

T.C.  
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI  
VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

BİPOLAR I BOZUKLUKLU ANNEBABA ÇOCUKLARININ  
YIKICI DAVRANIŞ BOZUKLUKLARI VE DUYGUDURUM  
BOZUKLUKLARI YÖNÜNDEN DEĞERLENDİRİLMESİ

103220

UZMANLIK TEZİ  
DR.F.NESLİHAN İNAL EMİROĞLU

103220

TEZ DANIŞMANI  
PROF.DR.AYŞEN BAYKARA

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU  
DOKÜMANTASYON MERKEZİ

İZMİR-2001

## ÖNSÖZ

Tıp fakültesi sıralarından başlayan tüm hekimlik hayatım boyunca beni mesleki ve insani yönden geliştiren, uzmanlık dalımı seçmemde en büyük etkenlerden olan, ayrıca tez çalışmam boyunca bilimsel ve moral desteği ile bana güç veren çok sevdiğim hocam Prof.Dr. Ayşen Baykara'ya ve tüm tıp eğitimim boyunca kendisinden sonsuz katkı ve destek gördüğüm, varlığı ile bana hep huzur veren çok sevdiğim hocam Prof.Dr. Süha Miral'e teşekkürü borç bilirim.

Çocuk ruh sağlığı asistanlık eğitimim ve tez çalışmam boyunca kendisinden çok yardım gördüğüm benim için çok değerli olan Yrd. Doç. Dr. Aynur Pekcanlar Akay'a teşekkür ederim. Eğitimim boyunca hem donanımlarını hem de dostluklarını esirgemeyen sevgili Yrd.Doç.Dr. Özlem Gencer Bozabalı ve Yrd. Doç.Dr. Taner Güvenir'e teşekkür ederim. Ayrıca Yrd. Doç. Dr.Şahbal Aras'a da teşekkür ederim.

Erişkin psikiyatrisi rotasyonum boyunca engin bilgi ve deneyimlerinden çok yararlandığım değerli hocalarım Prof.Dr.Hüray Fidaner, Prof.Dr.Zeliha Tunca, Prof.Dr.Tunç Alkın, Doç.Dr.Can Cimilli, Doç.Dr.Köksal Alptekin, Doç.Dr.Ayşegül Özerdem, Doç.Dr. Beyazıt Yemez, Yrd.Doç.Dr.Berna Kıvırcık, Yrd.DoçDr. Yıldız Akvardar'a teşekkür ederim. Ayrıca tezimi oluştururken gösterdikleri hoşgörü ve fedakârlıkları nedeni ile Doç.Dr.Ayşegül Özerdem, Prof.Dr. Hüray Fidaner, Prof. Dr. Zeliha Tunca ve Doç. Dr. Can Cimilli'ye çok teşekkür ederim.

Çocuk nörolojisi rotasyonum boyunca verimli bir süreç geçirmeme etken olan değerli hocam Prof.Dr.Eray Dirik'e, Uzm.Dr.Semra Kurul ve Yrd.Doç. Dr. Adem Aydın'a teşekkür ederim.

Tezimin kurgulanması ve istatistiklerinin yapılmasında çok önemli bilimsel katkılar aldığım değerli hocam Prof.Dr. Reyhan Uçku ve sevgili arkadaşım Dr.Sibel Kıran'a çok teşekkür ederim.Tezimi oluştururken kendi ölçeğini ulaştıran ve iletişim desteği veren Prof.Dr. Barbara Geller'a teşekkür ederim.

Ayrıca asistanlığım boyunca birlikte çalıştığım Ç.Gel.Uzm.Arzu Boztok, Ö.Eğ.Uzm.Aysu Eroğlu'na, çocuk ve erişkin psikiyatrisi asistanlarına, psikologlarına, hemşire arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Tez çalışmam sırasında yardımlarından dolayı sevgili kardeşim Abdullah İnal'a, beni yetiştiren fedakâr anne ve babama, bana destek ve huzur veren sevgili eşim Mustafa Emiroğlu'na ayrıca teşekkür ederim.

**Dr.F.Neslihan İnal Emiroğlu**

## İÇİNDEKİLER

<b>GİRİŞ VE AMAÇ</b>	<b>4</b>
<b>GENEL BİLGİLER</b>	<b>7</b>
<b>Duygudurum bozuklukları terminoloji ve tanımı</b>	<b>7</b>
<b>Epidemiyoloji</b>	<b>8</b>
<b>Tarihçe</b>	<b>9</b>
<b>Değerlendirme</b>	<b>10</b>
<b>Çocuk ve ergenlik çağı duygudurum bozuklukları</b>	<b>13</b>
- Etyoloji	13
- Klinik özellikler	19
- Ayırıcı tanı	23
- Tedavi	30
<b>GEREÇ VE YÖNTEM</b>	<b>34</b>
<b>BULGULAR</b>	<b>38</b>
<b>TARTIŞMA</b>	<b>61</b>
<b>SONUÇLAR</b>	<b>77</b>
<b>ÖZET</b>	<b>80</b>
<b>KAYNAKLAR</b>	<b>82</b>
<b>EKLER</b>	<b>94</b>

## 1-GİRİŞ VE AMAÇ

Çocukluk çağı bipolar bozukluğunun(B.B) klinik görüntüleri erişkinden farklıdır ve çocukluk çağı B.B., farklı gelişimsel basamaklara göre prepubertal ve ergenlik başlangıçlı olarak belirlenmiştir. Bu nedenle çocukluk çağı B.B.'un erişkinden ayırımılaşan tanı ölçütlerinin ortaya konması gerekir.

B.B.'luğun erişkinde insidansı % 1'i bulurken çocuk ve ergenin bu tanıyı çok ender aldığı görülmektedir(36,125). Oysa erişkinlerde geriye dönük çalışmalar B.B.'u olan hastaların %20-40'ının hastalıklarının çocukluk dönemlerinde başladığını göstermektedir(73,89). B.B'lu erişkinlerde en yaygın geriye dönük başlangıç belirtileri; deprese duygulanım ve umutsuzluk (%33), mani, hiperaktivite (%32), uykusuzluk (%24), duyu dalgalanmaları (%13), sinirlilik ve iritabilite olarak tanımlanmıştır(89).

Son yıllarda B.B.'luğun öncül belirtilerini saptamaya yönelik çalışmalar yapılmaktadır. Nitekim birçok çalışmada B.B.'luların çocuklarında dikkat ve davranış problemleri saptanmıştır. Bu bulgular, bu çocuklarda genç erişkinlik döneminde duygudurum bozukluğunun gelişeceğinin bir kanıtı olarak önesürülmüştür(29). Bazı çocuklarda erken yıkıcı davranış bozukluğu belirtilerinin, B.B. yada duygudurum bozukluğu işareti olabileceği düşünülmektedir(33).

Çocukluk çağı B.B., yaygın olarak davranım bozukluğu, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu(DEHB), karşıt olma karşı gelme bozukluğu(KOKGB) ile birlikte görülmektedir. B.B. çocuk ve ergenlerde %57-86 DEHB ile, %69 davranım bozukluğu(D.B) ile komorbid olduğu bildirilmiştir(36). Bunun sonucunda komorbid durumların öncül mü yoksa eşzamanlı mı olduğu tartışılmaktadır.

Son çalışmalarda sosyal, davranışsal ve travmatik deneyimlerin gen ekspresyonunu değiştirdiği gösterilmiştir (99,100). Bununla birlikte hastalığın erken dönemlerinde özellikle yetersiz tedavi edildiği veya tedavi edilmediği dönemlerde, döngü (epizod) aralarının giderek kısalma eğilimi gösterdiği belirtilmiştir(67,104). Tüm bu bilgilere göre risk taşıyan çocuk ve ergenlerde manik ve depressif döngülerin tekrarlaması beyin biyokimyasını değiştirebilir, çevresel zorlanmalara ve tetikleyicilere hassas hale getirebilir. Bu da takip

eden döngülerin oluşmasını kolaylaştırabilir. Bu sürecin sonucunda döngüler özerklik kazanabilir ve psikososyal bir kolaylaştırıcı olmaksızın ortaya çıkabilir. İlaç tedavisinin gen aktivasyonu ile oluşan biyokimyasal değişiklikleri azaltarak daha sonraki döngülerin oluşma riskini düşürdüğü önesürülmüştür(101). Profilaktik tedaviye olabildiğince erken başlanmasının hastalığın uzun vadede kötüleşmesini önlediği kabul edilmektedir. Bu nedenle hastalığı erken dönemde yakalamak ve tanılamak önemlidir.

B.B.'lu annebaba çocukları, erken tanılanmanın ve tedavinin önem kazandığı risk grubu olarak kabul edilebilir. B.B. konusunda yapılan pekçok çalışma bu bozukluğun genetik geçişi olduğu yönündedir. Bir çalışmada annebadan birinde B.B. olduğunda çocuklarında duygudurum bozukluğu riski %24, annebabanın her ikisi B.B'lu ise çocuklarında duygudurum bozukluğu riski %74 olarak bildirilmiştir(63). Bu çocukların ileriye dönük izlenmesi, tanı kriterlerini ve profilaktik tedaviyi belirlemede yararlı olabilecektir.

Ayrıca erken belirtilerin ve risk faktörlerinin tanımlanması koruyucu ruh sağlığı açısından önem taşımaktadır. Temel psikopatolojinin, tanı ve tedaviye yönelik doğru tutumların saptanması ile bu risk grubu bozukluğun ağırlaşmasından korunmuş olacaktır.

Bizim bu çalışmadaki amacımız B.B. açısından risk taşıyan çocuklarda;

- Öncül belirtilerin saptanması,

- DSM IV'e göre yıkıcı davranış bozukluklarının(YDB) (DEHB,KOKGB,DB) tanısının saptanması,

- Kontrol grubuna göre duygudurum belirtilerin ince ve ayrıntılı olarak şiddetinin ve/veya oranının saptanması,

- DSM IV'e göre duygudurum bozuklukları tanılarının saptanması,

- Aile yükünlüğünün ve annebabanın hasta olmasının tanıya etkisinin saptanmasıdır.

## 2-) GENEL BİLGİLER

### DUYGUDURUM BOZUKLUKLARI TERMİNOLOJİ VE TANIMI

Affekt: zihinsel bir sunuma eşlik eden duygu tonu olarak tanımlanabilir. Bu nedenle affekt duygudurum ve duygulanım terimleri ile karşılık bulabilir. Emosyon ise, affektin bilinçli olarak algılanması ve otonomik davranışsal gösterilerle dışa vurulması nedeni ile duygudurum terimi ile açıklanabilir. Mood: duygudurum terimi ise psikik yaşamı kapsayan şiddet, yaygınlık ve kalıcılığa ulaşmış emosyonu anlatır. Türkçede kullanılan duygudurum terimi bu anlamı iyi yansıtır(130). Bu grup bozuklukların duygudurum bozuklukları olarak adlandırılması duygudurumunun anomalilerini içermesi nedeniyledir. Son zamanlarda duygudurumunun çökmesi veya yükselmesi olarak sınırlandırılmıştır. Ancak kimi araştırmacılara göre bazı durumlarda anksiyete de içerebilir(aktaran Lewis 1956)(116).

Duygudurum normal, yükselmiş yada çökmüş olabilir. Normal bireyler çok geniş bir dışavurum çeşitliliğine sahiptir. Kişi duygudurum ve affektini az yada çok kontrol edebilir. Duygudurum bozuklukları ise bu kontrolün kaybı ve bozulması ile karakterizedir. Yükselmiş duygudurumuna sahip hastalar (mani gibi) aşırı rahatlık, fikir uçuşması, azalmış uyku, artmış benlik saygısı ve grandiyöz düşüncelere sahip olabilir. Çökkün duygudurumuna sahip hastalar (depresyon gibi) enerji ve ilgi kaybı, suçluluk hissi, konsantrasyon güçlüğü, iştah kaybı, ölüm ve özkıyım düşüncelerine sahip olabilir. Duygudurum bozukluklarının diğer belirtileri aktivite düzeyinde değişikliklerle, bilişsel yeterliliklerle, konuşma ve yaşamsal işlevlerle (uyku, iştah, cinsel aktivite ve diğer biyolojik ritimler gibi) ilgilidir. Bütün bu değişiklikler kişiler arası ve sosyal ilişkilerde ve işle ilgili işlevlerde bozulmaya yolaçar(130).

Bunlara bağlı olarak duygudurum çökmesi ile karakterize major depressif bozuklukla (M.D.B.), yükselmiş duygudurum ile karakterize B.B. arasındaki ilişkiyi açıklayan çeşitli varsayımlar öne sürülmüştür. Bir hipoteze göre yapılan genetik ve biyokimyasal çalışmalarda M.D.B ve B.B. iki ayrı bozukluktur. Ancak bazı araştırmacılar B.B. tip I'in M.D.B.'daki patofizyolojik formun daha ağır olduğunu bildirmişlerdir(116).

