarak bulunmuş (166) olup değerlerin farklı çalışmalarda farklı elde edilmiş olması, çeviriden kaynaklanmış olabileceği gibi kültürel farklılıklardan da kaynaklanmış olabilir. Ergenler İçin Duygudurum Bozuklukları- Ebeveyn Formu (EDBÖ-E)'nin toplam ortalama puanı 6.59 (SD; 2.8) idi. Wagner' in yapmış olduğu orjinal ölçek çalışmasında toplam ortalama puan ve standart sapma 6.0 (SD; 3.5) olarak saptanmış olup bu değerler bizim çalışmamızda elde ettiğimiz verilerle uyumlu görülmektedir (79).

EDBÖ-E'nin toplam ortalama puanı ikili gruplar şeklinde birbiri ile karşılaştırıldığında; İLKbaşvuru grubu ve kontrol grubu toplam puanları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Bipolar grubu diğer gruplarla karşılaştırıldığında hem İLKbaşvuru grubuyla hem de sağlıklı kontrol grubuyla ölçekten alınan toplam puan anlamlı olarak farklı saptanmıştır. Bu sonuç ölçeğin özellikle tanı alan grupta ayırt edici olabileceğini düşündürmektedir.

İLKbaşvuru grubu ve kontrol grubu arasında distraktibilite, irritabilite, enerji artışı, cinsel ilgide artış ve riskli davranışları sorgulayan maddelere olumlu cevap verme durumu anlamlı farklılık göstermiştir. Özellikle distraktibilite, irritabilite ve riskli davranışlara katılma hem duygudurum bozukluğunun mani döneminde hem de dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunda (DEHB) örtüşen belirtilerdendir (8,119,167). Bu maddelerin İLKbaşvuru grubunda kontrol grubundan farklılık göstermesi bu grupta saptanan DEHB tanısının yüksek olması ile açıklanabilir. Yüksek duygudurum, özgüven artışı, insomnia, para harcama, alkol madde

kullanımı, fikir uçuşması, etkinlik artışı ve birden fazla sevgiliye sahip olma durumlarını sorgulayan maddeler için anlamlı farklılık saptanmamıştır. Bu belirtilerden özellikle özgüven artışı, insomnia, aşırı para harcama ve fikir uçuşması bipolar bozukluk için daha spesifik (110,168) bulgular olduğu için iki grup arasında farklılık saptanmamış olabilir.

Bipolar bozukluk grubu ve kontrol grubu karşılaştırıldığında yüksek duygudurum ve enerji artışı maddeleri için anlamlı farklılık saptanmazken; özgüven artışı, insomnia, distraktibilite, para harcama, alkol madde kullanımı, irritabilite, fikir uçuşması, etkinlik artışı, birden fazla sevgiliye sahip olma, cinsel ilgide artış ve riskli davranışları sorgulayan maddeler için iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir. Yüksek duygudurum ve enerji artışı maddelerinde farklılık çıkmamış olması ergenliğin normal gelişim sürecinde özellikle enerji artışının olağan olmasından kaynaklanmış olabileceği gibi bu iki maddenin ebeveynler tarafından doğru anlaşılmamış olmasından da kaynaklanıyor olabilir.

Bipolar bozukluk grubu ve İLKbaşvuru grubu EDBÖ-E'nin 1. Sorusunda yer alan 13 maddeye olumlu cevap verme açısından karşılaştırıldığında; yüksek duygudurum, insomnia, distraktibilite, para harcama, alkol madde kullanımı, irritabilite, enerji artışı, etkinlik artışı, birden fazla sevgiliye sahip olma, cinsel ilgide artış ve riskli davranışları sorgulayan maddeler açısından anlamlı farklılık saptanmış olup, özgüven artışı ve fikir uçuşmasını sorgulayan maddeler açısından istatistiksel anlamlılık saptanmamıştır. Yine burada da ölçeğin bipolara özgü sayılabilecek maddelerinin diğer ruhsal hastalıklardan ayrıştırıcı olduğunu söylenilebilir.

ÇDŞG-ŞY-T görüşmesi ile konulan bipolar bozukluk tanısına katkıda bulunan EDBÖ-E sorularının pozitiflik oranları %20.8 ile %76.9 arasında değişmekteydi (En yüksek %76.9 ile birden fazla sevgilisinin olması, %66.7 alkol- madde kullanımı, %59.5 irritabilite, %57.6 cinsel ilgide artış). Bu sonuçlara bakıldığında bipolar bozukluk için tipik sayılabilecek (cinsel ilgi artışı, alkol-madde kullanımı) gibi bulguların (110,168,169) tanıya en çok katkı sağladıkları düşünülebilir.

EDBÖ-E'nin özgün versiyonunun geçerlik çalışmasında da uygulandığı gibi (79) ölçek sonunda yer alan, duygudurum belirtilerinin aynı anda bir arada

bulunması “evet” olarak ve bu durumun yaşam üzerinde olumsuz etkisi olması, işlevselliğin etkilenmesine “orta düzeyde” yada “ileri derecede” cevaplarını vermek koşuluyla 13 alt maddeden oluşan 1.soru için teorik kesme puanları ROC analizi ile değerlendirildi. Receiver Operating Characteristic (ROC) eğrisinin altında kalan alan, testin hastalar ile hasta olmayan bireyleri ayırmadaki doğruluk oranını belirler. ROC eğrisinin altında kalan alanın büyüklüğü üzerinde çalışılan tanı testinin ayırma yeteneğinin istatistiksel olarak önemini gösterir. Üzerinde çalışılan tanı testinin hiç ayırma yeteneği olmadığı durumda ROC eğrisi altındaki alanın beklenen değeri 0.50’dir. Mükemmel bir test ise sıfır yanlış pozitif ve sıfır yanlış negatif ile alanın değeri 1.00 olacaktır. Test, bu iki değerin arasında bir alana sahip olmalıdır (170,171). EDBÖ-E, ROC analizi ile değerlendirildiğinde optimum kesme noktası olarak 6 elde edilmiş olup, elde edilen ROC eğrisine göre eğrinin altında kalan alan .821; %95 Güven Aralığı: 0.719-0.922 olarak saptanmıştır, bu değerler ölçeğin seçiciliğin yeterli olduğunu göstermektedir. Ölçeğin orjinal formunun değerlendirildiği çalışmada optimal kesme noktası olarak 5 alındığında eğri altında kalan alan .803 olarak saptanmış olup (79) bizim çalışmamızda elde ettiğimiz değerlere oldukça yakındır. EDBÖ- E ve Çocukluk Çağı Bipolar Bozukluğu Ölçeği (CBQ)’ nin değerlendirildiği bir çalışmada ise EDBÖ- E için eğri altında kalan alan 0, 83 (95% Güven aralığı 0.66–1) olarak saptanmıştır (110).

EDBÖ-E’de bipolar bozukluklar için hesaplanan kesme puanı 5 alındığında duyarlılığı %90,6 seçiciliği %56,7; kesme puanı 6 olarak alındığında duyarlılığı %84,4 seçiciliği %66,7; kesme puanı 7 alındığında duyarlılığı %71,9 seçiciliği %70 olarak bulundu. 13 soruya dayalı ilk sorudan alınan puan için seçilen kesim puanı yükseldikçe testin duyarlılığı düşmekte buna karşın seçiciliği artmaktadır. Ölçeğin orjinal çalışmasında optimum kesme noktası 5 olarak bulunmuş ve buna göre ölçeğin duyarlılığı %72, özgüllüğü ise %81 olarak saptanmıştır (79). Ölçeğin başka bir tarama ölçeği ile kıyaslandığında bir çalışmada ise kesme noktası 5 olarak alınarak elde edilen duyarlılık %87,5 ,özgüllük ise %63,2 olarak saptanmıştır (110). Yapılan erişkin ve ergen çalışmalarında farklı sonuçların saptanmış olması farklı popülasyonlarda (yatan hastalar, poliklinik hastaları veya sağlıklı toplum örneklemi gibi) uygulanmış olması ya da kültürel farklılıklar nedeniyle ortaya çıkmış olabilir. Tablo.38’de literatürde yapılmış ergen çalışmalarından çıkan sonuçlar verilmiştir.

Tablo.38. Ergenler İçin Duygudurum Bozuklukları Ölçeği- Ebeveyn Formu (Mood Disorder Questionnaire- Adolescent Version, MDQ-A)'nin Ergen Çalışmalarında Saptanmış Duyarlılık ve Özgüllük Değerleri

	n	**Yaş Grubu**	**BB prevelansı (%)**	**Duyarlılık**	**Özgüllük**
Wagner (79)*****	104	12-17	39,4	0,72	0,81
Miguez (110)*****	76	13-18	10,5	0,87	0,63
Pan (165)******	1151	15-17	25,5	0,57	0,64
Bu çalışma	200	12-18	16,5	0,84	0,66

*Kesme noktası 5 olarak alınmıştır

** Kesme noktası 7 olarak alınmıştır

DBÖ ve EDBÖ toplam puanı birbirleri ile pozitif ilişkili ve bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Her iki ölçek toplam 3 sorudan ve birinci soru için 13 alt maddeden oluşmaktardır. Ancak yetişkinler için Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmış olan DBÖ' nün EDBÖ- E' den farklı değerlendirdiği bazı belirtiler bulunmaktadır. DBÖ' de hızlı konuşma belirtisini sorgulayan madde EDBÖ-E de bulunmamaktadır. EDBÖ- E' de alkol- madde kullanımını sorgulayan madde ise DBÖ' de yoktur. EDBÖ- E' de cinsel ilgi artışını ve aynı anda birden fazla sevgiliye sahip olma durumunu sorgulayan iki ayrı madde mevcutken, DBÖ' de bu belirtiyi sorgulayan bir madde bulunmaktadır. Bunlar dışındaki maddeler genel olarak aynı belirtileri sorgulamaktadır (79,84).

Özbildirime dayalı ölçeklerle bipolar bozukluk tarama çalışmaları yapmanın zayıf yönlerinden biri hastaların içgörü durumlarıdır (147). Özellikle çocukluk ve ergenlik döneminde özbildirim değerlendirmeleri yerine ebeveyn değerlendirmelerinin daha faydalı olabileceği çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir. Örneğin çocuklar (5-10 yaş) ve gençlerle (11-17 yaş) pediatrik maniyi taramak amaçlı kullanılan 6 ölçek aracılığıyla yapılan iki büyük örneklemli çalışmada ebeveyn değerlendirmesinin öğretmen ve bireyin kendi değerlendirmesinden daha

yararlı olduğu saptanmış ve ebeveyn değerlendirmesinin özellikle yanlış pozitif tanı oranını düşürerek, 5 ila 17 yaş arasındaki gençlerde bipolar bozukluğun ayırıcı tanısını kolaylaştırabileceği söylenmiştir (172). 2004 yılında 7-14 yaşları arasındaki 93 çocuk ve 93 ebeveynin dahil edildiği başka bir çalışmada ise çocuklar ve ebeveynlerin temel mani semptomları (yükselmiş duygudurum ve grandiozite) ile ilgili verdiği bilgilerin konkordansının oldukça düşük olduğu saptanmıştır (173). Pediatrik maniyi tanımlamak ve hastalığın ciddiyetini ebeveyn bildirimine göre değerlendirmek için Ebeveyn Tarafından Değerlendirilen Çocukluk Çağı Mani Derecelendirme Ölçeği (Child Mania Rating Scale by parents, CMRS-P) ve Ebeveyn Genel Davranış Değerlendirme Ölçeği (Parent General Behavior Inventory) ile birlikte EDBÖ-E'nün kullanılabileceği belirtilmiştir (174). Bütün bu veriler ışığında ergenlik döneminde EDBÖ-E' nin özellikle riskli grupların belirlenmesinde ve tarama amacıyla kullanımı uygun görünmektedir. Ancak tarama ölçekleri bu anlamda yararlı görünmekle birlikte tanı değerlendirmesinin birinci aşamasında tarama ölçeği ile değerlendirme yapan klinisyenler, ölçek üzerinde yanlış negatif olan hastalarda tanıyı gözden kaçırabilirler (175). Bu tarama ölçekleri evrensel tarama ölçekleri ve yarı yapılandırılmış klinik görüşmelerin yerini alacak kadar güvenilir değildir ancak yine de riskli grupların belirlenmesinde yarar sağlamaktadır (8).

Tüm örneklem grubu için EDBÖ-E toplam puanı, Beck depresyon envanteri toplam puanı, kısa semptom envanterinin anksiyete alt ölçek puanı, hostilite alt ölçek puanı, rahatsızlık ciddiyeti indeksi, belirti toplamı indeksi, duygudurum düzenleme güçlüğü anketi dürtü alt ölçeğinin puanı ile toplam puanı ve intihar olasılığı ölçeği düşmanlık alt ölçeği ile pozitif yönde ilişkili bulunmuştur. Bu sonuçlar bize duygudurum bozukluğu belirtileri arttıkça, depresyon, anksiyete belirtilerinin ve genel olarak ruhsal belirtilerin arttığını göstermektedir. Bu durum bipolar bozuklukta saptanan yüksek eş tanı varlığı ile ilişkili olabilir. Yine bu sonuçlar göstermektedir ki; duygudurum belirtilerinin artışı algılanan düşmanlık duygularını, dürtü denetiminde ve genel olarak duygudurum düzenlemede güçlüklerin artışını beraberinde getirmektedir. Literatür incelendiğinde duygudurum bozukluğu saptanan gençlerde yüksek oranlarda saptanan eş tanıların varlığı (16,50,52,54) çalışmamızda elde ettiğimiz bu sonuçlarla uyumludur. Ayrıca duygudurum bozukluklarının temel semptomlarından olan dürtü denetiminde güçlüklerin EDBÖ-E de saptanan

belirtilerin şiddeti arttıkça artmış olması da şaşırtıcı değildir. Literatürde duygudurum bozukluklarının ataklar arası dönemlerinde, özellikle manik atak sırasında dürtüsel davranışların ve dürtü denetiminde güçlüklerin oldukça belirgin olduğu pek çok çalışmada saptanmıştır(176–178).

Örneklemimizde EDBÖ-E toplam puanı, Conners Ebeveyn Ölçeği sosyal problemler alt ölçek puanı ile pozitif yönde ilişkili bulunmuştur. Buna göre duygudurum belirtilerinin artışı ile sosyal problemlerin artışı arasında ilişki olduğu söylenebilir. EDBÖ-E aracılığıyla 15-17 yaşlar arasındaki gençlerde sosyal uyum ve dürtüselliğin araştırıldığı bir çalışmada duygudurum bozukluğu belirtilerinin şiddeti arttıkça sosyal uyumun bozulduğu saptanmıştır (165). Kanada' da birinci basamak sağlık merkezlerinde 1416 yetişkinin DBÖ (MDQ) aracılığı ile değerlendirildiği bir çalışmada DBÖ pozitifliği olan grubun sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin, okul/ iş üretkenliğinin, sosyal ve ailesel işlevselliğinin belirgin olarak kötü olduğu saptanmıştır (179). Çalışmamızda elde ettiğimiz bu veri literatürle uyumlu gözükmektedir.

EDBÖ-E toplam puanı kısa semptom envanteri olumsuz benlik alt ölçek puanı ile pozitif yönde ilişkili bulunmuştur. Buna göre duygudurum belirtileri şiddetlendikçe kişinin benliğine ilişkin olumsuzluk algısı artmaktadır. EDBÖ-E toplam puanı İntihar Olasılığı Ölçeği kendini olumsuz değerlendirme alt ölçek puanı ile negatif yönde ilişkili bulunmuştur. Bu sonuçlara bakıldığında kendini olumsuz değerlendirme duygudurum belirtilerinin artışı ile ilişkili görünmektedir. Literatür bu açıdan incelendiğinde bipolar bozukluğu olan kişilerde düşük benlik saygısının, içsel damgalanmanın artmış olduğu(180,181) bulgusuna ulaşılmış olup çalışmamızda elde ettiğimiz bu bulguların literatürle uyumlu olduğu söylenebilir.

EDBÖ-E toplam puanı İntihar Olasılığı Ölçeği umutsuzluk alt ölçek puanı ile pozitif yönde ilişkili bulunmuştur. Buna göre duygudurum belirtileri arttıkça gencin algıladığı umutsuzluk artmaktadır. Bu sonucun duygudurum bozukluklarında artmış oranda saptanan intihar düşünceleri, girişimleri (182–184) ile ilgili olabileceği düşünülmüştür.

EDBÖ-E toplam puanı Çocuklar İçin Genel Değerlendirme Ölçeği puanı ile

negatif yönde ilişkili bulunmuştur. Duygudurum belirtilerinin şiddeti arttıkça yaşam kalitesi ve işlevselliğin olumsuz olarak etkilendiği söylenebilir. Duygudurum bozukluğu olan gençlerde genel değerlendirme ölçeği ile değerlendirilen yaşam kalitesi ve işlevsellik puanlarının düşük olduğu (179,185,186) diğer çalışmalarda da bizim çalışmamızda elde ettiğimiz bulgularla uyumludur.

Ülkemizde halen ergenler için, bipolar bozukluğu taramaya yönelik, Türkçe geçerliliği ve güvenilirliği yapılmış bir ölçek bulunmamaktadır. Dünya' da da ergenler için geliştirilmiş bipolar bozukluğu taramaya yönelik ölçek sayısı sınırlıdır. Wagner tarafından yetişkin grupta kullanılan Duygudurum Bozuklukları Ölçeği ve DSM 4 mani kriterleri baz alınarak geliştirilen Ergenler İçin Duygudurum Bozuklukları Ölçeği- Ebeveyn Formu, 12-18 yaş grubu ergenlerde kullanımının uygun olduğu bildirilen (79,174) kapsamlı, kolay anlaşılır ve basit olması nedeniyle tercih edilmiş ve bu nedenle araştırma kapsamında "Ergenler İçin Duygudurum Bozuklukları Ölçeği- Ebeveyn Formu"' nun Türkçe sürümünün geçerliliği değerlendirilmiştir.

10. SONUÇLAR

1. Ölçeğin optimal kesme noktası olarak 6 bulunmuş olup, duyarlılığı %84,4 seçiciliği %66,7 olarak saptanmıştır.

2. Ergenlik döneminde EDBÖ-E 'nin kesim noktası 6 ve üzeri değerlerden biri alınarak, bipolar bozukluğu tarama amacıyla kullanılabilir.

3. Taranacak gruplarda EDBÖ-E'nin pozitif olması, bipolar bozukluk tanısı anlamına gelmemekle birlikte bu kişilerin bipolar bozukluk riski nedeniyle daha detaylı değerlendirilmesinin gerekliliğini vurgular.

4. Ergenler İçin Duygudurum Bozuklukları Ölçeği- Ebeveyn Formu' nun Türkçe uyarlaması yeterli psikometrik özelliklere sahip olup ergen yaş grubunda bipolar bozukluk taramasında riskli bireylerin belirlenmesi, bu sayede erken tanı ve tedavinin sağlanabilmesi açısından yarar sağlayabilir.

5. Duygudurum bozukluğu belirtilerinin artışı; depresif semptomların, anksiyete belirtilerinin, algılanan düşmanlık duygularının, dürtü denetiminde ve duygudurum düzenlemede güçlüklerin artışı ile koreledir.

6. Duygudurum belirtilerinin artışı ile sosyal problemlerin artışı arasında ilişki olduğu, duygudurum belirtileri şiddetlendikçe kişinin benliğine ilişkin olumsuzluk algısının ve gencin algıladığı umutsuzluğun arttığı görülmüştür.

11. ÖNERİLER

Çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçlar klinik örneklemde değerlendirilmiş olup toplum tabanlı daha büyük örneklemli çalışmalarla ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışmaları tekrar yapılmalıdır. Ergenler için Duygudurum Bozuklukları Ölçeği-Ebeveyn Formu' nun özellikle hipomaniyi ölçmede yetersiz kaldığı bilinmektedir (144) bu durum bizim çalışmamızda örneklemin küçük ve prevalansın az olması nedeniyle belirgin değildir ancak ölçeğin kullanımı sırasında bu duruma dikkat edilmelidir. Bu alanda yapılacak çalışmalarda hipomani ile giden Bipolar Bozukluk tip 2 olgularını taramada gözden kaçmasına engel olabilecek yeni ölçeklerin Türkçe'ye kazandırılmasına ihtiyaç vardır.

12. KISITLILIKLAR

Çalışmanın en önemli kısıtlılığı, topluma dayalı bir çalışma olmaması, klinik başvurular üzerinden yapılan bir çalışma olmasıdır. Çalışmaya dahil edilen grupların yaş, cinsiyet, eveveyn eğitim ve meslek durumları, sosyoekonomik durum açısından birebir eşlenmemiş olması, özellikle bipolar grubunda kız cinsiyetin erkek cinsiyete oranla belirgin olarak yüksek olması diğer bir kısıtlılıktır. Çalışmada değerlendirilen İLKbaşvuru grubundaki major depresyon tanılı hastaların duygudurum bozukluğunun ilk atağı olup olmadığı sonrasında bipolar bozukluk açısından takip edilmediği için bilinmemektedir. Ölçeğin yetişkin formu ile yapılan çok sayıda çalışmada hipomani belirtilerini gözden kaçırabildiği gözlenmiştir. Çalışmamızda hipomani prevalansının az olması nedeniyle bu durumun ölçeğin psikometrik özelliklerine nasıl etki ettiği değerlendirilememiştir. Çalışmamızda olguların mental kapasitesi klinik olarak değerlendirilmiştir. WISC-R ile mental kapasitenin değerlendirilmemiş olması kısıtlılık olarak kabul edilebilir.

KAYNAKLAR

1. Öztürk MO. Duygulanım Bozuklukları, Duygulanım Bozuklukları. Içinde: Öztürk MO, Uluşahin A, editörler. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları- I. 11. Baskı. Ankara: Tuna Matbaacılık; 2008. s. 338.

2. Cassano GB, Dell'Osso L, Frank E, Miniati M, Fagiolini A, Shear K, vd. The bipolar spectrum: A clinical reality in search of diagnostic criteria and an assessment methodology. J Affect Disord. 1999;54(3):319–28.

3. Loranger AW, Levine PM. Age at onset of bipolar affective illness. Arch Gen Psychiatry. 1978;35(11):1345–8.

4. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry [Internet]. 2005;62(6):593. Available at: http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/archpsyc.62.6.593

5. Brotman MA, Schmajuk M, Rich BA, Dickstein DP, Guyer AE, Costello EJ, vd. Prevalence, Clinical Correlates, and Longitudinal Course of Severe Mood Dysregulation in Children. Biol Psychiatry. 2006;60(9):991–7.