## **EPİDEMİYOLOJİ**

Çocuk ve ergende B.B. ve M.D.B. ile ilgili araştırmalar az sayıda olmakla beraber son 10-15 yılda artmıştır. Çoğu çalışmalar olgu örnekleri yada az sayıda örneklem üzerinde yapılmıştır. Yapılan bir araştırmaya göre M.D.B.'un çocuklarda görülme oranı, yaş gruplarına göre, okul çağı çocukta %2, önergende %5, ergende %8 dir(117). B.B. ile ilgili yapılan çalışmalarda oran kesin değildir. Araştırmalar az sayıda örnekleme yapılmıştır. Carlson ve Kashani (1988) 14-16 yaş arası epidemiyolojik izlemde yaşam boyu mani sıklığını %0.6-13.3 bulmuşlardır. 10 yaş öncesi görünüm nadirdir. (Tüm bipolar hastaların %0.3-0.5'ini oluşturur)(67,90). Öte yandan ergenlik döneminde sıklığı artmaktadır. Weller (1998) bu oranı %1 olarak bildirmiştir(118). Kesin tanı koyulmuş erişkin hastalara hastalığın başlangıcı sorulduğunda %0.5'i 5-9 yaş arası, %7.5'u 10-14 yaş arası olarak cevaplandırmıştır(21).

M.D.B.'un toplum örneklemlerinde yaşam boyu gelişme olasılığı kadınlar için %10-25, erkekler için %5-12 dir(83). Tip I B.B. sıklığı %0.5- 7.5 dir. Tip II B.B. sıklığı, bozukluğun tanılama yetersizliğinden kaynaklandığı düşünülerek, daha düşüktür(%0.5) (78).

### **Cinsiyet**

Unipolar depresyonda kadınlar erkeklerden iki kat fazla hastalanırken, B.B. tip I bozuklukta kadın ve erkek oranı eşittir(16). B.B. tip II bozukluğunun hızlı döngülü formu kadınlarda daha sık görülmektedir(88). Erişkinde çalışmaların çokluğuna karşılık çocuk ve ergende az sayıda araştırma sonuçlarına göre puberte öncesi depresyonda kız ve erkek oranı benzerdir; ancak puberte sonrası erişkinlere benzer olarak kız/ erkek oranı 2/1'e değişmektedir(117).

### **Sosyoekonomik Durum ve Medeni Durum**

Bu alanda elimizde erişkinlerle yapılmış araştırma verileri mevcuttur. Unipolar depresyon daha çok düşük sosyoekonomik sınıflarda görülmesine karşın B.B.'lar sosyoekonomik durumla çok ilişkili bulunmamıştır. Fakat bazı çalışmalarda B.B.'un yüksek sosyoekonomik sınıflarda daha sık görüldüğüne dair bilgiler mevcuttur(14). B.B.'u olanlarda boşanma oranı normal popülasyona göre üç kat fazladır(39).



## TARİHÇE

Mani ve depresyonun varlığı M.Ö. 5. yüzyıla dek uzanmaktadır. Kraepelin endojen psikoza affektif bozukluklar ve demansia prekoks olarak ayırmıştır. "Manik-depressif bozukluklar" adını verdiği tabloyu hem unipolar hemde bipolar bozukluğa içerecek biçimde, başka bir deyimle aynı hastalığın farklı formları şeklinde bir bütün olarak ele almıştır. Kraepelin (1921) prepubertal çocuklarda mani bulunabileceğini ve puberte başında mani görülme olasılığının daha yüksek olacağını önesürmüştür. 900 hasta ile yapmış olduğu çalışmada hastaların %0.4'ünde başlangıç yaşının 10'dan önce olduğunu bulmuştur. Kraepelin ayrıca 5 yaşında manik tabloda bir erkek çocuğu bildirmiştir(118).

Çocukluk çağı depresyonunun daha iyi tanınması ve üzerinde çalışılması Shutter - Brandt ve Raskin'in bu konuda 1977'de NIMH'deki (Amerikan Ulusal Ruh sağlığı Enstitüsü) konferansından sonradır. Bu konferansda çocukta depresyon tanısı için çocuğun yaşına ve gelişim düzeyine göre erişkin depresyon ölçütlerinde düzeltmeler yapılmasının gerekliliği vurgulamıştır. NIMH'de aynı durum 20 yıl sonra mani için de geçerli olmuştur(118).

Anthony ve Scott'un (1960) yapmış olduğu çalışmada mani olarak bildirilen 60 çocuk gözden geçirilmiştir. Yalnızca üç çocuğu (%5) kendi kriterlerine göre mani olarak tanımlamışlardır. Anthony ve Scott'un ölçütleri; (1) Kraepelin (1921), Bluler (1934) ve Mayer (1952) tanımlarına uygun psikiyatrik tablo, (2) ailesel mani öyküsü, (3) hem siklotimi (yada sporadik mani) hem depresif patlamalar, (4) iki yada daha fazla benzer döngü, (5) difazik örüntü, (6) endojen orijin, (7) yatan hastalarda ağır sedasyon ve hastanın EKT tedavisi ile izlenmiş olması, (8) kişilikte gözlemlenen anormalite, (9) şizofreni yada organik neden bulunmayışı, (10) geriye dönük değil şu anki değerlendirmeler ile tanıya gidilmesi(12).

1976'da Washington üniversitesinde pediatrik nörolog olan Weinberg ve Brumbeck, mani belirtilerini davranış anomalileri ve irritabl duygudurum olarak açıklayan Feigner kriterlerini yeniden düzenlemişlerdir(51). Bu kriterler: (A) öforik yada irritabl mood (B)

Aşağıdaki 6 ölçütten 3 yada daha fazlasının çocukta bulunmasıydı. Bu 6 ölçüt: (1) hiperaktif girişik davranış, (2) artmış konuşma, (3) uçuşan fikirler, (4) grandiyozite, (5) azalmış uyku yada anormal uyku paterni, (6) distraktibilitiydi. (51,124). Mani denebilmesi için belirtilerin en az bir ay sürmesi gerekmektedir.

1979'da Davis mani için primer ve sekonder kriterlerini tanımlamıştır. Primer kriterler: (1) affektif patlamalar, (2) ailesel mani öyküsü, (3) hiperaktivite, (4) kronik olarak bozulmuş insan ilişkileri, (5) psikotik düşünce bozukluğunun olmayışdır. Sekonder kriterler: (1) yumuşak nörolojik belirtikler, (2) uyku bozukluğu, (3) anormal EEG, (4) minimal beyin fonksiyonu belirtisi, (5) enüresizdir. Bu kriterler öncekilerden daha esnek özellikteydi. Bu nedenle daha fazla çocuk mani tanısı alabilirdi(42).

1983'te Lowe ve Kohen tarafından klinik görünümde gelişimsel farklılıklara karşın çocuk ve ergenlerde üç uygun model önerülmüştür. Bunlar (1) hem genotip hem fenotipi erişkine benzer model, (2) genotipi erişkine benzer ancak fenotipi farklı model, (3) fenotipi erişkine benzer ancak genotipi farklı modeldir. Lowe ve Kohen bu çalışmalarında genellikle 11 yaş civarında, erkek, ailesel yüklülüğü ve tekrarlayan kayıpları olan manili çocuklar tanımlamıştır(91).

1983'te Carlson tarafından 9 yaşından küçük manik çocuklarda iritabilite, emosyonel labilite daha yaygın iken, 9 yaşından büyüklerde ise öfori, çoşkusal yükselme, paranoya ve grandiyöz sanrıların daha yaygın görüldüğü bildirilmiştir(30).

1980'den bu yana DSM III ve DSM III-R kriterleri erişkinlere özgü idi. Ancak yaşa ve gelişimsel döneme özgü uyarlamalarla çocuklarda kullanılmaktaydı. Bununla birlikte DSM III-R 'de 7 günlük sürenin tanımlanması önemli bir konudur. DSMIII-R kriterleri erken başlangıçlı manide kullanıldığında mani atlanabilmiştir. DSM IV ile 7 gün kriteri tekrar düzenlenmiş ve şiddetin gerekliliği eklenmiştir(45).

## **DEĞERLENDİRME**

Çocuk ve ergenler, erişkinler için düzenlenen aynı DSM IV tanı kriterlerine göre tanı almaktadırlar. İleriye dönük çalışmalar, uzun dönem izlem çalışmalarıyla, erken

başlangıçlı ve çok erken başlangıçlı formların tanımlanmasına ihtiyaç olduğunu ortaya koymuştur.

DSM IV'e göre tanı kriterleri:

**I-) Major depressif epizod**

İki haftalık bir dönem sırasında daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte aşağıdaki belirtilerin beş yada daha fazlasını bulunması; bu belirtilerden en az birinin (1)depressif duygudurum yada (2) ilgi kaybı yada zevk alamama olması gerekir.

(1) Hemen her gün, gün boyu süren depressif duygudurum.

**(Not: çocuk ve ergenlerde irritabl duygudurum bulunabilir).**

(2) Hemen her gün, gün boyu süren etkinliklere karşı ilgide azalma ve zevk alamama.

(3) Diyetde değilken önemli kilo kaybı.

**(Not:çocuklarda percentile uygun kilo alamama)**

(4) Hemen her gün, insomnia yada hipersomnia bulunuşu.

(5) Hemen her gün , psikomotor ajitasyon ve retardasyonun olması.

(6) Hemen her gün , yorgunluk-bitkinlik yada enerji kaybı olması.

(7) Hemen her gün, değersizlik aşırı suçluluk duyguları.

(8) Hemen her gün, konsantrasyon kaybı.

(9) Yineleyen ölüm düşünceleri.

(B)Bu belirtiler mikst epizod ile açıklanamaz.

(C) Bu belirtiler klinik açıdan, belirgin sıkıntı, toplumsal mesleki alanlarda bozulmaya yolaçar.

(D) Bu belirtiler madde kullanımı yada genel tıbbi bir duruma bağlı değildir.

(E) Bu belirtiler yaş ile açıklanamaz, sevilen birinin yitilmesinden sonra bu belirtiler iki aydan uzun sürer.

**Mevsimsel özellik**

Çocuklarda mevsimsel depresyon, erişkinlere benzer olarak ekim kasım yada yeni yıl başlangıcında olabilir. Tanı koymak için ileri çalışmalara ,ihtiyaç vardır. Okul açılması ile olan depressif bulgular ek bir bozukluk tanısı alabilir(116).

## Distimi

**Çocuk ve ergenlerde en azından, bir yıl boyunca aşağıdakilerden en az ikisi gün boyunca sürmelidir.**

- (1) Az yada çok iştah, (2) az yada çok uyku, (3)yorgunluk, (4) düşük benlik algısı, (5) düşük konsantrasyon, (6) umutsuzluk.

Çocuklarda da erişkinler gibi kronik seyirlidir.

## II- Manik epizod

A-) Anormal, inatçı, yükselmiş, genişlemiş ve/veya irritabl duygudurum. Bu durum enazından 1 hafta sürmelidir(Yada hospitalisasyon gerektiren herhangi bir süre).

B-) Duygudurum bozukluğu sırasında aşağıdaki en azından 3 belirtinin bulunması.

-Grandiyozite.

-Distraktibilite.

-Kötü sonuçlar doğurabilecek zevk veren etkinliklere katılma.

-Az uyuma.

-Baskılı konuşma.

-Fikir uçuşması.

-Artmış amaca yönelik aktivite.

C-) Bu belirtiler mikst epizod tanı kriterlerini karşılamamaktadır.

D-) Bu duygudurum bozukluğu mesleki ve toplumsal işlevsellikte bozulmaya yolaçacak kadar ağırdır, yada psikotik özellikler gösterir.

## III-) Mikst epizod.

Mikst epizod tanısı hasta en azından bir hafta boyunca hem manik epizod hem de major depressif epizod kriterlerini karşılıyor ise koyulur. Manik epizodda olduğu gibi organik nedenler dışarıda tutulur.

## IV-) Hipomanik epizod

Hipomanik epizod manik epizoda benzer ancak şiddet ve süre farklıdır. Bu belirtiler en azından 4 gündür mevcuttur, kişinin işlevselliğindeki değişme etraftan gözlenebilir.

DSM IV B.B.'un birkaç subtipini içerir.

1- Bipolar I bozukluğu:hasta enazından bir manik yada mikst epizod içerir.

2- Bipolar II bozukluğu:kişinin bir yada daha fazla epizodu hem major depresyon hem hipomani içerebilir, fakat manik yada mikst epizodlar yoktur.

### III-Siklotimik bozukluk

Çocuk ve ergenler için bir yada daha fazla yıl sürecinde (erişkinler için iki yıldan fazla) major depressif epizod , manik epizod yada mikst epizodu karşılamayan birçok hipomanik ve depressif belirtileri içerir. Bu süreçte hasta tanımlanan belirtilerin bulunmadığı iki aydan uzun süre geçirmemiştir. Bu belirtiler işlevsellikte belirgin bozulmaya yolaçmıştır.

### İzlem özellikleri

Mevsimsel örüntü yada hızlı döngülük hem bipolar I hemde II için ayırdedilmelidir. Hastalığın mevsimsel örüntü gösteren tipinde major depressif epizodlar yılın bir kısmında meydana gelir. Hızlı döngülü de ise hasta 12 aylık periyod boyunca en azından duygudurum bozukluklarının 4 epizodunu geçirir. (Major depresyon, mani, mikst epizod yada hipomani)(45).

Her üç bozukluktan hiçbirine tanı koyulamıyorsa şizoaffektif bozukluk, şizofreni, şizofreniform bozukluk, sanrısız bozukluk yada psikotik bozukluk düşünülmelidir(93).