6. Youngstrom EA, Birmaher B, Findling RL. Pediatric bipolar disorder: Validity, phenomenology, and recommendations for diagnosis. Bipolar Disord. 2008;10(1 PART 2):194–214.

7. Strober M, Carlson G. Bipolar illness in adolescents with major depression: clinical, genetic, and psychopharmacologic predictors in a three- to four-year prospective follow-up investigation. Arch Gen Psychiatry. 1982;39:549–55.

8. Goldstein BI, Birmaher B, Carlson GA, DelBello MP, Findling RL, Fristad M, vd. The International Society for Bipolar Disorders Task Force report on pediatric bipolar disorder: Knowledge to date and directions for future research. Bipolar Disord [Internet]. 2017;(April):1–20. Available at: http://doi.wiley.com/10.1111/bdi.12556

9. Perlis RH, Dennehy EB, Miklowitz DJ, Delbello MP, Ostacher M, Calabrese JR, vd. Retrospective age at onset of bipolar disorder and outcome during two-year follow-up: Results from the STEP-BD study. Bipolar Disord. 2009;11(4):391–400.

10. Diler RS, Birmaher B. Bipolar Disorder in Children and Adolescents. Içinde: IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. 2012. s. 1–30.

11. Fristad MA, Algorta GP. Future Directions for Research on Youth with Bipolar Spectrum Disorders. J Clin Child Adolesc Psychol. 2013;42(5):734–47.

12. Van Meter AR, Moreira ALR, Youngstrom EA. Meta-Analysis of Epidemiologic Studies of Pediatric Bipolar Disorder. J Clin Psychiatry [Internet]. 2011;72(9):1250–6. Available at: http://article.psychiatrist.com/?ContentType=START&ID=10007438

13. Birmaher B, Axelson D, Goldstein B, Strober M, Gill MK, Hunt J, vd. Four-year longitudinal course of children and adolescents with bipolar spectrum disorders: The course and outcome of bipolar youth (COBY) study. Am J Psychiatry. 2009;166(7):795–804.

14. Merikangas K, Jian-ping H, Burstein M, Swanson S, Avenevoli S, Lihong C, vd. Lifetime Prevalence of Mental Disorders in US Adolescents: Results from the National Comorbidity Study-Adolescent Supplement. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2010;49(10):980–9.

15. Wozniak J, Biederman J, Martelon MK, Hernandez M, Yvonne Woodworth K, Faraone S V. Does sex moderate the clinical correlates of pediatric bipolar-I disorder? Results from a large controlled family-genetic study. J Affect Disord [Internet]. 2013;149(1–3):269–76. Available at: http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2013.01.040

16. Axelson DA, Birmaher B, Strober MA, Gill MK, Valeri S, Chiappetta L, vd. Phenomenology of children and adolescents with bipolar spectrum disorders. Arch Gen Psychiatry. 2006;63(10):1139–48.

17. Berkem M. İki Uçlu Bozukluk. Içinde: Aysev AS, Taner YI, editörler. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları. 2007. s. 375–80.

18. Pavuluri MN, Henry DB, Nadimpalli SS, O'Connor MM, Sweeney JA. Biological Risk Factors in Pediatric Bipolar Disorder. Biol Psychiatry. 2006;60(9):936–41.

19. İnal Emiroğlu NF, Özerdem A, Miklowitz D, Baykara A, Akay A. Mood and disruptive behavior disorders and symptoms. World J Psychiatry. 2008;7(June):110–2.

20. Rende R, Birmaher B, Axelson D, Strober M, Gill MK, Valeri S, vd. Childhood-onset bipolar disorder: Evidence for increased familial loading of psychiatric illness. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry [Internet]. 2007;46(2):197–204. Available at: http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2041890&tool=pmcentrez&rendertype=abstract

21. Nieto RG, Castellanos FX. A meta-analysis of neuropsychological functioning in patients with early onset schizophrenia and pediatric bipolar disorder. J Clin Child Adolesc Psychol. 2011;40(2):266–80.

22. Mathieu F, Dizier M-H, Etain B, Jamain S, Rietschel M, Maier W, vd. European collaborative study of early-onset bipolar disorder: Evidence for genetic heterogeneity on 2q14 according to age at onset. Am J Med Genet Part B Neuropsychiatr Genet. 2010;153(8).

23. Lau P, Hawes D j, Hunt C, Frankland A, Roberts G, Mitchell PB. Prevalence of psychopathology in bipolar high-risk offspring and siblings: a meta-analysis. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2017;(21).

24. Pfeifer JC, Welge J, Strakowski SM, Adler C, Delbello MP. Meta-Analysis of Amygdala Volumes in Children and Adolescents With Bipolar Disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry [Internet]. 2008;47(11):1289–98. Available at: http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0890856708601203

25. Akbaş S, Nahir M, Pirzirenli ME, Dündar C, Ceyhan M, Sarısoy G, vd. Quantitative analysis of the amygdala, thalamus and hippocampus on magnetic resonance images in paediatric bipolar disorders and compared with the children of bipolar parents and healthy control. Psychiatry Res Neuroimaging [Internet]. Aralık 2017;270:61–7. Available at: http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0925492716302530

26. Fleck DE, Cerullo MA, Nandagopal J. Neurodevelopment in Bipolar Disorder: A

Neuroimaging Perspective. Içinde: Understanding Bipolar Disorder: A Developmental Psychopathology Perspective. 2010. s. 259–81.

27. Ladouceur CD, Peper JS, Crone EA, Dahl RE. White matter development in adolescence: The influence of puberty and implications for affective disorders. Dev Cogn Neurosci. 2012;2(1):36–54.

28. Hanford LC, Nazarov A, Hall GB, Sassi RB. Cortical thickness in bipolar disorder: A systematic review. C. 18, Bipolar Disorders. 2016. s. 4–18.

29. Rich BA, Grimley ME, Schmajuk M, Blair KS, Leibenluft E. Face emotion labeling deficits in children with bipolar disorder and severe mood dysregulation. Dev Psychopathol. 2008;20(2):529–46.

30. Carlson GA MS. Kaplan & Sadock' s Comprehensive Textbook of Psychiatry. 9 th ed. Vol. 2. Lippincott Williams & Wilkins. Içinde: Sadock BJ, Sadock VA RP, editör. Kaplan & Sadock' s Comprehensive Textbook of Psychiatry. 9 th. Vol.2: Lippincott Williams & Wilkins; 2009. s. 3663.

31. Geller B, Luby JL. Child and Adolescent Bipolar Disorder: A Review of the Past 10 Years. J Am Acad Child Adoles Psychiatry. 1997;36:1168–76.

32. Zahn-Waxler C, Mayfield A, Radke-Yarrow M, DH M, Cytryn L, Davenport Y. A follow-up investigation of offspring of parents with bipolar disorder. Am J Psychiatry. 1988;145(4):506–9.

33. Gershon A, Sudheimer K, Tirouvanziam R, Williams LM, O'Hara R. The long-term impact of early adversity on late-life psychiatric disorders. Curr Psychiatry Rep. 2013;15(4).

34. Brietzke E, Sant'anna MK, Jackowski A, Grassi-Oliveira R, Bucker J, Zugman A, vd. Impact of Childhood Stress on Psychopathology. Rev Bras Psiquiatr [Internet]. 2012;34(4):480–8. Available at: http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1516444612000426

35. Jansen K, Cardoso TA, Fries GR, Branco JC, Silva RA, Kauer-Sant'Anna M, vd. Childhood trauma, family history, and their association with mood disorders in early adulthood. Acta Psychiatr Scand. 2016;134(4):281–6.

36. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th edition, text revision (DSM-IV-TR). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th edition TR. 2000.

37. First MB. DSM-5 proposals for mood disorders: a cost-benefit analysis. Curr Opin Psychiatry. 2011;24(1):1–9.

38. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5 th. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 2013. 280 s.

39. Axelson DA, Birmaher B, Strober MA, Goldstein BI, Ha W, Gill MK, vd. Course of Subthreshold Bipolar Disorder in Youth: Diagnostic Progression From Bipolar Disorder Not Otherwise Specified. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry [Internet]. Ekim 2011;50(10):1001–1016.e3. Available at: http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0890856711005806

40. Van Meter AR, Burke C, Kowatch RA, Findling RL, Youngstrom EA. Ten-year updated meta-analysis of the clinical characteristics of pediatric mania and hypomania. Bipolar Disord. 2016;18(1):19–32.

41. Pataki C, Carlson GA. The comorbidity of ADHD and bipolar disorder: Any less confusion? Topical collection on attention-deficit disorder. Curr Psychiatry Rep. 2013;15(7).

42. Ryles F, Meyer TD, Adan-Manes J, MacMillan I, Scott J. A systematic review of the frequency and severity of manic symptoms reported in studies that compare phenomenology across children, adolescents and adults with bipolar disorders. Int J Bipolar Disord [Internet]. 2017;5(1):4. Available at: http://journalbipolardisorders.springeropen.com/articles/10.1186/s40345-017-0071-y

43. Marchand W, Wirth L, Simon C. Delayed diagnosis of pediatric bipolar disorder in a community mental health setting. J Psychiatr Pr. 2006;12(2):128–33.

44. Axelson DA, Birmaher B, Strober MA, Goldstein BI, Ha W, Gill MK, vd. Course of Subthreshold Bipolar Disorder in Youth: Diagnostic Progression From Bipolar Disorder Not Otherwise Specified. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2011;50(10):1001–16.

45. McClellan J, Kowatch R, Findling RL. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with bipolar disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2007;46(1):107–25.

46. DelBello MP, Hanseman D, Adler CM, Fleck DE, Strakowski SM. Twelve-Month Outcome of Adolescents With Bipolar Disorder Following First Hospitalization for a Manic or Mixed Episode. Am J Psychiatry. 2007;164(4):582–90.

47. Hafeman DM, Merranko J, Axelson DA, Goldstein BI, Goldstein T, Monk K, vd. Toward the definition of a bipolar prodrome: Dimensional predictors of bipolar spectrum disorder in at-risk youth. 2016;173(7):695–704.

48. Birmaher B, Axelson DA, Strober M, Gill MK, Yang M, Ryan N, vd. Comparison of Manic and Depressive Symptoms between Children and Adolescents with Bipolar Spectrum Disorders Boris. Bipolar Disord. 2009;11(1):52–62.

49. Luby J, Tandon M, Nicol G. Cardinal Symptoms of Mania in Clinically Referred Preschoolers: Description of Three Clinical Cases with Presumptive Preschool Bipolar Disorder. J Child Adolesc Psychopharmacol [Internet]. Nisan 2007;17(2):237–44. Available at: http://www.liebertonline.com/doi/abs/10.1089/cap.2007.0131

50. Van Meter AR, Burke C, Kowatch RA, Findling RL, Youngstrom EA. Ten-year updated meta-analysis of the clinical characteristics of pediatric mania and hypomania. Bipolar Disord. 2016;18(1).

51. Birmaher B, Axelson D, Strober M, Gill MK, Valeri S, Chiappetta L, vd. Clinical course of children and adolescents with bipolar spectrum disorders. Arch Gen Psychiatry [Internet]. 2006;63(2):175–83. Available at: http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=209320

52. Wang HR, Jung YE, Chung SK, Hong J, Ri Kang N, Kim MD, vd. Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder comorbid with ADHD features in nonclinical

young adults. J Affect Disord. 2017;207(September 2016):175–80.