## **ÇOCUKLUK VE ERGENLİK ÇAĞI DUYGUDURUM BOZUKLUKLARI**

### Etiyoloji

Çocukluk çağı depresyonu, gelişimsel basamaklara özgü farklılıklar gözardı edilmezse, erişkin depresyonuna benzer. Bu nedenle etiyojinde benzer olabileceği düşünülmüştür. Ancak çocuklarda affektif bozukluk için yalnızca bir etiyojinin mevcut olduğu ve depressif belirtiler için sayısız etiyojinin etken olabileceği unutulmamalıdır(76). B.B.'un etiyojisi, ailesel ve genetik faktörlerin rolüne rağmen tam olarak aydınlatılamamıştır.

## A-)ORGANİK

### 1-) Genetik model

Bipolar ve unipolar anneye sahip çocuklar hem affektif hem affektif olmayan psikiyatrik bozukluk açısından artmış risk taşır. Rutter(1974) depresse anneye sahip çocuklarında %50 psikiyatrik bozukluk bulmuştur. Çocukta saptanmış olan bozukluklar, davranım bozuklukları, emosyonel bozukluklar ve nörotik hastalıklardır. Ancak depresyon bildirilmemiştir. Bununla birlikte diğer çalışmalarda bipolar ve unipolar anneye sahip olan çocuklarda depressif bozukluklar insidansı %7 ile %65 arasında bulunmuştur. Ancak bu çalışmaların kontrollü olmaması güvenilirliklerine gölge düşürmektedir(117).

Çocukluk çağı depresyonunda, ikiz çalışmaları genetik geçişi desteklemektedir. Bu alandaki çalışmalardan birinde monozygotik ikizlerde % 76, dizigotik ikizlerde %19 konkordans bulunmuştur. İkizler arası uyumun %100 olmayışı diğer faktörlerin de depresyon oluşturmada etkin olduğunu düşündürür(2). Bipolar bozuklukta ise benzer şekilde pekçok kalıtsal veri vardır. İkiz çalışmalarında monozygotiklerde dizigotiklere göre daha yüksek konkordans bulunmuştur(%56 monozygotik, %14 dizigotik konkordans)(38). B.B.'lu nesillerin akrabalarında artmış unipolar ve bipolar bozukluk bildirilmiştir. Bu akrabalarda % 1.5 ve % 10.2 oranında bipolar bozukluk, %0.3 ve %4.1 oranında unipolar bozukluk morbiditesine rastlanmıştır (normal nesillerin her bir akrabasında %1.8 ile %0.2 bipolar ve %7 ile %5-8 oranında unipolar morbidite riski bulunmuştur)(9).

NIMH çok merkezli çalışmasında RDC'ye göre özgül tanısal kriterler ile bipolar ve bipolar spektrum bozuklukları ayırtılmış, bipolarlılar aile üyeleri açısından daha yüklü görülmüştür(100). Bipolar tip I'lerin akrabalarında %5.5 B.B. tip I bozukluğu, %22.3 unipolar bozukluk, %15.1 alkolizm, B.B. tip II'lerin akrabalarında %2.9 B.B.tip I bozukluğu, %31 unipolar bozukluk, %13.8 alkolizm görülmüştür(9).

Bir çalışma, anne yada babasından biri B.B. olanlarda affektif bozukluk gelişme riskini %24 olarak belirlemiştir. Eğer her iki anneye sahip B.B. varsa risk %74'dür(63). En son bir metaanalize göre tek bir anneye sahip affektif bozukluklu olan çocukların 2 kat , her iki

annebaba affektif bozukluklu olanların 4 kat daha fazla affektif bozukluk riski taşıdığı belirtilmiştir(40). Ayrıca depresyonun çocukta psikiyatrik bir bozukluğun yada ailesel affektif bozukluk öyküsünün öncülü olabileceği önesürülmüştür(117).

Straub ve ark.(1994) geniş bir ailede linkage analizi ile 21. kromozomun 22.3 bölgesinde şüpheli bir gen göstermiştir(106). Kwok ve ark. 12 Avustralyalı B.B.'lunun ailelerinde pedigree analizi yapmışlardır. Şüpheli 21q 22.3 bölgesinde 6 tane mikrosatellit marker kullanmışlardır. İki noktalı ve birçok noktalı her bir analizleri ile bir ailenin PFKL ve D215198 mikrosatellit bölgesinde 10.5 -Cm civarında 1.41 den daha fazla, maksimal LOD skorları gösterdiğini bulmuşlardır. Bu çalışma şüpheli lokusu desteklemiştir(47,1). B.B.'un kalıtımında multifaktoriyel nonmendelian modeller kabul edilmektedir. McMahon ve ark. anneden kalıtılanla babadan kalıtılanı karşılaştırmış, anne ve baba akrabalarında sıklığı ve yaşam boyu riski, ayrıca bipolar anne ile bipolar baba çocuklarında hastalık ve yaşam boyu riski karşılaştırmışlardır. Bunun için en az bir kardeşin, yada annebabasının major affektif hastalığı olan bireyler seçilmiştir. Bu araştırmanın sonucunda etkilenmiş annelerin çocuklarında babalara oranla 1.3-2.5 kat daha fazla hastalık için artmış risk bulunmuştur. Ayrıca etkilenmiş annelerin akrabalarında 2.3-2.8 kez artmış risk saptanmıştır. 7 geniş ailede ise babaların etkilenmiş fenotipinin, kızlarına yada oğullarına geçişinin ardısıra azaldığı belirlenmiştir. Bu araştırma sonucunda, şüpheli anneden kalıtım nedeni ile mitokondriyal DNA'nın ve sorumlu tutulan DNA parçalarının moleküler çalışmalarının gerekliliğinden bahsedilmiştir(95). Donald ve ark.(1997) yaptıkları çok merkezli 18 kromozom üzerinde şüpheli lokus markerlarıyla linkage çalışmasında, annebaba geçişini araştırmıştır. Kadınlar erkekler ile karşılaştırıldıklarında kadınların daha yüksek oranda bu bozukluklardan etkilendikleri saptanmış, ancak farklı grupların pedigreelerinde annesel yada babasal geçişe ait belirgin heterojenite bulunmamıştır. Bu çalışma sonucunda etkilenmiş bipolar anne çocukları ile bipolar baba çocukları arasında oransal bir fark görülmemiş, böylece önceki çalışmalardaki annesel geçiş fikri desteklenmemiştir. Bir çalışmada 21q 11 kromozom bölgesinde mikrodelsiyon ve multipl anomali ile karakterize

velo-kardiyo-fasiyal sendromda aynı kromozom bölgesi nedeniyle B.B. ile akrabalığa bakılmış, 5-34 yaş arası velo-kardiyo-fasiyal sendromlu 25 birey incelenmiştir. DSM III-R'ye göre %64 hasta B.B.'lar spektrumu tanı ölçütlerini karşılarken, %20'sinin DEHB, %16'sının hiperaktivite olmaksızın DEHB ölçütlerini karşıladığı bulunmuştur. Bu araştırma sonucunda erken başlangıçlı B.B.'da 22q 11 kromozomal lokus kaybının moleküler düzeyde incelenmesi gerektiği sonucuna varılmıştır(97).

B.B.'de ailesellik derecesi erken başlangıçlı olgularda artmıştır. Bu olguların birinci dereceden akrabalarında B.B. oranı yaklaşık olarak %15dir(107,111). Annebabaları 20 yaş öncesinde affektif bozukluğa yakalanan çocukların, annesinin daha geç yaşlarda bu bozukluğa yakalanan çocuklara göre oldukça artmış M.D.B geçirme riskine sahip oldukları bulunmuştur(125).

Duffy ve ark.(1998) lityuma cevap veren bipolar annesinin çocukları ile lityuma cevap vermeyen bipolar annesinin çocuklarını psikiyatrik semptomatoloji ve bozukluk açısından karşılaştırmıştır. Lityuma cevap vermeyen annesinin çocuklarında daha fazla psikopatoloji ve kronik bir gidiş saptamışlardır. Tedaviye cevap; gidiş ve genetik yapıyı saptamada önemli bir gösterge olabilir(36). Prepubertal bipolaritenin erken başlangıçlı ve agresif gidişli olmasında, hiperaktivitenin varlığı, lityum direnci ve daha fazla ailesel yükümlülikle birlikte olan nörobiyolojik etkenlerin rol aldığı düşünülmektedir. Ayrıca bipolar yetişkin, çocuk ve ergenlerde ailesel alkolizm yükümlülüğü bildirilmiştir(61).

## **2-) Nörobiyokimyasal etkenler**

Normalde eksojen olarak alınan kortikostereoid (deksametazon) endojen kortizolü baskılar. Deprese erişkinlerin % 65'inde endojen kortizolü baskılayamamaları deksametazon supresyon testi (DST) pozitif bulunmuştur. Deprese olmayan % 5 erişkin de de DST pozitif bulunmuştur. Çocuk ve ergenlerde de durum benzerdir. Yaklaşık % 50 depresyonlu çocuk ve ergende DST pozitif olarak saptanmıştır(119). Öncül çalışmalar DST (+) olan hastalarda relaps riskinin daha yüksek olduğunu göstermiştir. Bu hastalar antidepresana iyi yanıt vermektedir. DST'in durumsal marker olarak kullanılabileceği belirtilmiştir(102) .



Prepubertal depresyonlu çocuklarda uyku sırasında, depresyonsuz kontrollere göre artmış büyüme hormonu düzeyi saptanmıştır(102). Deprese çocuklarda insülin challenge testi ile büyüme hormonu salınımı kontrollerle karşılaştırıldığında daha düşük bulunmuştur. Bu anormallik farmakoterapi sonrası da devam etmiştir. Bu sonuçlar tekrarlanır ve doğrulanır ise büyüme hormonu süreklilik marker'ı olarak kullanılabilir(119).

Affektif bozukluklarda üriner 3 metoksi – 4hidroksi fenilglükolün (MHPG) yüksekliği saptanmıştır. Bu markerların durumsal olduğu, iyileşme ile düzeylerinin normale indiği gösterilmiştir. Ancak sonuçların tekrarlanması gerekir(119). Çocukluk ve ergenlik çağı B.B.'da nörobiyolojik çalışmalar sınırlıdır. Bilinen herhangi bir marker bulunamamıştır. Bir çalışmada, bir hipomanik çocukta, idrar metoksihidroksifenilglükol (MHPG) düzeyinde kontrollere göre anlamlı fark saptanmıştır(53).

### **3-) Diğer incelemeler**

#### **-Polisomnografi**

Kısa REM uyku latansı endojen depresse erişkinlerde sık rastlanan bir olgudur. Bir çalışmada depresyon tanısı almış çocuklarda EEG değişikliği saptanmamış olmasına karşın iyileşme sırasında, ilaç almayan çocuklarda, kısa REM latansına rastlanmıştır. Gerçek bir süreklilik marker'ına benzememesine karşın bu sonuç tekrarlanırsa EEG değişikliklerinin epizod sonrası da süreceği düşünülmektedir(103).

#### **-Güçlendirilmiş evoked potansiyeller**

Bir çalışmada duysal stimulusla güçlendirilmiş evoked yanıtın bipolar çocuklarda lityuma iyi yanıtın göstergesi olduğu önesürülmüştür(116).

#### **-Beyin görüntüleme bulguları**

Bipolar çocuk ve ergenlere ait sistematik olmayan araştırmalar bildirilmiştir. Çocuklarda yapılacak olan kontrollü ve sistematik MRG çalışmaları ile erken dönemde bu bozukluğun hangi beyin yapılarını etkilediği saptanabilecektir(96). Bu da hastalığın gelişim teorisine ışık tutacaktır. Botteron ve arkadaşları 10 manik çocuk ve ergenin (8-16 yaş) MRG incelemesinde 4 manik çocuğun ve bir kontrol çocuğun ventriküler ve beyaz

cevher anomalileri gösterdiğini bulmuşlardır. Bu belirgin bulguların artan yaş ve her iki sağ ve sol ventriküler volümü ile pozitif korelasyonunu saptamışlardır(21).

## **B-) PSİKOSOSYAL**

### **1-)Çevresel etkenler**

Unipolar depressif bozukluklu annebaların çocuklarında, annebaba psikopatolojisinin kronikliğinin ve şiddetinin çocuğa etkisi araştırılmış, çocukta belirgin uyum güçlükleri ve çeşitli psikiyatrik tanılar saptanmıştır. Çocukta herhangi bir psikopatoloji sözkonusu olduğunda annelerde babalara oranla daha fazla depresyon bulunmuştur. Affektif bozukluklu çocukların çevre ile ilgileri zayıflamıştır. Eğer annebabalardan biri affektif bozukluklu ise bu sosyal eksiklikler daha da artmaktadır. Kuşkusuz anne çocuk ilişkisinin bozulmasında annedeki irritabilite rol oynamaktadır(117).

Çocukluk çağı pekçok ruhsal bozukluğunda olduğu gibi depresyonda da çocuk ve anne ilişki modelinden söz edilmiştir. Anne çocuk ilişkisinin doyurucu olmaması ve yetersiz anneliğe ilişkin kuramlara rastlanmaktadır. Baba ile bağlanmada yetersizlik ve annenin aşırı koruyuculuğu bildirilmiştir. İleriye dönük çalışmalarda depressif çocuk annebalarının kızgın, azarlayıcı, ayrıntıcı ve eleştirici olduğu saptanmıştır. Çalışmacılar deprese annebaların çocukları ile ilişkilerinde çatışmanın sıklığını vurgulamışlardır(76).

B.B.'lu annebabaya sahip çocuklarda, davranım bozuklukları, eşduyum güçlüğü, anlayışsızlık ve çatışmayı anormal yollardan çözme yöntemleri okul öncesi dönemde de gözlenmiştir. Psikiyatrik sorunlar, depressif belirtiler ve antisosyal uyumsuzluklar 6 yaş sonrası belirginleşir. Çocuğun empati yoksunluğu ve anormal biçimde çatışmayı çözmek gibi belirtilerinin annebabasında da mevcut olduğu bilinir. Bu duygudurum düzenleme bozukluğunun psikodinamik kalıtımı olabilir. Bipolar hastaların öfkelerinin çok geç yatıştığı bilinir. Bu, doğal olarak anne baba çocuk ve aile ilişkilerine de yansiyacaktır(115).

## **Klinik özellikler**

Sıklıkla kronik ve yineleyici olan çocukluk çağı depresyonu çocuklarda işlevsellikte bozulma ve intihar açısından risklidir. Diğer taraftan kronik ve daha hafif seyreden depresyon (distimi) ise kronik B.B. yada M.D.B. gibi emosyonel hastalığa dönüşüp ömür boyu devam edebilir(80).

Geçmişte çocukluk çağı depresyonu maskeli depresyon olarak da anılmıştır. Maskeli depresyonda erişkin benzeri belirtilerin; hiperaktivite, öğrenme güçlükleri ve enüresiz gibi belirtilerin ardına gizlendiği önesürülmüştür(4). Son çalışmalara göre çocukluk ve erişkin çağı depresyonunun kor belirtileri benzerdir. Ancak çocuklarda gelişimsel düzeye göre belirtiler değişir. Deprese çocuk sıklıkla irrite(çabuk uyarılabilir)dir. Somatik şikayetlerin eşlik ettiği ilgi ve neşe kaybı, bozulmuş uyku ve iştah, azalmış enerji ve konsantrasyon sıklıkla görülen belirtilerdir(117).

Gelişim dönemlerine göre sıkça görülen depresyon belirtileri aşağıdaki gibi gruplandırılabilir.

**Okul öncesi çocuk:** Azalmış iştah, kilo kaybı, apati, uyku bozukluğu ve sosyal içe çekilme gibi belirtiler görülür. Bu yaş çocuğunun sözlü ve sözsüz iletişim araçları gelişmemiştir, bu nedenle depresyonun ifadesi kısıtlı olabilir. Bu dönem için tanımlanan anaklitik depresyon ve hospitalizm, çocuğun birincil bakıcısından ayrılması sonucu görülebilen ve tedavisi gereken önemli bir tablodur(117).

**Ergenlik öncesi çocuk:** Sözlü ve sözsüz iletişim becerilerinin gelişmesi ile çocuk üzüntü, intihar düşünceleri gibi iç süreçlerini ve uyku bozukluklarını ifade edebilir(117).

**Ergenlik:** Depresyon belirtileri erişkine daha benzer hal alır. Davranım bozukluğuna ikincil bir depresyon tedaviye cevap vermeyebilir. Ancak depresyona ikincil, irritabiliteye bağlı, saldırganlık, kıskırtıcılık ve okul başarısızlığı mevcut ise depresyonun tedavisi ile bunlar da geçebilir(117).

Pekçok diğer psikiyatrik bozukluklar gibi erken yaş başlangıçlı depresyonun da prognozu kötüdür. Deprese çocuk, hastalığın tekrarı ve B.B. gelişmesi açısından risk taşır(117). Nitekim bir çalışmada depresyona sahip 41 hastanın 25 yıl ileriye dönük

izlemi sonunda erişkin dönemde B.B.'a dönüştüğü saptanmıştır(7). Geller ve ark. (1994) tarafından yapılan 79 M.D.B.'lu çocuğun 5 yıllık izlem çalışması sonucunda 10 çocuğun B.B. tip I ve 15 çocuğun B.B.tip II tanısı aldığı bulunmuştur. Dönüşüm oranı %32'dir. Bu dönüşümün en iyi belirleyicisi olarak üç nesil affektif bozukluk öyküsü olması bildirilmiştir. Bu çalışmalar, depresyonun çocukta psikiyatrik bir bozukluğun yada ailesel affektif bozukluğun öncülü olabileceğini düşündürür(117).

Çocukluk ve ergenlik çağı bipolar bozukluğu, tablonun karışıklığına karşın, geçen onyıla göre artan hızla tanınmaktadır. Bununla birlikte çocukluk çağındaki çok sayıda görülen depresyonun çocukluk çağı bipolaritesi ile ilişkisi halen bilinmemektedir(127). Birkaç çalışmada B.B.'u olan tüm hastaların yaklaşık %20'sinde ilk döngünün çocukluk ve ergenlik döneminde görülmesi, B.B.'un farkına varılmadığını ve yanlış tanı aldığını düşündürür(89,31,126). Benzer olarak B.B.'da döngüyle birlikte olan çeşitli örüntüleri ve fazları tanımak önemlidir. Çünkü %20-30 gencin major depresyonları maniye dönüşebilmektedir(52). Bunun için risk faktörleri şöyle bildirilmiştir;

(1) Depressif döngünün hızlı başlangıçlı olması, psikomotor retardasyon ve psikotik özellikler içermesi

(2) Aile öyküsünde affektif bozukluk olması (özellikle B.B.),

(3) Antidepresanlar ile tedavi sonrası mani yada hipomani öyküsünün olmasıdır(108).

Aynı risk faktörleri erişkinlerde de tanımlanmıştır(67).

Psikotik özellikli depresyona, ailesel B.B.'na ve DEHB öyküsüne, affektif dalgalanmaya sahip hastalarda antidepresan tedavi ile maniye dönüş saptanmıştır(114). Yine Geller ve ark. (1994) çocuklarda depresyonun %31.7 oranında (N=25) mani ve hipomaniye dönüştüğünü, bunların %80'inin 12 yaş ve altında olduğunu (ortalama 11yaş) saptamışlardır. Geller ve arkadaşları atipik durumlar ve antidepresan kullanımı bildirmemişlerdir(52).

Çocuklarda mani belirtilerinin sıklıkla atipik olduğu tanımlanmıştır(22). Duygulanımda değişmeler, psikomotor ajitasyon ve çoskusal yükselmenin düzeyi değişkendir. Ayrıca iritabilite, kavgacılık ve manik depressif mikst görünümeler öforiden daha yaygındır.

Gelişimsel ve sosyal sınırlara uygun olmayan çocuk davranışları görülebilir. Bunlar okul devamsızlığı, fikir uçuşması, tehlikeli oyunlar ve uygunsuz artmış seksüel aktivitedir(93).

Çocukluk çağı grandiyöz delirlerini, mantıksal kuralları izlemede bozukluk ve sabit inançlar olarak ele almak uygundur. Daha iyi anlamak için bipolar çocuklarda görülebilecek bazı grandiyöz delir örnekleri; 1-) Başarısızlığı yeğlemiş bir çocuğun öğretmene "nasıl öğretmenlik yapacağına dair" rahatsız edici tutumlar sergilemesi, 2-) 7 yaş civarında bir çocuğun pahalı şeyler çalması ve bunun kendisi için bir hak, ancak diğerleri için kanunsuz olduğunu düşünmesi, 3-) ergenlikte okul başarısızlıklarına karşın, ünlü ve başarılı bir avukat olma yada müziğe yeteneksizliğine karşın ünlü bir yıldız olmayı istemesi olabilir(53).

Manik çocukların azalmış uyku miktarı da çoğunlukla uyku öncesi aşırı aktiviteye bağlı olabilir. Odalarını tekrar tekrar düzenleme gibi uğraşılara girişebilirler. Hızlı konuşma hemen tüm yaş gruplarında benzerdir ve durdurmak güç olabilir. Düşünce akışında hızlanma da çocuk ve ergenler için oldukça somut bir belirtidir. Bazen genç, alnında düşüncelerini durduracağı bir düğme olsun ister. Fikir uçuşması da erişkinlere benzer ancak içeriği yaşa özgüdür(53).

Çevredeki ufak bir karışıklık bile manik çocukta belirgin distraktibilite meydana getirebilir. B.B.'lu çocuk ve ergende artmış motor ve amaca yönelik aktivite normal aktivitelerini fazla yapıyormuş izlenimini verebilir. Yaşa özgü davranışlarda tehlike düzeyi yüksek, zevk veren aktivitelere bulaşma belirginleşir. Çocuklarda hiperseksüalite, cinsellik içeren küfürlü konuşma ile başlar. Cinsel kötüye kullanım yada uygunsuz cinsel durumlara maruz kalma olmaksızın, cinselliğe ilişkin uygun olmayan söz ve davranışlarda bulunabilir. Aşırı mastürbasyon, hatta açıkça toplum içinde mastürbasyon yapabilir. Ergenlik döneminde ise seks telefonlarını aramadan sık partner değiştirmeye giden bir seyir görülebilir(53).

Tüm yaş gruplarında aşırı cesaret ve meydan okuma çok yaygındır. Daha büyük ergenlerde hızlı araba kullanma görülebilir. Çocuklarda ise pencereden atlayabilecekleri, ağaçların ve çatıların üzerinden uçabilecekleri inançları olabilir(53).

Grandiyozite, psikomotor ajitasyon ve rahat, bulaşkan davranış gibi önemli manik belirtiler diğer yaygın çocukluk çağı özelliklerinden ayırdedilmelidir. Çocukluk çağı övünme olgusu, hayali oyun, aşırı hareketlilik ve çocuksu patavatsızlık çocuklarda görülebilen mani benzeri belirtiler dönem özellikleridir(93).

Çocukluk çağı B.B. ciddi ve kronik gidişli bir bozukluktur. Erişkinden farklı olarak, döngüsel olmayan, mikst ve hızlı döngü özellikleri taşır. Hızlı döngü özellikleri erişkindeki ciddi gidişli ve tedaviye dirençli B.B.'luğa benzer bir klinik tablo sergilemektedir(54). Çocukluk çağı B.B. ender görülmekle birlikte mani kriterlerini karşılayan irritabilite, duygudurum oynaklığı ve artmış enerji, kayıtsız ve gözükara davranış belirtileri gösteren çocukların sayısının giderek daha fazla olduğu bildirilmektedir(128).

Küçük çocuklarda klinik görünümle genellikle kötüleşen yıkıcı davranışlar, huysuzluk, gece geç yatma, impulsivite, hiperaktivite ve konsantrasyon zorluğudur, daha büyük çocuklardaki döngüleri saptamak güçtür. Ayrıca döngüsel dikkat süresindeki kısalık, düşük engellenme eşiği, suçluluk ardından patlayıcı kızgınlık, asık suratlılık, depresyon ve azalmış okul performansı da tanımlanmıştır(32).

Bu belirtiler hastalığın klasik tanımlanan döngüsel doğasından farklıdır, ancak çocukluk çağı davranım bozuklukları(D.B.) için tipiktir(22). Bu belirtileri gösteren çocukların bunların gerçek mani olguları olup olmadığını belirlemek için ileri çalışmalar gerekmektedir. Çünkü bu belirtiler özgül olmayan davranışsal yada çoşkusal problemler de olabilir. Bu olguların uzunlamasına izlenmesi bozukluğun tipik görünümünü saptamak için önemli olacaktır(67).

Bazı araştırmacılar manik ergenlerde, psikotik belirtiler; duygudurumla uyumlu olmayan hallüsinasyonlar, paranoya, düşünce bozukluğu, duygudurum dalgalanması, mikst manik depressif ve şiddetli davranım bozukluğu gibi belirtilerin komplike görünümü olduğunu önesürmüşlerdir(67,3). Bu değişken görünümler onlu yaşlardaki gençlerde B.B.'un atlanmasına yolaçabilir, ve çoğunlukla şizofreni ile karışabilir(61,65). Ergenlerin B.B.'da erken gidişi sıklıkla kronik ve tedaviye dirençlidir. Uzun dönem prognozu erişkindekine benzeyebilir(32,121,122). Erişkin B.B.'lar genellikle

döngüseldir(45). Tedavi edilmemiş hastaların çoğu on yada daha fazla döngüye sahiptir. 4-5 döngüden sonra döngü süresi stabilize oluncaya dek döngüler daha sıktır(67). Uzunlamasına bir izlem çalışmasında 5 yıl boyunca 54 ergenden 2 ergen hiç iyileşmemiş, iyileşen ergenlerin % 44'ü tekrarlayıcı gidiş(hem M.D.B hem mani) göstermiştir. Bu çalışmada ergenlerin % 25'inin iki yada daha fazla döngüsü olmuştur. Bu ergenlerde depresyonun iyileşmesi mani ve mikst döngülerin iyileşmesinden daha uzun zaman almıştır(107). Erişkinlerle kıyaslandığında, ergenlerde uzamış başlangıç ve tedaviye direnç daha fazla görülmüştür(94).

B:B.'lu ergenlerde mikst durumların sık görülmesi, psikotik belirtilerin ve/veya komorbid davranış bozukluğunun yada madde kötüye kullanım belirtilerinin varlığı nedeniyle tedaviye cevap alınamadığı düşünülmektedir. Tüm bunlar lityuma cevapsızlığın nedeni olabilir. Bununla birlikte bazı çalışmalara göre erken başlangıçlı B.B. erişkindekine benzeyebilmektedir. Yaklaşık hastaların yarısı premorbid durumları ile karşılaştırıldığında belirgin işlevsel bozulma göstermişlerdir(122,94).