53. Kowatch RA, DelBello MP. Pediatric bipolar disorder: Emerging diagnostic and treatment approaches. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am [Internet]. 2006;15(1):73–108. Available at: http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L41735239%0Ahttp://dx.doi.org/10.1016/j.chc.2005.08.013%0Ahttp://vb3lk7eb4t.search.serialssolutions.com?sid=EMBASE&issn=10564993&id=doi:10.1016%2Fj.chc.2005.08.013&atitle=Pediatric+b

54. Sala R, Strober MA, Axelson DA, Gill MK, Castro-Fornieles J, Goldstein TR, vd. Effects of comorbid anxiety disorders on the longitudinal course of pediatric bipolar disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2014;53(1):72–81.

55. Joshi G, Wozniak J, Petty C, Vivas F, Yorks D, Biederman J, vd. Clinical characteristics of comorbid obsessive-compulsive disorder and bipolar disorder in children and adolescents. Bipolar Disord [Internet]. 2010;12(2):185–95. Available at: http://dx.doi.org/10.1111/j.1399-5618.2010.00795.x%5Cnhttp://onlinelibrary.wiley.com/store/10.1111/j.1399-5618.2010.00795.x/asset/j.1399-5618.2010.00795.x.pdf?v=1&t=gnzta77r&s=edfc82902196dfa0ec7e491ebd69943b6a2ff424

56. Masi G, Millepiedi S, Mucci M, Bertini N, Milantoni L, Arcangeli F. A naturalistic study of referred children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry [Internet]. 2005;44(7):673–81. Available at: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15968236

57. Biederman J. Pediatric Bipolar Disorder: The Promise of Psychopharmacoteraphy. Içinde: HS A, M T, editörler. Bipolar Psychopharmacoteraphy. Chester: John Wiley& Sons; 2006. s. 279–99.

58. Goldstein BI, Bukstein OG. Comorbid substance use disorders among youth with bipolar disorder: Opportunities for early identification and prevention. J Clin Psychiatry. 2010;71(3):348–58.

59. Otto M, Perlman C, Wernicke R, Reese H, Bauer M, Pollack M. Posttraumatic stress disorder in patients with bipolar disorder: a review of prevalence, correlates, and treatment strategies. Bipolar Disord. 2004;6(6):470–9.

60. Freeman AJ, Youngstrom EA, Youngstrom JK, Findling RL. Disruptive Mood Dysregulation Disorder in a Community Mental Health Clinic: Prevalence, Comorbidity and Correlates. J Child Adolesc Psychopharmacol [Internet]. 2016;26(2):123–30. Available at: http://online.liebertpub.com/doi/10.1089/cap.2015.0061

61. Correll CU, Kratochvil CJ, March JS. Developments in pediatric psychopharmacology: Focus on stimulants, antidepressants, and antipsychotics. C. 72, Journal of Clinical Psychiatry. 2011. s. 655–70.

62. Pavuluri MN. Pharmacologic treatments for pediatric bipolar disorder. C. 50, Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2011. s. 1290.

63. Findling RL. Evidence-Based Pharmacologic Treatment of Pediatric Bipolar Disorder.

J Clin Psychiatry [Internet]. 2016;77 Suppl E:e2. Available at: http://www.psychiatrist.com/JCP/article/Pages/2016/v77e01/v77e0102.aspx%0Ahttp://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27570928

64. Miklowitz DJ. Functional impairment, stress, and psychosocial intervention in bipolar disorder. C. 13, Current Psychiatry Reports. 2011. s. 504–12.

65. Carlson GA. Child bipolar I disorder is associated with manic episodes in adulthood. Evid Based Ment Heal [Internet]. 2009;12(3):74–74 1p. Available at: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=105126783&lang=es&site=ehost-live

66. Wozniak J, Petty CR, Schreck M, Moses A, Faraone S V, Biederman J. High level of persistence of pediatric bipolar-I disorder from childhood onto adolescent years: a four year prospective longitudinal follow- up study. 2011;45(10):1273–82.

67. Geller B, Tillman R, Bolhofner K, Zimerman B. Child bipolar I disorder: prospective continuity with adult bipolar I disorder; characteristics of second and third episodes; predictors of 8-year outcome. Arch Gen Psychiatry [Internet]. 2008;65(10):1125–33. Available at: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?Db=pubmed&DbFrom=pubmed&Cmd=Link&LinkName=pubmed_pubmed&LinkReadableName=Related Articles&IdsFromResult=18838629&ordinalpos=3&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVDocSum

68. Elhan A, Atakurt Y. Ölçeklerin değerlendirilmesinde niçin Rasch analizi kullanılmalıdır? Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası. 2005;(58):47–50.

69. Savaşır I. Ölçek uyarlamasındaki sorunlar ve bazı çözüm yolları. Türk Psikol Derg. 1994;9(33):27–32.

70. Öktem Ö. Nöropsikolojik testler ve nöropsikolojik değerlendirme. Türk Psikol Derg. 1994;9(33):33–44.

71. Sorias O. Psikiyatrik Derecelendirme Ölçekleri. Içinde: Psikiyatri Temel Kitabı-1. 1997. s. 87–91.

72. Dursun OB, Güvenir T, Özbek A. Çocuk Ergen Ruh Sağlığında Epidemiyolojik Çalışmalar: Yöntemsel Bir Bakış. Psikiyatr Güncel Yaklaşımlar [Internet]. 2010;2(3):401–16. Available at: http://dergipark.ulakbim.gov.tr/pskguncel/article/view/5000076397

73. Yılmaz S, Dursun OB, Hergüner S. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisinde Kullanılan Görüşme Çizelgeleri ve Ölçekler. Içinde: Akay AP, Ercan ES, editörler. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları. Ankara: Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği; 2016. s. 23–32.

74. Kraemer M. Clinical epidemiology and biostatistics. New York: Springer-Verlag; 1988. 113-116 s.

75. Ebrinç S. Psikiyatrik derecelendirme ölçekleri ve klinik çalişmalarda kullanimi. Klin Psikofarmakol Bul. 2000;10(2):109–16.

76. Pavuluri MN., Henry DB, Devineni B, Carbray JA, Birmaher B. Child Mania Rating Scale: Development, Reliability, and Validity. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry

[Internet]. 2006;45(5):550–60. Available at: http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0890856709612028

77. West AE, Celio CI, Henry DB, Pavuluri MN. Child Mania Rating Scale-Parent Version: A valid measure of symptom change due to pharmacotherapy. J Affect Disord. 2011;128(1–2):112–9.

78. Papolos D, Hennen J, Cockerham MS, Thode HC, Youngstrom EA. The child bipolar questionnaire: A dimensional approach to screening for pediatric bipolar disorder. J Affect Disord. 2006;95(1–3):149–58.

79. Wagner KD, Hirschfeld RMA, Emslie GJ, Findling RL, Gracious BL, Reed ML. Validation of the mood disorder questionnaire for bipolar disorders in adolescents. J Clin Psychiatry. 2006;67(5):827–30.

80. Carta MG, Angst J. Epidemiological and clinical aspects of bipolar disorders: controversies or a common need to redefine the aims and methodological aspects of surveys. Clin Pract Epidemiol Ment Health [Internet]. 2005;1(1):4. Available at: papers://fbe034a3-4326-4ae4-8e1e-511d85967195/Paper/p147

81. Leon AC, Olfson M, Broadhead WE, Barrett JE, Blacklow RS, Keller MB, vd. Prevalence of mental disorders in primary care. Implications for screening. Arch Fam Med [Internet]. 1995;4(10):857–61. Available at: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7551133

82. Frazier TW, Youngstrom EA, Fristad MA, Demeter C, Birmaher B, Kowatch RA, vd. Improving Clinical Prediction of Bipolar Spectrum Disorders in Youth. J Clin Med [Internet]. 2014;3(1):218–32. Available at: http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4136460&tool=pmcentrez&rendertype=abstract

83. Hirschfeld RM, Williams JB, Spitzer RL, Calabrese JR, Flynn L, Keck PE, vd. Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: the Mood Disorder Questionnaire. Am J Psychiatry. 2000;157(11):1873–5.

84. Konuk N, Kiran S, Tamam L, Karaahmet E, Aydin H. Duygudurum Bozuklukları Ölçeği ’nin Türkçe Uyarlamasının Bipolar Bozukluk Taramasında Geçerliği. Türk Psikiyatr Derg. 2007;18(2):147–54.

85. MacCallum RC, Widaman KF, Zhang SB, Hong SH. Sample Size in Factor Analysis. Psychol Methods. 1999;4(1):84–99.

86. Şencan H. Sosyal ve Davranışsal Ölçümlerde Geçerlilik ve Güvenilirlik. 1.Basım. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2005. 50-420 s.

87. Hambleton RK, Patsula L. Increasing the Validity of Adapted Tests: Myths to be Avoided and Guidelines for Improving Test Adaptation Practices. J Appl Test Technol. 1999;53(9):1689–99.

88. Hambleton RK, Merenda PF, Spielberger CD. Adapting educational and psychological tests for cross-cultural assessment. Hambleton RK, Merenda PF, Spielberger CD, editörler. London: Lawrence Erlbaum Associate, Publishers; 2005.

89. Hirschfeld RMA, Williams JBW, Spitzer RL, Calabrese JR, Flynn L, Keck PE, vd. Development and Validation of a Screening Instrument for Bipolar Spectrum

Disorder: The Mood Disorder Questionnaire. Am J Psychiatry [Internet]. 2000;157(11):1873–5. Available at: http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.157.11.1873

90. Hirschfeld RMA, Holzer C, Calabrese JR, Weissman M, Reed M, Davies M, vd. Validity of the mood disorder questionnaire: A general population study. Am J Psychiatry. 2003;160(1):178–80.

91. Isometsä E, Suominen K, Mantere O, Valtonen H, Leppämäki S, Pippingsköld M, vd. The mood disorder questionnaire improves recognition of bipolar disorder in psychiatric care. BMC Psychiatry [Internet]. 2003;3:8. Available at: http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=169168&tool=pmcentrez&rendertype=abstract

92. Rouget BW, Gervasoni N, Dubuis V, Gex-Fabry M, Bondolfi G, Aubry JM. Screening for bipolar disorders using a French version of the Mood Disorder Questionnaire (MDQ). J Affect Disord. 2005;88(1):103–8.

93. Kaner S, Büyüköztürk Ş, İşeri E, Ak A, Özaydın L. Conners anababa dereceleme ölçeği yenilenmiş uzun formu: Faktör yapısı, geçerlik ve güvenirlik çalışması. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derg. 2011;18(1):45–58.

94. Kaner S, Büyüköztürk Ş, İşeri E, Ak A, Özaydın L. Conners-Wells Ergen Öz-Bildirim Ölçeği Uzun Formu: Türk Ergenlerde Psikometrik Özelliklerinin Değerlendirilmesi. Türk Psikiyatr Derg. 2011;14(2).

95. Savaşır I, Şahin N. Beck Depresyon Envanteri (BDE). Içinde: Savaşır I, Şahin NH, editörler. Bilişsel davranışçı terapilerde değerlendirme: sık kullanılan ölçekler. Türk Psikologlar Derneği Yayınları; 1997. s. 23–38.

96. Beck AT, Steer RA. Internal consistencies of the original and revised beck depression inventory. J Clin Psychol. 1984;40(6):1365–7.

97. Hisli N. Beck Depresyon Ölçeği'nin bir Türk örnekleminde geçerlilik ve güvenilirliği. Psikol Derg. 1988;6:118–22.

98. Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenirliği. Psikol Derg. 1989;7(23):3–13.