B.B'lu ergenler tamamlanmış intiharlar için artmış risk taşır(25,122). Hasta ergenlerin %20 sinde en azından bir ciddi intihar girişimi mevcuttur. Erişkin literatüründe, manik depressif bozuklukların geniş bir gözden geçirmesinde, ortalama intihar oranı %19'dur. Depressif fazda erkeklerde risk artmaktadır(67).

Herhangi bir gencin B.B. tanısı alabilmesi için duygudurum ve psikotik semptomlarla birlikte belirgin işlevsel bozulma da göstermelidir. DSM kriterlerinin yeniden düzenlenmesi kesin ve güvenilir tanıyı sağlayacaktır. Bunun için yapılandırılmış ve yarıyapılandırılmış görüşmeler gerekebilir(56).

### **Ayırıcı tanı**

Çocukluk çağı depresyonu yaşla karışabilir, çünkü depresyonda görülen bazı belirtiler örneğin; azalmış iştah, kilo kaybı ve insomnia gibi, yasadan hemen sonra da görülebilir. Yasın başlangıcı nadiren 3 aydan sonradır. Nitekim DSM IV'de 2 aydan uzun süren yas belirtilerinin varlığında, bu tablonun Major Depresyon olarak kabul edilmesi gerektiği

bildirilmiştir. Weller ve arkadaşları annesinin kaybına uğramış %39 prepubertal çocuğun 3 aylık dönemde major depresyon ölçütlerini karşıladıklarını bulmuşlardır(117).

Depresyon tablosu taşıyan çocukta genel tıbbi durumlar, malignansiler, çocuk istismar yada ihmali, ayrılık anksiyetesi bozukluğu ve depresse duygudurum ile ilişkili bozukluklar ayırdedilmelidir. Prepubertal çocukta özellikle anksiyete bozuklukları ve D.B. ayırıcı tanısı yapılmalıdır. Ergende özellikle madde kullanımı anksiyete bozuklukları ve erken başlangıçlı şizofreninin ayrımı tedavi ve gidiş açısından son derece önemlidir(116,117).

Çocukluk ve ergenlik çağı B.B.'nin tanı ölçütleri halen açıklığa kavuşmadığı için pekçok bozukluk grubu ile karışabilmektedir. Burada bu bozukluk grupları ayrı ayrı incelenecektir.

### I-Şizofreni

Özellikle ergenlik döneminde başlayan mani, şizofreni ile karışabilmektedir(32,122). Şizofrenide görülen hallüsinasyon, sanrı gibi belirtiler nedeniyle ergen şizofreni yada şizoaffektif bozukluk tanısı almaktadır(94). Ayırıcı tanıda aile öyküsünde mani olması şizofreniden uzaklaştıracaktır. Carlson ve Strober(1978) şizofreni ile karışan 6 manik ergen bildirmişlerdir.

Erken dönemde başlayan psikotik belirtiler gösteren çocuklar üzerine yapılmış bir izleme çalışmasında, B.B. tanısı almış çocuk ve ergenlerin yarısından fazlasına, yanlış olarak şizofreni tanısı konduğunu göstermiştir; fakat hiçbir hastaya yanlışlıkla B.B. tanısı konmamıştır(123). Son zamanlarda klinisyenler daha dikkatli ve titiz davranışa da gençlerde B.B. tanınmayabilmektedir.

### II-Şizoaffektif bozukluk

Tanı koymak için hastanın belli bir periyotta, hem belirgin duygudurum bozukluğu(major depresyon, mani yada mikst epizoddan biri), hemde şizofreniye tamamen uyan psikotik belirtilere sahip olması gerekir. Hastalıkta 2 hafta boyunca duygudurum belirtileri olmaksızın hallüsinasyon ve sanrılar devam etmelidir(45).



Şizoaffektif Bozukluk, çocuklarda çok iyi tanımlanmamıştır. Egers (1989) çalışmasında %28 hastada erken başlangıçlı şizofreni ve şizoaffektif bozukluk bulmuştur. Ancak bu tanımlar ICD-9'a göredir(47). DSM-III-R'da B.B. ve şizoaffektif bozukluk tanımları karışmakta idi. Diğer psikozlu çocuklarda ileriye dönük çalışmalarda şizoaffektif bozukluğun tanısının sık ve güvenilir olmadığı, şiddetli bozulma ile birlikte bulunduğu bildirilmiştir(122).

### III-) Ajite depresyon

Ajite depresyon, artmış psikomotor aktivite ve anksiyete nedeni ile mikst epizod ile karışabilir. Bu olgularda daha sonra B.B. gelişeceği tartışmalıdır.

### IV-) Posttravmatik stress bozukluğu(PTSB)

Duygudurum dalgalanması, hipervijilans, irritabilite, disosiyatif belirtiler ve uyku bozuklukları mani ve mikst epizodlarla karışabilir. Ayırdetmede PTSB'de stress yaratan bir travma öyküsünün varlığı önem taşır(32).

### V-) Sınır kişilik bozukluğu

Sınır kişilik bozukluğunda görülen affektif tutarsızlık, dürtü denetimsizliği ve dengesiz davranışlar gibi belirtiler B.B. ile karışabilir. Kişilik bozukluğu özellikleri yaygın ve dirençlidir. B.B. belirtileri ise hastanın temel durumunda ve işlevselliğinde belirgin değişiklik yapar. Bununla birlikte B.B.'lulardaki irritabilite, siklotimi, ve/veya distimi gibi belirtiler sınır kişilik bozukluğu ile karışabilme risk taşır. Ayrıca bazı gençlerde her iki bozukluk da birlikte bulunabilir(84).

### VI-) Madde kötüye kullanımı

Ayırıcı tanı yada komorbid olarak madde kötüye kullanımı, özellikle çocukta onlu yaş civarında varsa önem taşır. Örneğin mariyuana içimine bağlı gülme nöbetleri çöskusal yükselme ile karışabilmektedir. Maddenin etkisi sonucu görülen belirtiler B.B. ile karışabilir. Yine amfetamin kullanımına bağlı çöskusal yükselme ve maddenin çekilmesine bağlı hızlı düşüş, hızlı döngüyü taklit edebilir. Madde kullanımına bağlı hallüsinasyon bipolar algısal distorsiyon ile karışabilir(53,32).

## VII-) Yaygın gelişimsel bozukluklar

Son zamanlarda mani ve yaygın gelişimsel bozuklukların(Y.G.B.) birlikte görüldüğüne dikkat çekilmiştir. Yapılan bir çalışmada tüm manik hastaların %11'i Y.G.B. ve Y.G.B.'li hastaların %21'inde mani saptanmıştır. Eğer bu sonuçlar doğrulanırsa terapötik ve nozolojik önem taşıyacaktır(129).

## VIII-) Medikal duruma bağlı B.B.

Değişik tıbbi durumlara bağlı mani belirtileri saptanabilir(40). Bu tıbbi durumları gruplarsak: (1) Nörojenik bozukluklar; beyin tümörleri, MSS hastalıkları, HIV pozitifliği, multipl skleroz, temporal lob nöbetleri ve Klein-Levin Sendromu; (2) hipertiroidizm, üremi, Wilson hastalığı, porfiry gibi sistemik durumlar; (3) antidepresanlar, sempatomimetikler, bromokriptin, stimülanlar, streoidler, kokain; (4) fensiklidin, inhalanlar, metilendioksimetamfetamin gibi ilaçlar mani benzeri sendrom yapabilirler(53,32).

Bu gibi durumlarda tanı için psikiyatrik, nörolojik, pediatrik değerlendirmelere ve gerekli uygun tetkiklerine ihtiyaç duyulabilir.

## IX-) Kroskültürel ve kültüre bağlı sendromlar

Etnik gruplarda çeşitli inançlar, şizofrenik düşünce özelliklerine benzerliği nedeniyle şizofreni ile karışabilir. Ayrıca bazı bozuklukların kültür ve ırklara göre görülme sıklığının farklılığından sözedilmiştir(67). Nitekim, Kilgus ve ark.1995'de hospitalize Amerika ve Afrikalı ergenlerin, Amerikalı dışındaki beyaz ırka göre organik ve psikotik bozukluk tanısını daha sık, affektif bozukluk tanısını daha az aldığını bulmuşlardır(75). Kültüre bağlı sendromlar maladaptif davranış kalıpları ve zor deneyimler içerebilir(45). Kültüre bağlı bu sendromlar B.B.ile karışabilir.

## X-) Yıkıcı davranım bozuklukları

Çocukluk çağı B.B. ile ayırıcı tanı açısından önem taşıyan iki bozukluk DEHB ve D.B.dur. Her iki bozuklukla B.B'un ilişkisi kesin değildir, fakat bazı ilginç sonuçlar vardır(33). Araştırma sonuçlarına göre B.B.'luğun okul öncesi dönemde büyük oranda hiperaktivite ile başladığı ve okul başlangıcında tamamen manik sendroma dönüştüğü

düşünülmektedir. B.B'nin prepubertal dönemde gelişimsel ve yaşa özgü görünümü hiperaktivitedir. Bu hipotez, prepubertal başlangıçlı B.B.'de daha yüksek DEHB prevalansı ile uyumludur(53). Bazı çocuklarda, erken yıkıcı davranışın öncül bir B.B. yada duygudurum bozukluğu olabileceğini gösteren çalışmalar vardır(49).

Böylece çocukluk çağı B.B.luğu yaygın olarak D.B., DEHB, KOKGB ile birlikte dir. Araştırmacılar çocuk ve ergende B.B.'un %57-86 DEHB ile, %69 D.B. ile komorbid olduğunu bildirmişlerdir(36). İlk tanı olarak B.B. olan çocukların yaklaşık %90'ının ve ergenlerin %30'unun DEHB belirtileri vardır(90).

Tüm bu belirtilerin öncülümü yoksa eşzamanlı mı yada sınıflandırma hatalarından mı kaynaklandığı sorusu gündemdedir. Bir diğer grup araştırmacı DEHB, DB ve KOKGB ile daha az komorbidite tanımlamıştır. (Prepubertal ve ergenlik döneminde bu semptomatoloji gelişimsel basamaktaki farklılıklardan kaynaklanıyor olabilir).

B.B.'un erken belirleyicileri ile ilgili yapılan çalışmalardan 3 önemli sonuç çıkmaktadır(2,3,74,81,119):

- (1) B.B. çocuklarda bilinenden daha yaygındır.
- (2) B.B. ile D.B. arasında binişiklikler mevcuttur.
- (3) Ergenlik öncesi depresyon, ergenlik başlangıçlı ani depresyon tekrarlayıcı affektif hastalığın ilk epizodu olabilir. Çocukluk çağı B.B. hemen daima bir başka bozuklukla komorbiddir. Bu bozukluklar da sıklıkla yıkıcı davranış bozukluklarıdır.

Manide görülen birçok belirti DEHB ve antisosyal davranışla karışır. Karışan belirtiler; impulsivite, hiperaktivite ve irritabilite olduğu gibi, saldırganlık, okul devamsızlığı, psikomotor ajitasyon, az uyku ihtiyacı, distraktibilite ve cinsel uygun olmayan davranışlardır. DEHB'lilerin izlem çalışmalarında artmış B.B. insidansı bildirilmiştir(65).

Yıkıcı davranış bozuklukları, B.B. gibi kronik gidişli ve inişli çıkışlıdır. Çocuğun yalan söylediği, karşıt davrandığı ve çaldığı 1-2 ay boyunca görülebilir ve döngü görünümünde olabilir. Öte yandan çocuk manik yada depressif iken D.B. ve/veya KOKGB belirtileri de gösterebilir(56). Bu belirtilerin içiçe geçme durumu ayırıcı tanıyı güçleştirmektedir.

B.B.'lu çocuklarda öforik duygudurumdan çok iritabilite saptanmıştır. Bu da pek çok DEHB'li çocukta çeşitli derecelerde bulunabilir. Bu nedenle çocuklar şiddetli disfori, dikkatsizlik, distraktibilite gevezelik ve ajitasyondan oluşan oldukça karışık bir görünümde bazen DEHB yada bazen de B.B tanısı alabilmektedirler.

DEHB tanısı almış çocuklarda yapılan aile çalışmalarında bu çocukların akrabalarında artmış oranda DEHB bildirilmiştir. Son çalışmalara göre ailesel genetik bilgi ile B.B.+DEHB komorbiditesinin açıklanabileceği öne sürülmüştür(50). Diğer taraftan yapılan B.B'da aile çalışmalarında da akrabalarda yüksek oranda MDB, B.B. ve DEHB bulunmuştur(55).

Birkaç çalışmada B.B.'lu hastaların çocuklarında DEHB araştırılmıştır(64,68,69,115). Bu çalışmalarda kontrollerle karşılaştırıldığında B.B.'lu annebaba çocuklarında artmış oranda DEHB bulunmuştur. Faraone ve ark. (1995) da B.B.'lu annebaların çocuklarında kontrollere göre %5 artmış DEHB riski bulmuşlardır.

Wozniak ve ark.'ın(1995) yaptığı çalışmada B.B.'lu 16 çocuğun 46 tane birinci dereceden akrabasında %13 oranında mani kriterleri gösterilmiştir. Bu sonuç, kontrol ve DEHB'li gruba göre anlamlı yüksektir. DEHB'lilerin ve kontrol grubu akrabalarında B.B. bulunmamıştır. B.B.'lu çocukların akrabalarının ise %26 oranında DEHB kriterlerini karşıladığı görülmüştür. Bu oran DEHB'li gruptan yüksektir, ancak istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Hem B.B. hem DEHB grubu akrabalarında DEHB oranı kontrollere göre artmış görülmüştür(55). Faraone (1997) 140 DEHB'li, 120 DEHB'li olmayan çocuk ve onların 822 birinci dereceden akrabalarında yaptığı çalışmada, B.B. ve DEHB'yi saptamaya yönelik ölçekler kullanmıştır. DEHB+B.B.'lu çocukların ve sadece DEHB'li çocukların akrabalarında DEHB riski kontrollere göre anlamlı yüksek; DEHB+B.B.'lu çocukların akrabalarında ise B.B. riski diğer gruplara göre 5 kat daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca DEHB+B.B.'lu çocukların akrabalarında artmış MDB oranı ve ayrıca işlevsellikte bozulma saptanmıştır. Bu çalışma sonucunda DEHB ile komorbid B.B.'luğun genetik yapı olarak diğer DEHB'lilerden farklı bir grup olduğu önesürülmüştür(49).

Bu çalışmalara göre çocukluk çağı B.B. ayrı bir ailesel sendrom olabilir. Ancak B.B. ve DEHB birbirinden bağımsız iki bozukluk olması halinde bu ailesel yüklülüklerin bulunamayacağı düşünülmektedir. Ayrıca B.B. ve DEHB komorbidite oranının gerçekteki her iki bozukluğun eşzamanlı tanı alma oranını yansıtmadığı, B.B.'lu ve DEHB'li hastaların akrabalarında artmış B.B. ve DEHB tanısının her iki bozuklukta da bir tanılandırma hatasından kaynaklanabileceği bildirilmiştir(49,50).

Faraone ve Biederman (1997) yaptıkları çalışmada DEHB'nin erken başlangıçlı mani için gösterge olup olmadığını araştırmıştır. Mani ile DEHB komorbid olduğu durumlar, maninin başlangıç yaşı açısından farklılık göstermiştir. Manik çocuklarda, manik ergenlere kıyasla DEHB ile komorbiditeyi daha sık saptamışlardır.

Davranım bozukluğu, bipolar çocukların yaklaşık %22 'sinde ve bipolar ergenlerin %18'inde görülmektedir. DB'un, DEHB gibi B.B.'un erken başlangıçlı görünümü olabileceği önesürülmüştür(53,81). DB komorbiditesinin, zayıf yargılama ve grandiyozite ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Biederman ve Faraone (1999), DB'larının maniyeye ikincil yada maninin DB'larına ikincil olabileceğini bildirmişlerdir(18).

DEHB ve DB impuls kontrol ve davranışsal düzenleme bozukluğu ile tanımlanabilecek kronik ve inatçı bozukluklardır. DEHB 7 yaşından önce başlayıp ve geç çocukluk ve erken ergenlik döneminde DB'a doğru gidebilir. B.B. ise genellikle döngüsel ve genellikle 7 yaşından sonra ve 12 yaşından önce başlar. B.B.'da anormal duygudurum ve çoşkusal düzenleme bozuklukları ön plandadır ve gencin işlevselliğinde bozulma oluşturur(53).

#### XI. Cinsel Kötüye Kullanım

Manik çocukta görülen manik hiperseksüalite, çocuklarda masturbasyonu da içeren kendini uyarıcı davranışlarla ortaya çıkabilir. Bu yönden öyküde çocuğun cinsel kötüye kullanıma maruz kalması, yetişkin cinsel davranışlara tanık olması dikkatle ayırdedilmelidir(53).

## **Tedavi**

Çocukluk ve ergenlik çağı duygudurum bozukluklarında tanı güçlükleri, tanının geç konmasına ve bu nedenle tedavide gecikmeye yolaçmaktadır(22). Bunun sonucunda uygun profilaktik tedavi ile, intihar ve davranım bozukluğu yada madde kullanımı gibi komplikasyonların önlenmesi gerçekleşmemektedir. Yeterli, kontrollü ilaç çalışması bulunmadığı için çocukluk ve ergenlik çağı depresyonu antidepresanlar, çocukluk ve ergenlik bipolar bozukluğu ise erişkinlere benzer olarak mood stabilizatörleri ve nöroleptiklerle yapılmaktadır(32).

### **Antidepresanlar**

Bu grupta çocuk ve ergenlerde en çok kullanılan antidepresan ilaç grupları: trisiklik antidepresanlar(TCA) , selektif serotonin geri alım blokerleridir(SSRI). TCA'ların antikolinerjik ve kardiyotoksik yan etkileri kullanım güçlükleri oluşturmaktadır. Bu grupta en sık kullanılan ilaç imipiraminidir. Imipiramin kullanımında her 2mg/kg artışta ve enyüksek doz olan 5 mg/kg yada teropotik uygun doza varıncaya dek EKG tekrarı gerekmektedir. MDB'lu çocuklarda yapılan çalışmalar 150-250ng/ml kan düzeyinin etkin olduğunu göstermiştir(75).

SSRI grubunda en çok kullanılanlar ise: fluoksetin, sertralin, paroksetin, fluvoksamin, ve sitalopramdır. Çocuklarda yapılan çalışmalarda üçte iki hastanın bu ilaçlara cevap verdiği bulunmuştur. En çok görülen yan etkiler uykusuzluk, gastrointestinal şikayetler ve ajitasyon olmuştur. Bu ilaçlar sitokrom P450 üzerinden metabolize oldukları için pek çok ilaç etkileşimine girebilirler(27).

### **Mood stabilizatörleri**

Çocuk ve ergenlerde birinci basamakta önerilen ilaç grubu mood stabilizatörleridir.

### **Lityum**

Delong ve Aldershof (1987) çoğunluğu 14 yaşın altında olan 59 bipolar çocuğun 45'inde (%73.7), lityumla erişkinlere benzer başarılı sonuçlar elde etmiştir. Bu çalışmada 14 yaş altı grupta, üstü grup arasında etkinlik yönünden oransal bir fark saptanmamıştır(82).

Lityum'un etki mekanizması üzerine çeşitli görüşler vardır. Bu görüşler, lityum tuzlarının beyindeki etkilerinin multipl, kompleks ve daha çok ikinci haberci düzeyinde olduğu üzerinedir. Bu etkilerin; (1) inozitol polifosfataz ve inozitol ikincil haberci aktivitesini bloke ederek, (2) Mg ile uyarılan adenilatsiklaz inhibisyonu ile, (3) hipokampal 5HT1A reseptörlerinin down regülasyonu ile, (4) düşük affiniteli  $\beta$  reseptörlerinde artış yoluyla, (5)  $\alpha 2$  reseptörlerinin subsensitivitesini uyarmakla, (6) tubuloinfindibular yolaklarda dopamin düzeyini artırmakla olduğu kabul edilmektedir. Lityum çoğunlukla gastrointestinal sistemden(GIS) emilir, 2-4 saat sonra serum düzeyi pik yapar. Böbreklerden atılır. Çocuk ve ergenlerde yarılanma ömrü 18 saattir(3,8,82).

6-12 yaş arası çocuklarda 30mg/kg/g şeklinde günde üç defa, 5 gün içinde serum düzeyi 0.6-1.2 meq/lt olacak şekilde ayarlanır(120). Teröpotik etkiler 10-14 gün sonra görülür ancak tam etki 4-6 hafta sonradır.

Strober ve ark.(1995) yaptıkları çalışmada hastane tedavisi sonrası lityumu kesen ergenlerde 3 kat fazla tekrarlama riski görmüşlerdir. Bu çalışma ve diğer erişkin çalışmaları temelinde, ergen yada çocuk tek bir manik epizod geçirmiş olsa bile mood stabilizatörünü en az 12-18 ay kullanmalı; 12-18 ay kullandıktan sonra eğer ötimik yada asemptomatik hale gelirse, kademeli olarak azaltılarak 2-3 ayda kesilmelidir. Manik belirtiler geri dönerse mood stabilizatörü yeniden başlanmalıdır.

Mikst ve hızlı döngülü manide lityum direnci ile ilgili yetişkinlerde olduğu gibi çocuklarda da kontrolsüz yapılmış bazı çalışmalar bildirilmiştir(34).

### **Antikonvulzanlar**

Lityuma alternatif olarak en sık karbamazepin ve sodyum valproat kullanılır. Bu ajanların mikst yada hızlı döngülü manide lityumdan etkin olacağı önerülmüştür(34). Ancak bu konuda yeterli çalışma yoktur.

### **Valproat**

Etki mekanizması tam bilinmemekle birlikte (1) inhibitör nörotransmitter gamaaminobütirik asit (GABA) turnoverını ve gabarjik fonksiyonu artırmak, (2)

Nitrosodimetil anilin (NMDA) tipi eksitatör reseptörlerin blokajı, (3) protein sitokinaz enzimlerini azaltmak olarak sıralanır(92).

Valproat GIS'den emilir. 2-4 saat sonra pik yapar. Çoğunlukla proteinlere bağlanır. Karaciğerde metabolize olur. Serum yarılanma ömrü çocuk ve ergenlerde 8-16 saatdir(81).

Çocuk ve ergenlerde valproat dozu 15mg/kg/gdür. Günlük doz 2 yada 3 'e bölünerek verilir. Serum düzeyi 50-60 mg/ml olması sağlanır(82).

### Karbamazepin

Etki mekanizması tam bilinmemektedir. Siklik adenozin monofosfat (cAMP) inhibisyonunu artırdığı düşünülmektedir. P450 hepatik sistemde metabolize olur. Sabit doz başlandıktan sonraki 3-5 hafta otoindüksiyon ile kendi metabolizmasını artırır. Yarılanma ömrü 25-65 saat iken P450 enzimlerinin otoindüksiyonu ile bu 9-15 saate düşer. 6-12 yaş arası doz 100 mg/g günde iki kez, 12 yaş üstü 120mg/g'dür. Davranım bozuklukları ve dürtü denetim bozukluklarında da önerilmektedir(74,82).

### **Nöroleptikler**

Manik ergenlerde şizofreniform yada psikotik bulgular erişkinlerden daha sık görüldüğünden tedavide lityuma nöroleptik eklemek yaygın bir uygulamadır. Ancak lityumla nöroleptiğin birlikte kullanımına bağlı toksik etkileşim bildirilmiştir. Ayrıca nöroleptiklerle tedavi edilen duygudurum hastalarında artmış tardif diskinezi bildirilmiştir. Çocuk ve ergenlerde uzun süreli nöroleptik kullanımı sonucu özellikle buna duyarlılıkları artabilir(82).

### **Benzodiazepinler**

Yüksek potanslı benzodiazepinler (BDZ) akut ajitasyon ve insomniada nöroleptiklere alternatif olarak gösterilmiştir. En fazla çalışma lorazepam ile yapılmıştır. Lorazepam'ın çocuk ve ergenlerde güvenli olduğu bildirilmiştir(82).

### **Psikososyal tedaviler**

Depresyonda psikososyal tedavi yaklaşımlarına ilişkin çalışmalar olmasına karşın manik bozukluğa yönelik psikososyal tedavi yaklaşımlarına rastlanmamaktadır. Ancak



destekleyici psikoterapinin döngülerin oluşumunu azaltacağına dair çalışmalar vardır. Ailesel faktörlerin bipolar erişkinlerde relaps riskini etkilediği gösterilmiştir. Lityum profilaksisine eklenmiş psikososyal tedavinin manik tablonun tekrarlama riskini azaltığı önesürülmüştür(74).

### **Elektrokonvulsif tedavi**

Elektrokonvulsifoterapi(EKT) çocuk ve ergenlerde nadiren kullanılmaktadır. Kaynaklarda manik çocuk ve ergenlerde EKT uygulamasına ilişkin birkaç olgu bildirimidir. 5-15 yaş arası 9 manili hastadan 8'inde, 15-18 yaş arası hızlı döngülü 2 ergende, 12-18 yaş arası 11 depresse ergende başarılı sonuçlar elde edilmiştir(26). Güvenliği ve etkisi sistematik olarak araştırıldıktan sonra şiddetli mani tablosuna sahip çocuk ve ergenlerin akut tedavisinde EKT uygulanabileceği bildirilmiştir(74).



## **2-) GEREK VE YÖNTEM**

### **A-)Örnekleme**

#### **I-)Olgu grubu**

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp fakültesi Psikiyatri A.D. B.B. biriminde kayıtlı bulunan ve kesin B.B. tip I tanısı almış annesabaların 6-18 yaş arası tüm çocukları kasım 2000–mart 2001 tarihleri arasında incelemeye alınmıştır.Olgu grubu 35 çocuk ve ergenden oluşmaktadır.

Dışlama ölçütleri:annesabalar için; hasta olan annesaba dışındaki diğer annesabanın duygudurum bozukluğu yada herhangi bir ruhsal bozukluğunun bulunmasıdır. Çocuklar için; herhangi bir başka genetik risk taşıyabilecek yapısal, nöropsikiyatrik bozukluğun (otizm, tourette, şizofreni) yada mental retardasyonun bulunması olarak belirlenmiştir.