99. Derogatis L, Spencer P. Administration and procedures: BSI manual I. Balt Clin Psychom Res. 1982;

100. Şahin NH, Durak A. Kısa Semptom Envanteri (Brief Symptom Invetory-BSI): Türk Gençleri İçin Uyarlanması. Türk Psikol Derg. 1994;9(31):44–56.

101. Savaşır I, Şahin NH. Bilişsel-Davranışçı Terapilerde Değerlendirme: Sık Kullanılan Ölçekler [The Assessment in Cognitive-Behavioral Therapy: Commonly Used Scales]. Türk Psikologlar Derneği Yayınları; 1994.

102. Şahin NH, Durak Batıgün A, Uğurtaş S. Kısa Semptom Envanteri (KSE): Ergenler İçin Kullanımının Geçerlik, Güvenilirlik ve Faktör Yapısı. Turk Psikiyatri Derg [Internet]. 2002;13(2):125–35. Available at: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12794665

103. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. J Psychopathol Behav Assess. 2004;26(1):41–54.

104. Rugancı N, Gençöz T. Psychometric properties of a Turkish version of the difficulties in emotion regulation scale. J Clin Psychol. 2010;66(4):442–55.

105. Atlı Z, Eskin M, Dereboy Ç. İntihar Olasılığı Ölçeğinin (İOÖ) Klinik Örneklemde Geçerlik ve Güvenirliği. Klin Psikiyatr. 2009;12:111–24.

106. Tuğcu H. Normal ve depresif kişilerde çeşitli faktörlere göre intihar olasılığı. Hacettepe Üniversitesi; 1996.

107. Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao U, Flynn C, Moreci P, vd. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): Initial Reliability and Validity Data. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1997;36(7):980–8.

108. Gökler B, Ünal F, Pehlivantürk B, Kültür EÇ, Akdemir D, Taner Y. Okul Çağı Çocuklari İçin Duygulanim Bozukluklari ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-Türkçe Uyarlamasinin Geçerlik ve Güvenirliği. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Ve Hast. 2004;11(3):109–16.

109. World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. Jama [Internet]. 2013;310(20):2191–4. Available at: htp://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edb&AN=61202708&site=eds-live&scope=site%5Cnhttp://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24309077%5Cnhttp://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24458102%5Cnhttp://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.2013.2

110. Miguez M, Weber B, Debbané M, Balanzin D, Gex-Fabry M, Raiola F, vd. Screening for bipolar disorder in adolescents with the mood disorder questionnaire - adolescent version (MDQ-A) and the child bipolar questionnaire (CBQ). Early Interv Psychiatry. 2013;7(3):270–7.

111. Fritz K, Russell AMT, Allwang C, Kuiper S, Lampe L, Malhi GS. Is a delay in the diagnosis of bipolar disorder inevitable? Bipolar Disord. 2017;19(5):396–400.

112. Durukan I, Karaman D, Kara K, Türker T, Tufan AE, Yalçin Ö, vd. Diagnoses of patients referring to a child and adolescent psychiatry outpatient clinic. Dusunen Adam. 2011;24(2):113–20.

113. Rutter M, Caspi A, Moffitt TE. Using sex differences in psychopathology to study causal mechanisms: Unifying issues and research strategies. C. 44, Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines. 2003. s. 1092–115.

114. Escamilla I, Wozniak J, Soutullo C a, Gamazo-Garrán P, Figueroa-Quintana A, Biederman J. Pediatric bipolar disorder in a Spanish sample: results after 2.6years of follow-up. J Affect Disord [Internet]. 2011;132(1–2):270–4. Available at: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21334070

115. Soutullo CA, Escamilla-Canales I, Wozniak J, Gamazo-Garr??n P, Figueroa-Quintana A, Biederman J. Pediatric bipolar disorder in a Spanish sample: Features before and at the time of diagnosis. J Affect Disord. 2009;118(1–3):39–47.

116. TSUCHIYA KJ, AGERBO E, BYRNE M, MORTENSEN PB. Higher socio-economic status of parents may increase risk for bipolar disorder in the offspring. Psychol Med

[Internet]. 2004;34(5):787–93. Available at: http://www.journals.cambridge.org/abstract_S0033291703001491

117. Goldstein BI, Shamseddeen W, Axelson DA, Kalas C, Monk K, Brent DA, vd. Clinical, demographic, and familial correlates of bipolar spectrum disorders among offspring of parents with bipolar disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2010;49(4):388–96.

118. Birmaher B, Axelson D PM. Bipolar Disorder. Içinde: Andres M FR, editör. Lewis's Child and Adolescent Psychiatry A Comprehensive Textbook. 4th baskı LWW; 2007. s. 513–28.

119. Wozniak J, Faraone S V., Mick E, Monuteaux M, Coville A, Biederman J. A controlled family study of children with DSM-IV bipolar-I disorder and psychiatric co-morbidity. Psychol Med [Internet]. 2010;40(7):1079–88. Available at: http://www.journals.cambridge.org/abstract_S0033291709991437

120. Currier D, Mann MJ, Oquendo MA, Galfalvy H, Mann JJ. Sex differences in the familial transmission of mood disorders. J Affect Disord. 2006;95(1–3):51–60.

121. McElroy SL, Strakowski SM, West SA, Keck PEJ, McConville BJ. Phenomenology of adolescent and adult mania in hospitalized patients with bipolar disorder. Am J Psychiatry. 1997;154(1):44–9.

122. Carlson GA, Bromet EJ, Sievers S. Phenomenology and outcome of subjects with early- and adult-onset psychotic mania. Am J Psychiatry. 2000;157(2):213–9.

123. Biederman J, Faraone S V, Monuteaux MC, Feighner JA. Patterns of Alcohol and Drug Use in Adolescents Can Be Predicted by Parental Substance Use Disorders. Pediatrics [Internet]. 2000;106(4):792. Available at: https://pallas2.tcl.sc.edu/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=3685883&site=ehost-live

124. Biederman J, Faraone S V., Wozniak J, Monuteaux MC. Parsing the association between bipolar, conduct, and substance use disorders: A familial risk analysis. Biol Psychiatry. 2000;48(11):1037–44.

125. Kwok SYCL, Shek DTL. Cognitive, Emotive, and Cognitive-Behavioral Correlates of Suicidal Ideation among Chinese Adolescents in Hong Kong. ScientificWorldJournal [Internet]. 2010;10:187–202. Available at: http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=psyc10&NEWS=N&AN=2013-28858-012%5Cn%3CGo%5Cnto

126. Kupfer DJ, Frank E, Grochocinski VJ, Cluss PA, Houck PR, Stapf DA. Demographic and clinical characteristics of individuals in a bipolar disorder case registry. J Clin Psychiatry [Internet]. 2002;63(2):120–5. Available at: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11874212

127. Stine OC, Xu J, Koskela R, McMahon FJ, Gschwend M, Friddle C, vd. Evidence for linkage of bipolar disorder to chromosome 18 with a parent-of-origin effect. Am J Hum Genet [Internet]. 1995;57(6):1384–94. Available at: http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1801428&tool=pmcentrez&rendertype=abstract

128. Arisoy O, Oral ET. Bipolar Bozuklukla Ilgili Genetik Araştirmalar: Bir Gözden Geçirme.

C. 20, Türk psikiyatri dergisi = Turkish journal of psychiatry. 2009. s. 282–93.

129. Özdemir O, Coşkun S, Aktan Mutlu E, Özdemir PG, Atli A, Yilmaz E, vd. Family History in Patients with Bipolar Disorder. Noro Psikiyatr Ars [Internet]. 2016;53(3):276–9. Available at: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28373808%5Cnhttp://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28373808

130. Erkiran M, Kahraman E, Evren C, Tomruk N. Ergen ve Erişkin Başlangıçlı Manide Aile Yüklülüğü : Karşılaştırmalı Bir Çalışma. Comp Gen Pharmacol. 2003;129–34.

131. Antypa N, Serretti A. Family history of a mood disorder indicates a more severe bipolar disorder. J Affect Disord [Internet]. Mart 2014;156:178–86. Available at: http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165032713008537

132. Hulvershorn LA, King J, Monahan PO, Wilcox HC, Mitchell PB, Fullerton JM, vd. Substance use disorders in adolescent and young adult relatives of probands with bipolar disorder: What drives the increased risk? Compr Psychiatry. 2017;78:130–9.

133. Neria Y, Olfson M, Gameroff MJ, Wickramaratne P, Pilowsky D, Verdeli H, vd. Trauma exposure and posttraumatic stress disorder among primary care patients with bipolar spectrum disorder. Bipolar Disord. 2008;10(4):503–10.

134. Graves RE, Alim TN, Aigbogun N, Chrishon K, Mellman TA, Charney DS, vd. Diagnosing bipolar disorder in trauma exposed primary care patients. Bipolar Disord. 2007;9(4):318–23.

135. Marchand WR, Wirth L, Simon C. Adverse life events and pediatric bipolar disorder in a community mental health setting. C. 41, Community Mental Health Journal. 2005. s. 67–75.

136. Post RM, Leverich GS. The role of psychosocial stress in the onset and progression of bipolar disorder and its comorbidities: the need for earlier and alternative modes of therapeutic intervention. Dev Psychopathol [Internet]. 2006;18(4):1181–211. Available at: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17064434

137. Wan Salwina WI, Baharudin A, Nik Ruzyanei NJ, Midin M, Rahman FNA. Attention Deficit Hyperactivity Disorder symptoms reporting in Malaysian adolescents: Do adolescents, parents and teachers agree with each other? Asian J Psychiatr. 2013;6(6):483–7.

138. Torrente F, López P, Lischinsky A, Cetkovich-Bakmas M, Manes F. Depressive symptoms and the role of affective temperament in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): A comparison with bipolar disorder. J Affect Disord [Internet]. Ekim 2017;221:304–11. Available at: http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165032717301696

139. Hauser M, Correll CU. The significance of at-risk or prodromal symptoms for bipolar i disorder in children and adolescents. Can J Psychiatry. 2013;58(1):22–31.

140. Hirschfeld RM, Williams JB, Spitzer RL, Calabrese JR, Flynn L, Keck PE, vd. Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: the Mood Disorder Questionnaire. Am J Psychiatry [Internet]. 2000;157:1873–5. Available at: http://ajp.psychiatryonline.org.ezproxy.webfeat.lib.ed.ac.uk/article.aspx?Volume=1

57&page=1873&journalID=13%5Cnhttp://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=11058490

141. Hirschfeld RMA, Williams JBW, Spitzer RL, Calabrese JR, Flynn L, Keck J, vd. Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: The mood disorder questionnaire. Am J Psychiatry. 2000;157(11):1873–5.

142. Zimmerman M, Galione JN. Screening for Bipolar Disorder with the Mood Disorders Questionnaire: A Review. Harv Rev Psychiatry [Internet]. 2011;19(5):219–28. Available at: http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00023727-201109200-00001

143. Kung S, Palmer BA, Lapid MI, Poppe KA, Alarcon RD, Frye MA. Screening for bipolar disorders: Clinical utilization of the Mood Disorders Questionnaire on an inpatient mood disorders unit. J Affect Disord. 2015;188:97–100.

144. Carvalho AF, Takwoingi Y, Sales PMG, Soczynska JK, Köhler CA, Freitas TH, vd. Screening for bipolar spectrum disorders: A comprehensive meta-analysis of accuracy studies. J Affect Disord. 2015;172:337–46.