#### **II-)Kontrol grubu**

Kontrol grubu Balçova Sağlık Grup Başkanlığına bağlı Korutürk Mahallesi Sağlık Ocağının alanından, rasgele seçilmiş ev halkı tespit fişlerinden, hasta annesabanın sosyoekonomik düzey, eğitim ve yaş kriterleri göz önüne alınarak birebir eşleme ile seçilmiş anne babalardır. Seçilen bu annesabaların 6-18 yaş arası tüm çocukları (n=33) çalışmaya alınmıştır.

Dışlama ölçütleri:annesabaların herhangi bir duygudurum yada başka bir psikiyatrik bozukluğunun bulunması olarak belirlenmiştir.

### **B-)Veri toplama araçları**

I-) WASH-U-KSADS (Washington University at St.Louis - Kiddie and Young Adult Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia - Present state and lifetime - B.Geller et al. 1996 for DSM-IV,St.Louis Washington Üniversitesi çocuk ve gençler için duygulanım bozuklukları ve şizofreni ölçeği-şimdiki zaman ve yaşam boyu- 1996 DSM IV 'e göre uyarlanmıştır).

1994'te Geller ve ark. tarafından geliştirilen, yapılandırılmış görüşme şeklinde bir ölçektir. KSADS (Puig-Antich ve Ryan1986)dan köken almaktadır. Birbirini takip eden itemler her bir belirtinin şiddetini ve süresini ölçer. Likert tipi 0-8 arasında puanlandırma

ile her bir belirti derecelendirilmektedir. 0-3 arası puanda belirti yok, 3 puan belirti ılımlı düzeyde, 3'ün üzerinde ise şiddetli düzeyde olarak değerlendirilmektedir. Bu ölçek hem çocuk ve ergenlerle, hemde annesababalarla görüşülerek uygulanmaktadır. En sonda yer alan genel kanı (consensus conferences) bölümünde tüm bu belirti ve döngü değerlendirmeleri, okul ve öğretmenlerden alınan bilgiler ve gerekirse görüşme videoları ile tanı konmaktadır.

Bu ölçeğe göre MDB ve mani tanısı koyulabilmesi için item skorları  $\geq 4$  (orta yada şiddetli), hipomani yada distimi tanıları için item skorları  $\geq 3$  olmalıdır. Yaşam boyu bozukluk tarayan bir ölçek olduğundan eşzamanlı belirtilerde klinisyen tarih sırasını kurarak tanıya gitmektedir.

WASH-U-KSADS önceki iki öncülünden (K-SADS 1986 Puig - Antich, K-SADS - P/L Kaufmann ve ark. 1997) bazı farklılıklar içermektedir. Bu farklılıklar şöyle sıralanabilir. DSM IV'e göre düzenlenmiştir. İtemleri atlama özelliği yoktur. Her item değerlendirilir, ayrıca hızlı döngü ve prepubertal mani özellikleri geliştirilmiştir. Bu ölçekte hızlı döngü kriterleri: hızlı döngü;4 döngü /yıl, çok hızlı döngü;5-364/yıl, ultra çok hızlı döngü $\geq 365/1$ yıl olarak tanımlanmıştır. Ultra çok hızlı döngüde mani bulguları günde 4 saat yada üzerinde gözlemlenmesi gerekmektedir. Hızlı döngü bölümünün geçerlilik ve güvenilirliği bildirilmiştir(62,128). Bu ölçek Geller B.'dan onay alınarak kullanılmıştır. Bu ölçeğin duygudurumla ilişkin 58 belirtisi bulunmaktadır.

#### II-) Turgay A. DSM IV kökenli çocuk ve ergen yıkıcı davranış bozuklukları değerlendirme ölçeği(1995)

Bu ölçek 41 sorudan oluşmuştur. 9 adet dikkat eksikliğini, 9 adet hiperaktiviteyi ve impulsiviteyi, 8 adet karşıt olma karşıt gelme bozukluğunu, 15 adet davranım bozukluğunu sorgulayan item bulunmaktadır. Her item 0:hiç yok, 1:biraz, 2:oldukça fazla, 3:çok fazla biçiminde olmaktadır. Ölçek annesaba ve öğretmen tarafından uygulanmaktadır.

Dikkat eksikliğinden sözedebilmek için bu belirti ile ilişkili 9 itemden en az 6'sı 2 yada 3 olarak puanlanmış, hiperaktivite varlığı için bu belirti ile ilişkili 9 itemden en az 6'sı 2

yada 3 olarak puanlanmış, karşıt olma karşıt gelme bozukluğu tanısı için buna ilişkin 8 itemden en az 4'ü 2 yada 3 olarak puanlanmış, davranım bozukluğu tanısı için davranım bozukluğuna ilişkin 15 itemden en az 2'si 2 yada 3 olarak puanlanmış olmalı ve en az 6 ay boyunca sürmelidir. Belirtilerin ve tanıların varlığı için annenin ve babanın verdiği puanlar birlikte değerlendirilmiştir. Bu ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ercan ve ark. tarafından yapılmıştır(48).

III-)Connors öğretmen değerlendirme ölçeği kısa formu (CÖDÖ 28)(C.Keith Connors, 1989,1990)

Öğrencilerin sınıf içi davranışlarının öğretmenleri tarafından değerlendirilmesi amacı ile geliştirilmiş ölçek 28 sorudan oluşmaktadır. Amerikan örneklemindeki faktör analizi verilerinden yararlanılarak kullanıma sunulmuş üç alt ölçeği bulunmaktadır. Bunlar 8 soruluk dikkat eksikliği/edilginlik alt ölçeği, 7 soruluk hiperaktivite alt ölçeği ve 8 soruluk davranım sorunu alt ölçeğidir(38).

CÖDÖ-28 İngilizce aslından Türkçe'ye çevrilmiş ve yaş ve cinse göre belirlenen dört grup üzerinde ayrı ayrı gerçekleştirilen faktör analizleri sonucunda kurultu geçerliliği ve güvenilirlik analizi Şener ve Dereboy tarafından yapılmıştır(110). Ancak uyarılma çalışmasında kimi ölçek maddelerinin Türk ve Amerikan örneklemlerinde farklı faktörlerle yüklenmeleri nedeni ile alt ölçek soru içeriğinin tekrar düzenlenmesine karar verilmiştir(43).

IV- )SCID I Klinik versiyon (C.V) (Structured Clinical Interview for DSM IV Axis I Disorders, DSM IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme)

DSM IV eksen I bozuklukları için yarıyapılandırılmış klinik görüşme ölçeğidir(45). First B.M, Spitzer L.R ve Gibbon M tarafından 1997'te geliştirilmiştir. Ölçek kullanım kılavuzu, puanlama cetveli ve uygulama kitapçığından oluşmaktadır. Cevaplar yok, var yada yetersiz olarak değerlendirilmekte, kodlar ve ek bilgilerle görüşmeci tanıya yönlendirilmektedir. SCID I'in Türkiye için uyarılma ve güvenilirlik çalışmaları Çorapçıoğlu A., Aydemir Ö., Yıldız M., Esen A., Köroğlu E. tarafından yapılmıştır.

#### V-) Sosyodemografik veri formu.

Her bir aile için anne ve babaların yaş, eğitim, meslek bilgilerini içermektedir. Ayrıca çocukların sayıları, yaşları, okul durumları, doğum sıraları ve hasta annebabanın tanı alma tarihi ile çocukların doğum tarihi ilişkisi verilerini elde edecek biçimde düzenlenmiştir. Hasta olan annebabanın ilk rahatsızlanma yaşı, döngü sayısı ve her iki annebabanın duygudurum bozukluğu ve diğer psikiyatrik bozukluk yönünden aile öyküsünü belirlemeye yönelik bölümler yer almaktadır.

#### C-) Yöntem

DEÜTF Psikiyatri A.B.D. B.B. birimince izlenen, 6-18 yaş arası çocukları olan, annebabalara çalışma hakkında bilgi verildikten sonra sözel onay alınmış, çocuklar görüşmeye çağırılmıştır. Çocuklar ve annebabalar ile ayrı ayrı görüşülmüştür. Turgay DSM IV, annebabanın her ikisi tarafından doldurulmuş, CÖDÖ-28 çocuğun öğretmene ulaştırılarak sonucu alınmıştır. Kontrol grubunu oluşturan annebabalara, herhangi bir duygudurum bozukluğu varlığını dışlamak amacıyla SCID I (C.V) uygulanmıştır. Tanı alan olgular izleme alınmıştır.

İstatistiksel analizde SPSS 8.0 programı kullanılarak, Mann Whitney-U nonparametrik testi, ki kare testi, fisher exact testi uygulanmıştır.

### **3-BULGULAR**

#### **1-Örneklemin tanıtımı**

Çalışmada olgu grubunda 29 anne ve baba, kontrol grubunda 29 anne ve baba bulunmaktadır.

Tablo1-) Olgu grubundaki hasta annebabaların sayıları.

Annebaba sayıları	ANNE	BABA	TOPLAM
Hasta annebaba sayısı	19 %65,5	10 %34,5	29 %100
Sağlıklı annebaba sayısı	10 %34,5	19 %65,5	29 %100
TOPLAM	29 %50	29 %50	58 %100

Olgu grubundaki annebabaların %65,5'inde(n=19) anne hasta, %34,5'unda(n=10) baba hastadır.

Tablo2-) Olgu ve kontrol gruplarında annebabaların yaş ortalamalarının dağılımı.

Annebaba yaş ort.	OLGU		KONTROL		Z	P
	Yaş	St. sapma	Yaş	St. sapma		
Anne	37,66	±5,79	37,28	±5,82	-0,242	0,81
Baba	42,66	±5,55	41,38	±5,58	-0,741	0,459

Olgu grubunda annelerin yaşı ortalama:37,66, SD±5,79 (26-50), baba yaşı ortalama:42,66, SD±5,55 (32-55) idi. Kontrol grubunda annelerin yaş ortalaması 37,28 SD±5,82 (26-45), babaların yaş ortalaması 41,38 SD±5,58 (32-54) idi. Olgu grubundaki annelerin ve babaların yaşları ile kontrol grubundaki annelerin ve babaların yaşları arasında istatistiksel bir fark yoktur.

Tablo 3-) Olgu ve kontrol grubu anne babaların öğrenim durumu.

A,B öğrenimi	OLGU		TOPLAM	KONTROL		TOPLAM
	Anne	Baba		Anne	Baba	
Okuma yazma yok	1 %3,4	1 %3,4	2 %3,4	1 %3,4		1 %1,7
okuma yazma var diploma yok	1 %3,4		1 %1,7	1 %3,4	2 %6,9	3 %5,1
İlkokul m.	6 %20,7	5 %17,2	11 %18,9	5 %17,2	4 %13,8	9 %15,5
Ortaokul m.	5 %17,2	5 %17,2	10 %17,2	6 %20,7	6 %20,7	12 %20,6
Lise m.	10 %34,5	6 %20,7	16 %27,5	13 %44,8	6 %20,7	19 %32,7
Üniversite ve Y.Okul m.	6 %20,7	12 %41,4	18 %31	3 %10,3	11 %37,9	14 %24,1
TOPLAM	29 %100	29 %100	58 %100	29 %100	29 %100	58 %100

Olgu grubundaki annelerin %3,4'ünün okuma yazması yok (n=1), %3,4'ünün okuma yazması var diploması yoktu(n=1). ilkokul mezunu annelerin oranı % 20,7 (n=6), ortaokul mezunu annelerin oranı %17,2'si (n=5), lise mezunu annelerin oranı %34,5'i (n=10), üniversite ve yüksek okul mezunu annelerin oranı %20,7'si (n=6) idi. Kontrol grubundaki annelerin %3,4'ünün (n=1) okuma yazması yok, %3,4'ünün (n=1) okuma yazması var diploması yok, %17,2'si (n=5) ilkokul , %20,7'si (n=6) ortaokul , %44,8'i (n=13) lise mezunu, %10,3'ü (n=3) yüksek okul ve üniversite mezunu idi.

Olgu grubundaki babaların yalnızca %3,4'ünün okuma yazması yok (n=1) iken, %17,2'si (n=5) ilkokul, %17,2'si (n=5) ortaokul, %20,7 'si (n=6) lise mezunu, %41,4'ü (n=12) yüksek okul yada üniversite mezunu idi. Kontrol grubundaki babaların %6,9'u (n=2) okuma yazma var diploma yok, %13,8'i (n=4) ilkokul , %20,7'si (n=6) ortaokul , %20,7'si (n=6) lise , %37,9'u (n=11) yüksek okul ve üniversite mezunu idi.

Tablo 4-) Olgu ve kontrol grubundaki annebabaların iş durumu.

A,B iş durumu	OLGU		TOPLAM	KONTROL		TOPLAM
	Anne	Baba		Anne	Baba	
İşsiz*	19 %65,5	1 %3,4	20 %34,5	17 %58,6		17 %29,3
Emekli	2 %6,9	5 %17,2	7 %12	2 %6,9	5 %17,2	7 %12
Aktif çalışan	8 %27,6	23 %79,9	31 %53,4	10 %34,5	24 %82,8	34 %58,6
TOPLAM	29 %100	29 %100	58 %100	29 %100	29 %100	58 %100

(\* : Ev kadınları bu grup içinde incelenmiştir).