145. Hirschfeld RM, Williams JB, Spitzer RL, Calabrese JR, Flynn L, Keck Jr. PE, vd. Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: the Mood Disorder Questionnaire. AmJ Psychiatry. 2000;157(0002–953X):1873–5.

146. Benazzi F. Improving the Mood Disorder Questionnaire to Detect Bipolar II Disorder [2]. C. 48, Canadian Journal of Psychiatry. 2003. s. 770–1.

147. Miller CJ, Klugman J, Berv DA, Rosenquist KJ, Nassir Ghaemi S. Sensitivity and specificity of the Mood Disorder Questionnaire for detecting bipolar disorder. J Affect Disord. 2004;81(2):167–71.

148. Hirschfeld RM a., Cass AR, Holt DCL, Carlson C a. Screening for bipolar disorder in patients treated for depression in a family medicine clinic. J Am Board Fam Pract [Internet]. 2005;18(4):233–9. Available at: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15994469

149. Hardoy MC, Caddedu M, Murru A. Validation of the Italian version of the “Mood Disorder Questionnaire” for the screening of bipolar disorders. Clin Pract Epidemiol Ment Heal. 2005;1(8).

150. Chung KF, Tso KC, Cheung E, Wong M. Validation of the Chinese version of the Mood Disorder Questionnaire in a psychiatric population in Hong Kong. Psychiatry Clin Neurosci. 2008;62(4):464–71.

151. de Dios C, Ezquiaga E, García A, Montes JM, Avedillo C, Soler B. Usefulness of the Spanish version of the mood disorder questionnaire for screening bipolar disorder in routine clinical practice in outpatients with major depression. Clin Pract Epidemiol Ment Health [Internet]. 2008;4:14. Available at: http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2359744&tool=pmcentrez&rendertype=abstract%5Cnhttp://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18498637%5Cnhttp://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC2426693

152. Kemp DE, Hirschfeld RMA, Ganocy SJ, Elhaj O, Slembarski R, Bilali S, vd. Screening for

bipolar disorder in a county jail at the time of criminal arrest. J Psychiatr Res. 2008;42(9):778–86.

153. Kim B, Wang HR, Son JI, Kim CY, Joo YH. Bipolarity in depressive patients without histories of diagnosis of bipolar disorder and the use of the Mood Disorder Questionnaire for detecting bipolarity. Compr Psychiatry [Internet]. Eylül 2008;49(5):469–75. Available at: http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0010440X08000084

154. Sanchez-moreno J, Villagran JM, Gutierrez JR, Camacho M, Ocio S, Palao D, vd. Adaptation and validation of the Spanish version of the Mood Disorder Questionnaire for the detection of bipolar disorder. Bipolar Disord. 2008;10(3):400–12.

155. Tafalla M, Sanchez-Moreno J, Diez T, Vieta E. Screening for bipolar disorder in a Spanish sample of outpatients with current major depressive episode. J Affect Disord. 2009;114(1–3):299–304.

156. Twiss J, Jones S, Anderson I. Validation of the Mood Disorder Questionnaire for screening for bipolar disorder in a UK sample. J Affect Disord. 2008;110(1–2):180–4.

157. Dodd S, Williams LJ, Jacka F, Pasco J, Bjerkeset O, Berk M. Reliability of the Mood Disorder Questionnaire: Comparison with the Structured Clinical Interview for the DSM-IV-TR in a population sample. Aust N Z J Psychiatry. 2009;43(6):526–30.

158. Jon DI, Hong N, Yoon BH, Jung HY, Ha K, Shin YC, vd. Validity and reliability of the Korean version of the Mood Disorder Questionnaire. Compr Psychiatry [Internet]. 2009;50(3):286–91. Available at: http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsych.2008.07.008

159. Gervasoni N, Weber Rouget B, Miguez M, Dubuis V, Bizzini V, Gex-Fabry M, vd. Performance of the Mood Disorder Questionnaire (MDQ) according to bipolar subtype and symptom severity. Eur Psychiatry. 2009;24(5):341–4.

160. Zimmerman M, Galione JN, Ruggero CJ, Chelminski I, McGlinchey JB, Dalrymple K, vd. Performance of the mood disorders questionnaire in a psychiatric outpatient setting. Bipolar Disord. 2009;11(7):759–65.

161. Castelo MS, Carvalho ER, Gerhard ES, Costa CMC, Ferreira ED, Carvalho AF. Validity of the mood disorder questionnaire in a Brazilian psychiatric population. Rev Bras Psiquiatr. 2010;32(4):424–8.

162. Article O, Ghoreishizadeh MA, Amiri S, Pezeshki MZ, Bakhtshadi F, Ranjbar F. Validity of Persian Version of Mood Disorder Questionnaire in Diagnosis of Bipolar Mood Disorder in Depressive Phase. Iran J Psychiatry Behav Sci. 2011;5(1):1–6.

163. De Sousa Gurgel W, Rebouças DB, Negreiros De Matos KJ, Carneiro AHS, Gomes De Matos E Souza F. Brazilian Portuguese validation of Mood Disorder Questionnaire. Compr Psychiatry. 2012;53(3):308–12.

164. Yang HC, Liu TB, Rong H, Bi JQ, Ji EN, Peng HJ, vd. Evaluation of Mood Disorder Questionnaire (MDQ) in patients with mood disorders: A multicenter trial across China. PLoS One. 2014;9(4):3–9.

165. Pan PY, Yeh C Bin. Mood disturbance in adolescents screened by the mood disorder

questionnaire predicts poorer social adjustment. J Adolesc Heal [Internet]. 2015;56(6):652–7. Available at: http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.02.011

166. De Sousa Gurgel W, Rebouças DB, Negreiros De Matos KJ, Carneiro AHS, Gomes De Matos E Souza F. Brazilian Portuguese validation of Mood Disorder Questionnaire. Compr Psychiatry [Internet]. 2012;53(3):308–12. Available at: http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsych.2011.04.059

167. Halmøy A, Halleland H, Dramsdahl M, Bergsholm P, Fasmer OB, Haavik J. Bipolar symptoms in adult attention-deficit/hyperactivity disorder: A cross-sectional study of 510 clinically diagnosed patients and 417 population-based controls. J Clin Psychiatry. 2010;71(1):48–57.

168. Geller B, Zimerman B, Williams M, Delbello MP, Frazier J, Beringer L. Phenomenology of prepubertal and early adolescent bipolar disorder: examples of elated mood, grandiose behaviors, decreased need for sleep, racing thoughts and hypersexuality. J Child Adolesc Psychopharmacol. 2002;12(1):3–9.

169. Weinstein SM, West AE, Pavuluri MN. Psychosocial Intervention for Pediatric Bipolar Disorder (PBD): Current and Future Directions. Expert Rev Neurother. 2015;13(7):843–50.

170. Zou KH, O'Malley AJ, Mauri L. Receiver-operating characteristic analysis for evaluating diagnostic tests and predictive models. Circulation. 2007;115(5):654–7.

171. Kumar R, Indrayan A. Receiver Operating Characteristic (ROC) Curve for Medical Researchers. Indian Pediatr [Internet]. 2011;48(4):277–87. Available at: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21532099

172. Youngstrom EA, Findling RL, Calabrese JR, Gracious BL, Demeter C, DelPorto Bedoya D, vd. Comparing the Diagnostic Accuracy of Six Potential Screening Instruments for Bipolar Disorder in Youths Aged 5 to 17 Years. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry [Internet]. 2004;43(7):847–58. Available at: http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0890856709614039

173. Tillman R, Geller B, Craney JL, Bolhofner K, Williams M, Zimerman B. Relationship of parent and child informants to prevalence of mania symptoms in children with a prepubertal and early adolescent bipolar disorder phenotype. Am J Psychiatry. 2004;161(7):1278–84.

174. Pavuluri MN. Parental report version of the Mood Disorder Questionnaire for adolescents has good sensitivity and specificity for diagnosing bipolar disorder in psychiatric outpatient clinics. Evid Based Ment Heal. 2007;10(1):9.

175. Zimmerman M, Galione JN, Ruggero CJ, Chelminski I, Dalrymple K, Young D. Are screening scales for bipolar disorder good enough to be used in clinical practice? Compr Psychiatry [Internet]. 2011;52(6):600–6. Available at: http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsych.2011.01.004

176. Najt P, Perez J, Sanches M, Peluso MAM, Glahn D, Soares JC. Impulsivity and bipolar disorder. C. 17, European Neuropsychopharmacology. 2007. s. 313–20.

177. Strakowski SM, Fleck DE, DelBello MP, Adler CM, Shear PK, Kotwal R, vd. Impulsivity across the course of bipolar disorder. Bipolar Disord. 2010;12(3):285–97.

178. Gulec H, Tamam L, Usta H, Saygili I, Yazici Gulec M, Zengin M, vd. Impulsivity in bipolar disorder. Anadolu Psikiyatr Derg [Internet]. 2009;10(3):198–203. Available at: http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=psyc6&AN=2009-17581-005%5Cnhttp://imp-primo.hosted.exlibrisgroup.com/openurl/44IMP/44IMP_services_page?sid=OVID&isbn=&issn=1302-6631&volume=10&issue=3&date=2009&title=Anadolu+Psikiyatri+

179. Chiu JF, Chokka PR. Prevalence of Bipolar Disorder symptoms in Primary Care (ProBiD-PC): A Canadian study. Can Fam Physician [Internet]. 2011;57(2):e58–67. Available at: https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-79952090642&partnerID=40&md5=ed7af32e3ba82a3e69e828356975db9e

180. Üstündağ MF, Kesebir S. İki Uçlu Bozuklukta İçselleştirilmiş Damgalanma: Klinik Özellikler, Yaşam Kalitesi ve Tedaviye Uyum ile İlişkisi. Türk Psikiyatr Derg. 2013;24.

181. Akdemir D, Zeki A, Ünal DY, Kara M, Çetin FÇ. Kendine zarar verme davranışı olan ergenlerde psikiyatrik belirtiler, kimlik karmaşası ve benlik saygısı TT - Identity status and self-esteem in adolescents with non-suicidal self-injurious behavior. Anadolu Psikiyatr Derg [Internet]. 2013;14(1):69–76. Available at: http://publicaciones.umh.es/docview/1449313644?accountid=28939

182. Costa LDS, Alencar ÁP, Neto PJN, Dos Santos MDSV, Da Silva CGL, Pinheiro SDFL, vd. Risk factors for suicide in bipolar disorder: A systematic review. J Affect Disord. 2015;170:237–54.

183. das Neves Peixoto FS, de Sousa DF, Luz DCRP, Vieira NB, Gonçalves Júnior J, dos Santos GCA, vd. Bipolarity and suicidal ideation in children and adolescents: a systematic review with meta-analysis. Ann Gen Psychiatry [Internet]. 2017;16(1):22. Available at: http://annals-general-psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12991-017-0143-5

184. Latalova K, Kamaradova D, Prasko J. Suicide in bipolar disorder: A review. C. 26, Psychiatria Danubina. 2014. s. 108–14.

185. Connor DF, Ford JD, Pearson GS, Scranton VL, Dusad A. Early-Onset Bipolar Disorder: Characteristics and Outcomes in the Clinic. J Child Adolesc Psychopharmacol [Internet]. 22 Ağustos 2017;cap.2017.0058. Available at: http://online.liebertpub.com/doi/10.1089/cap.2017.0058

186. Sivakumar T, Agarwal V, Sitholey P. Comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder and bipolar disorder in North Indian clinic children and adolescents. Asian J Psychiatr [Internet]. Haziran 2013;6(3):235–42. Available at: http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1876201813000051

EKLER

Ek-1 Ölçek İçin Alınan İzin Belgesi



Validation of the MDQ-A for Bipolar Disorders in Adolescents

Ebru yılmaz <ebruy86@gmail.com>13 Nisan 2015 16:02

Alıcı: kwagner@utmb.edu

Dear Karen Dimeen Wagner;

I am working at the Ege University Medical School, Department of Child and Adolescent Psychiatry, Izmir, Turkey. I am currently studying about Bipolar disorders in adolescents. When I explored the literature, I noticed your Study "Validation of the Mood Disorder Questionnaire for Bipolar Disorders in Adolescents". We would like to ask for permission MDQ-A to translate in Turkish and we want to do validation study of MDQ-A If possible, we kindly ask you to send us your original study and MDQ-A. On the other hand, if you share your experiences with us in this area, we will be very pleased.

Best regards.

Ebru YILMAZ, MD.

Ege University Medical School

Department of Child and Adolescent Psychiatry

İzmir-Turkey

Wagner, Karen D. <kwagner@utmb.edu>13 Nisan 2015 23:59 Alıcı: Ebru yılmaz <ebruy86@gmail.com>

Dear Dr. Yilmaz,

You have my permission to translate the MDQ-A into Turkish.

Karen Dineen Wagner, MD, PhD

Marie B. Gale Centennial Professor and Chair Ad Interim Director, Division of Child and Adolescent Psychiatry Director, Undergraduate Education

Department of Psychiatry and Behavioral Sciences
University of Texas Medical Branch

Phone: 409-747-8330

Ek-2 Etik Kurul Araştırma Başvurusu Onay Belgesi

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2.Kat. Erzene Ankara Cad. 35100 Bornova / İZMİR
Tel:0 232 390 4219 - 373 78 81 Fax: 0232 390 21 34
e-mail: aetikk@mail.ege.edu.tr www.aek.med.ege.edu.tr

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAY BELGESİ

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Ergenler İçin Duygudurum Bozuklukları Ölçeği- Ebeveyn" Formunun Geçerlilik Çalışması.
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	-
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Tezan BİLDİK
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UZMANLIK ALANI	Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
	VARSA İDARİ SORUMLU ÜNVANI/ADI/SOYADI	-
	DESTEKLEYİCİ	-
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ ÜNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. kaynaklardan destek alanlar için)	-
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-
	ARAŞTIRMANIN FAZI VE TÜRÜ	FAZ 1 ☐ FAZ 2 ☐ FAZ 3 ☐ FAZ 4 ☐ Gözlemsel İlaç Çalışması ☐ Tıbbi Cihaz klinik Araştırması ☐ İn Vitro Tıbbi Tanı Cihazları İle Yapılan Performans Değerlendirme Çalışmaları ☐ İlaç Dışı Klinik Araştırma ☒ Diğer ise belirtiniz
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒ ÇOK MERKEZLİ ☐ ULUSAL ☒ ULUSLARARASI ☐

ASLI GİBİDİR
Sumru FESCİOĞLU
EÜTF Klinik Araştırmaları
Etik Kurulu Sekreteri

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	20.07.2016	–	Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	EBEVEYNLER İÇİN ÖRNEKLEM GRUBU İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	20.07.2016	–	Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	KLİNİK ÖRNEKLEM GRUBU İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	20.07.2016	–	Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	KONTROL GRUBU İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	20.07.2016	–	Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	–	–	Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	SİGORTA	☐		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☒ İmza tarihi: 20.07.2016		
	DİĞER	☐		

KARAR BİLGİLERİ		
	Karar Nu: 16-9/5	**Tarih:** 27.09.2016
	Yukarıda başvuru bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak Kurulumuzca incelenmiş, **araştırma giderlerinin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödetilmediği koşullarda** araştırmaya başlanmasının etik açıdan uygun bulunduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.	

EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu, Tıbbi Cihaz Klinik Araştırmaları Yönetmeliği
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	**Prof. Dr. Ayşenur OKTAY**

Unvanı / Adı / Soyadı EK Üyeliği	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Ayşenur OKTAY Başkan	Radyodiagnostik	EÜ. Tıp Fakültesi Radyoloji AD	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Prof. Dr. Aytül ÖNAL Başkan Yardımcısı	Tıbbi Farmakoloji	E.Ü. Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji AD.	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	

Etik Kurul Başkanının Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Ayşenur OKTAY	İMZA	Araştırma Başvurusu Onay Belgesi	Belge Kodu	Rev. Tarihi / No.su:	Sayfa
			22	28.09.2011/05	1/2

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2.Kat. Erzene Ankara Cad. 35100 Bornova / İZMİR
Tel:0 232 390 4219 - 373 78 81 Fax: 0232 390 21 34
e-mail: aetikk@mail.ege.edu.tr www.aek.med.ege.edu.tr

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAY BELGESİ

KARAR BİLGİLERİ	Karar Nu : 16- 9/5					
Unvanı / Adı / Soyadı EK Üyeliği	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Suna TOKSAVUL **Üye**	Protetik Diş Tedavisi	E.Ü. Diş Hek. Fakültesi Protetik Diş Tedavisi AD.	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Prof. Dr. Sarenur GÖKBEN **Üye**	Çocuk Nörolojisi	EÜ. Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Prof. Dr. Abdullah SAYINER **Üye**	Göğüs Hastalıkları	EÜ. Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları AD	E	☐ E ☒ H	☐ E ☒ H	TOPLANTIYA KATILMADI
Prof. Dr. Bülent SEMERCİ **Üye**	Üroloji	E.Ü. Tıp Fakültesi Üroloji AD.	E	☐ E ☒ H	☐ E ☒ H	TOPLANTIYA KATILMADI
Prof. Dr. Süheyla ALTUĞ ÖZSOY **Üye**	Halk Sağlığı Hemşireliği	EÜ. Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği AD.	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Prof. Dr. Murat PEHLİVAN **Üye**	Biyofizik	E.Ü. Tıp Fakültesi Biyofizik AD.	E	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Prof. Dr. Çağatay ÜSTÜN **Üye**	Tıp Tarihi ve Etik	E.Ü. Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik AD.	E	☐ E ☒ H	☐ E ☒ H	TOPLANTIYA KATILMADI
Prof. Dr. Şafak TANER **Üye**	Halk Sağlığı	E. Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Doç. Dr. Ayşe EROL **Üye**	Tıbbi Farmakoloji	E.Ü. Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji AD.	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Yard. Doç. Dr. Gülsün AYGÖRMEZ UĞURLUBAY **Üye**	Ceza Hukuku	Serbest	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Uzm. Ecz. Ebru BEDIR **Üye**	Eczacı	E.U. Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji AD.	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Uzm. Dr. Özlem EKER **Üye**	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	Serbest	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Fatma BÜYÜKAKKUŞ **Üye**	Ziraat Mühendisi	Emekli	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	

* Araştırma ile İlişki
** Toplantıda Bulunma

ASLI GİBİDİR
Sumru PESCİOĞLU
EÜTF Klinik Araştırmaları
Etik Kurulu Sekreteri

Ek- 3,4 Bilgilendirilmiş Onam Formları

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (FORM 17) Ergen

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.

ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?

Bipolar bozukluk kronik, tekrarlayıcı ve maluliyete yol açabilen bir hastalıktır. Ergenlik döneminde başlangıç gösterebilir, yüksek risk için kanıtlanmış tek durum pozitif aile öyküsüdür. Bipolar bozukluk prodromal dönem dediğimiz hastalanma öncesi dönemde bazı belirtilerle seyreder, bu belirtileri erken saptayabilecek bir tanısal aracın Türkçe' ye kazandırılması, bu sayede olguların erken tanısının saptanması ve tedavisinin planlanabilmesi sağlanabilecektir.

KATILMA KOŞULLARI NEDİR?

Bu çalışmaya dahil edilebilmen için; 12-18 yaş aralığında olman, çalışmaya katılmakta gönüllü olman ve onam formunu okuyarak imzalaman gerekir.

NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?

Çalışmaya alınman durumunda, çalışma ile ilgili ayrıntılı bilgi verilecek, gönüllülerden onay alınacaktır. Onam formunu okuyup imzalaman istenecektir. Seninle ilgili genel bilgiler için, yaş, cinsiyet, okul, aile, tıbbi özgeçmiş bilgilerini sorgulayan sosyodemografik veri formu uygulanacaktır. Seninle psikiyatrik klinik görüşme yapılacak ve Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi kullanılarak Çocuk Psikiyatrisi asistanı tarafından birebir muayene edilerek değerlendirileceksin. Görüşmeye katkıda bulunan birtakım ölçekler verilecek ve bunları doğru ve eksiksiz bir biçimde yanıtlaman istenecektir. Ayrıca seninle ilgili değerlendirmeyi eksiksiz bir biçimde yapabilmek amacıyla ebeveynine de de birtakım formlar verilecek ve bu formlardaki soruları yanıtlaması istenecektir. Soruların doğru veya yanlış bir cevabı yoktur. Araştırma sonuçlarının geçerliliği ve güvenilirliği için lütfen tüm soruları sana en yakın gelen cevap ile eksiksiz ve samimi bir şekilde yanıtlamaya özen göster. Verdiğin bilgiler araştırma ekibi tarafından gizli tutulacaktır. Yapılacak olan klinik görüşme herhangi bir invaziv girişimi ya da ilaç uygulamasını gerektirmez.

SORUMLULUKLARIM NEDİR?

Araştırma ile ilgili olarak randevulara zamanında gelmek ve verilen formları doğru ve eksiksiz olarak doldurman senin sorumluluğundur. Bu koşullara uymadığın durumlarda araştırıcı seni uygulama dışı bırakabilme yetkisine sahiptir.

KATILIMCI SAYISI NEDİR?

Araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı 200 'dür.

KATILIMIM NE KADAR SÜRECEKTİR?

Bu araştırmada yer alman için öngörülen süre yaklaşık 1.5 saattir.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?

Katıldığın bu çalışma, yalnızca araştırma amaçlıdır ve doğrudan tıbbi yarar görmen söz konusu değildir. Bu araştırmaya katılmak tamamen senin isteğine bağlı olup gönüllülük ilkesine dayanmaktadır ve katılman durumunda bu araştırmadan çıkarılan sonuçlar başka gençlerin ve ailelerinin yararına kullanılabilecektir. Olası bir ruhsal patoloji saptanırsa uygun birime yönlendirileceksiniz.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER NEDİR?

Beklenen olası bir risk yoktur.

HANGİ KOŞULLARDA ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILABİLİRİM?

Araştırma ile ilgili olarak verilen randevulara zamanında gelmeni ve verilen formları eksiksiz doldurmanı isteyeceğiz. Bu koşullara uymadığın durumlarda araştırıcı sizi uygulama dışı bırakabilecektir.

HERHANGİ BİR ZARARLANMA DURUMUNDA YÜKÜMLÜLÜK/SORUMLULUK KİMDEDİR VE NE YAPILACAKTIR?

Araştırmaya bağlı bir zarar söz konusu değildir, yapılacak değerlendirme sana ve senin ruhsal gelişimine etki etmeyecektir.

ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN KİMİ ARAMALIYIM?

Uygulama süresi boyunca, sen veya ebeveynin sorumlu Araştırıcıyı önceden bilgilendirmek için, araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun olması durumundan 0(232) 390 14 07 no.lu telefondan Dr. Ebru ÇATUK' a başvurabilirsin.

ÇALIŞMA KAPSAMINDAKİ GİDERLER KARŞILANACAK MIDIR?

Yapılacak muayene ve diğer araştırma masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.

ÇALIŞMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MIDIR?

Çalışma Ege Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı tarafından yürütülmektedir. Çalışmayı maddi açıdan destekleyen kurum ve/veya kuruluş yoktur.

ÇALIŞMAYA KATILMAM NEDENİYLE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?

Bu araştırmada yer alman nedeniyle sana veya ebeveynine hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

ARAŞTIRMAYA KATILMAYI KABUL ETMEMEM VEYA ARAŞTIRMADAN AYRILMAM DURUMUNDA NE YAPMAM GEREKİR?

Bu araştırmada yer almak tamamen senin isteğine bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsin ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsin; reddetme veya vazgeçme durumunda bile sonraki bakımın garanti altına alınacaktır. Araştırıcı, klinik görüşmeye engel olacak şekilde davranman halinde ancak bilgin dahilinde seni araştırmadan çıkarabilir. Bu durumda da sonraki bakımın garanti altına alınacaktır.

Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmen ya da araştırıcı tarafından çıkarılman durumunda, seninle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilecektir.

KATILMAMA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MİDİR?

Sana ait tüm tıbbi ve kimlik bilgilerin gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgilerin verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerine ulaşabilir. Sen ve ebeveynin de istediğinizde kendine ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren 2 sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm

soruları araştırıcıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

VELAYET VEYA VESAYET ALTINDA BULUNANLAR İÇİN VELİ VEYA VASİNİN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

ARAŞTIRMA EKİBİNDE YER ALAN VE YETKİN BİR ARAŞTIRMACININ		İMZASI
ADI & SOYADI		
TARİH		

GEREKTİĞİ DURUMLARDA TANIK		İMZASI
ADI & SOYADI		
GÖREVİ		
TARİH		

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (FORM 17) Ebeveyn

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.

ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?

Bipolar bozukluk kronik, tekrarlayıcı ve maluliyete yol açabilen bir hastalıktır. Ergenlik döneminde başlangıç gösterebilir, yüksek risk için kanıtlanmış tek durum pozitif aile öyküsüdür. Bipolar bozukluk prodromal dönem dediğimiz hastalanma öncesi dönemde bazı belirtilerle seyreder, bu belirtileri erken saptayabilecek bir tanısal aracın Türkçe' ye kazandırılması, bu sayede olguların erken tanısının saptanması ve tedavisinin planlanabilmesi sağlanabilecektir.

KATILMA KOŞULLARI NEDİR?

Bu çalışmaya dahil edilebilmeniz için; çocuğunuzun 12-18 yaş grubunda olması, klinik olarak normal zeka düzeyinde olması, çalışmaya katılmakta gönüllü olmanız ve onam formunu okuyarak imzalamanız gerekir.

NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?

Çalışmaya alınmanız durumunda, çalışma ile ilgili ayrıntılı bilgi verilecek, gönüllülerden onay alınacaktır. Onam formunu okuyup imzalamanız istenecektir. Çocuğunuz ile ilgili genel bilgiler için, yaş, cinsiyet, okul, aile, tıbbi özgeçmiş bilgilerini sorgulayan sosyodemografik veri formu uygulanacaktır. Çocuğunuzla psikiyatrik klinik görüşme yapılarak ve Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi kullanılarak Çocuk Psikiyatrisi asistanı tarafından birebir muayene edilerek değerlendirilecektir. Çocuğunuza klinik görüşmeye katkıda bulunan birtakım ölçekler verilecektir. Ebeveynin çocukla ilgili değerlendirmesini yapabilmek amacıyla ebeveyne de birtakım formlar verilecek ve bu formlardaki soruları yanıtlamanız istenecektir. Soruların doğru veya yanlış bir cevabı yoktur. Araştırma sonuçlarının geçerliliği ve güvenilirliği için lütfen tüm soruları size en yakın gelen cevap ile eksiksiz ve samimi bir şekilde yanıtlamaya özen gösteriniz. Verdiğiniz bilgiler araştırma ekibi tarafından gizli tutulacaktır. Yapılacak olan klinik görüşme herhangi bir invaziv girişimi ya da ilaç uygulamasını gerektirmez.

SORUMLULUKLARIM NEDİR?

Araştırma ile ilgili olarak randevulara zamanında gelmek ve verilen formları doğru ve eksiksiz olarak doldurmanız sizin sorumluluklarınızdır. Bu koşullara uymadığınız durumlarda araştırıcı sizi uygulama dışı bırakabilme yetkisine sahiptir.

KATILIMCI SAYISI NEDİR?

Araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı 200 'dür.

KATILIMIM NE KADAR SÜRECEKTİR?

Bu araştırmada yer almanız için öngörülen süre yaklaşık 1, 5 saattir.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?

Katıldığınız çalışma, yalnızca araştırma amaçlıdır ve doğrudan tıbbi yarar görmeniz söz konusu değildir. Bu araştırmaya katılmak tamamen sizin isteğinize bağlı olup gönüllülük ilkesine dayanmaktadır ve katılmanız durumunda bu araştırmadan çıkarılan sonuçlar başka gençlerin ve ailelerinin yararına kullanılabilecektir. Olası bir ruhsal patoloji saptanırsa uygun birime yönlendirileceksiniz.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER NEDİR?

Beklenen olası bir risk yoktur.

HANGİ KOŞULLARDA ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILABİLİRİM?

Araştırma ile ilgili olarak verilen randevulara zamanında gelmek ve verilen formları eksiksiz doldurmanız istenecektir. Bu koşullara uymadığınız durumlarda araştırıcı sizi uygulama dışı bırakabilecektir.

HERHANGİ BİR ZARARLANMA DURUMUNDA YÜKÜMLÜLÜK/SORUMLULUK KİMDEDİR VE NE YAPILACAKTIR?

Araştırmaya bağlı bir zarar söz konusu değildir, yapılacak değerlendirme çocuğunuzun ruhsal gelişimine etki etmeyecektir.

ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN KİMİ ARAMALIYIM?

Uygulama süresi boyunca, sorumlu Araştırıcıyı önceden bilgilendirmek için, araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun olması durumundan 0(232) 390 14 07 no.lu telefondan Dr. Ebru ÇATUK' a başvurabilirsiniz.

ÇALIŞMA KAPSAMINDAKİ GİDERLER KARŞILANACAK MIDIR?

Yapılacak muayene ve diğer araştırma masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.

ÇALIŞMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MIDIR?

Çalışma Ege Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı tarafından yürütülmektedir. Çalışmayı maddi açıdan destekleyen kurum ve/veya kuruluş yoktur.

ÇALIŞMAYA KATILMAM NEDENİYLE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

ARAŞTIRMAYA KATILMAYI KABUL ETMEMEM VEYA ARAŞTIRMADAN AYRILMAM DURUMUNDA NE YAPMAM GEREKİR?

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; reddetme veya vazgeçme durumunda bile sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır. Araştırıcı, klinik görüşmeye engel olacak şekilde davranmanız halinde ancak bilginiz dahilinde sizi araştırmadan çıkarabilir. Bu durumda da sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır.

Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırıcı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilecektir.

KATILMAMA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MİDİR?

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren 2 sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırıcıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

VELAYET VEYA VESAYET ALTINDA BULUNANLAR İÇİN VELİ VEYA VASİNİN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

ARAŞTIRMA EKİBİNDE YER ALAN VE YETKİN BİR ARAŞTIRMACININ		İMZASI
ADI & SOYADI		
TARİH		

GEREKTİĞİ DURUMLARDA TANIK		İMZASI
ADI & SOYADI		
GÖREVİ		
TARİH		

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

Doğum Tarihi(gün/ay/yıl): Doğum Yeri:

Yaşadığınız Semt:

Cinsiyeti: Kız ( ) Erkek ( )

Aile Özelliği: Çekirdek Aile ( ) Geniş Aile ( ) Parçalanmış Aile ( )

Okuyor musunuz? Evet( ) Hayır ( )

Okuduğunuz Okul:

Kaçıncı Sınıftasınız?

Özel eğitim aldınız mı? Evet ( ) Hayır ( )

Sınıf Tekrarınız oldu mu? Evet ( ) Hayır ( )

Çalışıyor musunuz? Evet ( ) Hayır ( )

Herhangi bir fiziksel hastalığınız var mı? Evet ( ) Hayır ( )

Düzenli kullanmak zorunda olduğunuz herhangi bir ilacınız var mı? Evet ( ) Hayır ( )

Herhangi bir ameliyat geçirdiniz mi? Evet ( ) Hayır ( )

Herhangi bir travmaya maruz kaldınız mı?(Ebeveyn kaybı, fiziksel şiddet, deprem, yangın, cinsel istismar vb..) Evet ( ) Hayır ( )

Annenizin:

Yaşı: 18- 29 ( ) 30-40 ( ) 41-51 ( ) 52 ve üstü ( )

Eğitim düzeyi: Okur- yazar değil ( ) İlkokul ( ) Ortaokul ( ) Lise ( ) Üniversite ( )

Mesleği: Ev Hanımı ( ) Memur ( ) İşçi ( ) Serbest meslek ( ) Diğer ( )

Tedavi görmekte olduğu psikiyatrik hastalık: Var ( ) Yok ( )

Eğer tedavi görmekte olduğu psikiyatrik hastalık varsa tanısı:

Bedensel Hastalık: Var ( ) Yok ( )

Sigara: İçmiyor ( ) Arasıra içiyor ( ) Düzenli olarak içiyor ( )

Alkol: İçmiyor ( ) Arasıra içiyor ( ) Düzenli olarak içiyor ( )

Babanızın:

Yaşı: 18- 29 ( ) 30-40 ( ) 41-51 ( ) 52 ve üstü ( )

Eğitim düzeyi: Okur- yazar değil ( ) İlkokul ( ) Ortaokul ( ) Lise ( ) Üniversite ( )

Mesleği: Memur ( ) İşçi ( ) Serbest meslek ( ) Diğer ( )

Tedavi görmekte olduğu psikiyatrik hastalık: Var ( ) Yok ( )

Eğer tedavi görmekte olduğu psikiyatrik hastalık varsa tanısı:

Bedensel Hastalık: Var ( ) Yok ( )

Sigara: İçmiyor ( ) Arasıra içiyor ( ) Düzenli olarak içiyor ( )

Alkol: İçmiyor ( ) Arasıra içiyor ( ) Düzenli olarak içiyor ( )

Kardeş: Var ( ) Yok ( )

Kardeşleri Varsa:

Yaş:	Cinsiyet:	Okul:	Kronik Hastalık:	Psikiyatrik Hastalık:
…….	………..	……	……	……
…….	………..	……	……	……
…….	………..	……	……	……
…….	………..	……	……	……
…….	………..	……	……	……
…….	………..	……	……	……

Sağlık Güvenceniz: Emekli Sandığı ( ) SSK ( ) Bağkur ( ) Yeşil kart ( )
18 yaş altı ( ) Özel Sağlık Sigortası ( ) Diğer ( ) Sigortam yok ( )

Ailenizin aylık toplam geliri: 500 TL altı ( ) 500-1000TL ( ) 1001-1500 TL ( ) 1501-2000 TL ( ) 2001-5000 TL ( )
5001TL ve üstü ( )