Olgu grubundaki annelerin %65,5'i (n=19) işsiz, %6,9'u (n=2) emekli, %27,6'si (n=8) aktif olarak çalışıyor idi. Kontrol grubundaki annelerin %58,6'sı (n=17) işsiz, %6,9'u (n=2) emekli, %34,5'u (n=10) aktif çalışıyordu. Olgu grubundaki babaların %3,4'ü (n=1) işsiz, %17,2'si (n=5) emekli, %79,9'u (n=23) aktif çalışıyordu. Kontrol grubundaki babaların %17,2 (n=5) emekli, %82,8 (n=24) aktif çalışıyor olarak belirlenmiştir.

Tablo 5-) Olgu ve kontrol grubundaki annebabaların meslek grupları.

A,B Mesleği	OLGU		TOPLAM	KONTROL		TOPLAM
	Anne	Baba		Anne	Baba	
Ev kadını	18 %62,1		18 %31	18 %62,1		18 %31
Memur	9 %31	12 %41,4	21 %36,2	10 %34,5	13 %44,8	23 %39,6
Kalifiye işçi	1 %3,4	15 %51,7	16 %27,5	1 %3,4	9 %31	10 %17,2
Kalifiye olmayan işçi	1 %3,4	2 %6,9	3 %5,1		7 %24,1	7 %12
TOPLAM	29 %100	29 %100	58 %100	29 %100	29 %100	58 %100

Olgu grubundaki anne meslekleri %62,1 (n=18) ev kadını, %31,0 (n=9) memur, %3,4 (n=1) kalifiye işçi, %3,4 (n=1) kalifiye olmayan işçi gruplarında, kontrol grubu annelerin meslekleri %62,1 (n=18) ev kadını, %34,5 (n=10) memur, %3,4 (n=1) kalifiye işçi gruplarında yer almaktaydı. Olgu grubundaki baba meslekleri %41,4 (n=12) memur, %51,7'i (n=15) kalifiye işçi, %6,9 (n=2) kalifiye olmayan işçi gruplarında, baba meslekleri



%44,8'i (n=13) memur, %31,0'ı (n=9), kalifiye işçi, %24,1 (n=7) kalifiye olmayan işçi gruplarında yer almaktaydı.

Tablo 6-) Olgu grubundaki sağlıklı annebabaların ve kontrol grubu annebabaların gelir algısı.

Sağlıklı annebaba gelir algısı.	OLGU	KONTROL	TOPLAM
Düşük	2 %6,9	2 %6,9	4 %6,8
Orta	25 %86,2	25 %86,2	50 %86,2
Yüksek	2 %6,9	2 %6,9	4 %6,8
TOPLAM	29 %100	29 %100	58 %100

Olgu grubundaki sağlıklı annebabaya göre ailenin geliri %6,9 (n=2) düşük, %86,2 (n=25) orta, %6,9 (n=2) yüksekti. Kontrol grubundaki annebabalara göre ailenin geliri %6,9 (n=2) düşük, %86,2'si (n=25) orta, %6,9'u (n=2) yüksek olarak belirlendi.

Tablo 7-) Ailelerin çocuk sayıları.

Ailelerin çocuk sayıları	OLGU	KONTROL	TOPLAM
1 çocuklu aile sayısı	13 %44,8	22 %75,8	35 %60,3
2 çocuklu aile sayısı	15 %51,7	7 %24,1	22 %37,9
3 çocuklu aile sayısı	1 %3,4		1 %1,7
TOPLAM	29 %100	29 %100	58 %100

Olgu grubundaki ailelerin %44,8 (n=13) bir çocuklu, %51,7'si (n=15) iki çocuklu ve %3,4'ü (n=1) üç çocukludur. Kontrol grubundaki ailelerin %75,8'i (n=22) bir çocuklu, %24,1'i (n=7) iki çocukludur.

Tablo 8-) Ailelerin tüm çocuklarının yaş grupları.

Ailelerin çocuk yaş grupları	OLGU	KONTROL	TOPLAM
0-18 yaş	35 %76	33 %91,6	68 %82,9
18 yaş üstü	11 %23,91	3 % 8,4	14 %17,1
TOPLAM	46 %100	36 %100	82 %100

Olgu grubundaki ailelerin çocuklarının %76'sı (n=35) 18 yaşın altında idi. Bu çocuklar olgu grubunu oluşturmuştur. Olgu grubundaki ailelerin çocuklarının %23,91'i (n=11)18 yaş ve üstüdür, bu çocuklar çalışma dışı tutulmuştur. Kontrol grubundaki ailelerin çocuklarının %91,6'sı(n=33) 18 yaşın altında idi. Bu çocuklar kontrol grubunu oluşturmuştur. Kontrol grubundaki ailelerin çocuklarının %8,4'ü(n=3) 18 yaş ve üstüdür, bu çocuklar çalışma dışı tutulmuştur.

Tablo 9-) Ailelerin alınan çocuk sayıları.

Ailelerin alınan çocuk sayısı	OLGU	KONTROL	TOPLAM
1 çocuk alınan aile sayısı	23 %79,4	25 %86,2	48 %82,7
2 çocuk alınan aile sayısı	6 %20,6	4 %13,8	10 %17,3
TOPLAM	29 %100	29 %100	58 %100

Olgu grubundaki ailelerin %79,4'ünün(n=23) bir çocukları, %20,6 ailenin(n=6) iki çocukları çalışmaya alınmıştır. Kontrol grubundaki ailelerin %86,2'sinin(n=25) bir çocukları, %13,8'inin iki çocukları çalışmaya alınmıştır.

Tablo 10-) Olgu ve kontrol grubundaki annebabaların medeni durumu.

Annebaba medeni durum	OLGU	KONTROL	TOPLAM
Evli	25 %86,2	28 %96,6	53 %91,3
Boşanmış	4 %13,8	1 %3,4	5 %8,7
TOPLAM	29 %100	29 %100	58 %100

SD:1, Fisher's p:0,352

Olgu grubundaki anne babaların medeni durumu , %86,2'si (n=25) evli, %13,8'i (n=4) boşanmış olarak bulunmuştur. Kontrol grubundaki annebabaların medeni durumu ise, %96,6'sı evli (n=28), %3,4'ü (n=1) boşanmış olarak bulunmuştur. (SD:1, Fisher's p:0,352) İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla beraber olgu grubundaki annebabaların boşanma açısından kontrollerden 4,48 kat daha fazla riske sahip oldukları saptanmıştır.(OR:4,48, 10,42<OR<112,68).

Tablo11-) Olgu ve kontrol grubundaki çocukların cinsiyetleri.

Çocuk cinsiyeti	OLGU	KONTROL	TOPLAM
KIZ	17 %48,6	12 %36,4	29 %42,6
ERKEK	18 %51,4	21 %63,6	39 %57,4
TOPLAM	35 %100	33 %100	68 %100

X<sup>2</sup>(yates):0,60,p:0,44

Olgu grubundaki çocukların %48,6'sının(n=17) cinsiyeti kız , %51,4'ünün(n=18) cinsiyeti erkektir. Kontrol grubundaki çocukların %36,4'ünün(n=12) cinsiyeti kız, %63,6'sının(n=21) cinsiyeti erkektir. Olgu ve kontrol grubundaki çocuklarda cinsiyet dağılımı açısından istatistiksel anlamlı fark yoktur(X<sup>2</sup>(yates):0,60,p:0,44). Bu sonuç iki grubun karşılaştırılabilir olma niteliğini ortaya koymaktadır.

Tablo12-) Olgu ve kontrol gruplarındaki çocukların cinsiyetlerine göre yaş ortalamaları.

Çocukların cins. göre yaş ort.	OLGU		KONTROL		Z	P
	yaş	St. sapma	yaş	St. sapma		
KIZ	12	±2,9	10,8	±3,1	-0,327	0,200
ERKEK	12,4	±3,6	12,8	±3,3	-0,679	0,504

Olgu grubundaki çocuklarda kızların yaş ortalaması 12 SD±2,9 (7-17), erkeklerin yaş ortalaması 12,4 SD±3,6 (7-17) bulunmuştur. Kontrol grubundaki çocuklarda kızların yaş ortalaması 10,8 SD±3,1 (7-16), erkeklerin yaş ortalaması 12,8 SD±3,3(7-17) bulunmuştur. Olgu grubundaki çocuklar ile kontrol grubundaki çocuklar arasında cinsiyete göre yaş dağılımı açısından istatistiksel anlamlı fark yoktur. Bu grupların karşılaştırılabilir olma niteliğini ortaya koymuştur.

## II -)Bulgular

Tablo 13)- Olgu ve kontrol grubu çocuklarda tanı alma durumu

TANI	OLGU	KONTROL	TOPLAM
TANI VAR	8 %22,9	1 %3	9 %13,2
TANI YOK	27 %77,1	32 %97,0	59 %86,8
TOPLAM	35 %51,5	33 %48,5	68 %100

SD: 1 Fisher's exact p: 0,028

Olgu grubu %22,9, kontrol grubu %3 oranında tanı almıştır. Olgu grubunun tanı olma oranı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlıdır. Bipolar bozukluklu anne baba çocukları 9,48 kat daha fazla psikiyatrik tanı alma riskine sahiptir. (OR: 9,48, 1,07<ORL 215,05)

Tablo 14)- Olgu ve kontrol grubu çocuklar yaş gruplarına göre tanı alma durumu

TANI	OLGU		TOPLAM	KONTROL		TOPLAM
	VAR	YOK		VAR	YOK	
7-11 YAŞ	2 %25	11 %40,7	13 %37,1		13 %40,6	13 %39,4
12-18 YAŞ	6 %75	16 %59,3	22 %62,9	1 %100	19 %59,4	20 %60,6
Toplam	8 %100	27 %100	35 %100	1 %100	32 %100	33 %100

SD: 1 Fisher's exact p: 0,932

Olgu grubunda tanı alanlar 7-11 yaş grubunda %25, 12-18 yaş grubunda %75'dir. Kontrol grubunda tanı alan tek olgu (%3) 12-18 yaş grubundadır. Olgu grubunda yaş grupları arasında tanı alma yönünden istatistiksel fark yoktur. (SD: 1 Fisher's exact p: 0,932)

Tablo 15)- Olgu ve Kontrol gruplarındaki çocuklarda cinsiyete göre tanı alma durumu

Çocuk cinsiyeti	OLGU		TOPLAM	KONTROL		TOPLAM
	Tanı var	Tanı yok		Tanı var	Tanı yok	
KIZ	4 %50	13 %48,1	17 %48,6		12 %37,5	12 %36,4
ERKEK	4 %50	14 %51,9	18 %51,4	1 %3	20 %62,5	21 %63,6
TOPLAM	8 %22,9	27 %22,9	35 %100	1 %3	32 %97	33 %100

SD: 1 Fisher's exact p: 1,000

Olgu grubunda tanı alma durumu cinsiyet gruplarına eşit dağılmıştır. Kontrol grubunda tanı alan tek olgunun (%3) cinsiyeti erkektir. Olgu grubunda cinsiyet grupları arasında tanı alma yönünden istatistiksel anlamlı fark yoktur. (SD: 1 Fisher's exact p: 1,000)

Tablo 16)- Olgu grubundaki çocuklardaki çocuklarda yaş gruplarına göre tanı gruplarının dağılımı.

Çocuk Yaşı	Tanı yok	Duygud. B.	Yıkıcı D.B.	Diğer B.*	TOPLAM
7-11 y	11 %84,6		1 %7,7	1 % 7,7	13 %100
12-18 y	16 %72,7	2 %9,1	2 %9,1	2 %9,1	22 %100
TOPLAM	27 %77,1	2 %5,7	3 % 8,6	3 %8,6	35 %100

\*Diğer Bozukluklar: Ayrılık anksiyetesi bozukluğu ve enüresiz nokturnadır

Olgu grubunda %5,7 oranında duygudurum bozukluğu, %8,6 oranında yıkıcı davranım bozukluğu, %8,6 oranında diğer bozukluklar görülmüştür. Yaş gruplarında; 7-11 yaş grubunda

%7,7 yıkıcı davranım bozuklukları %7,7 oranında diğer bozukluklar, 12-18 yaş grubunda %9,1 duygudurum bozukluğu, %9,1 yıkıcı davranım bozukluğu, %9,1 oranında diğer bozukluklar görülmüştür.

Tablo 17)- Olgu grubundaki çocuklarda cinsiyete göre tanı gruplarının dağılımı.

Çocuk Cinsiyeti	Tanı yok	Duygudurum bozukluğu	Yıkıcı D. B.	Diğer B*.	TOPLAM
KIZ	14 % 77,8	1 % 5,6	2 % 11,1	1 % 5,6	18 % 100
ERKEK	13 % 76,5	1 % 5,9	1 % 5,9	2 % 11,8	17 % 100
TOPLAM	27 % 77,1	2 % 5,7	3 % 8,6	3 % 8,6	35 % 100

\*Diğer bozukluklar: Ayrılık anksiyetesi bozukluğu ve enüresiz noktadır.

Olgu grubunda kızlarda %5,6 oranında duygudurum bozukluğu, %11,1 oranında yıkıcı davranım Bozukluğu, %5,6 oranında diğer bozukluklar görülmüştür. Erkeklerde %5,9 oranında duygudurum bozukluğu, %5,9 oranında yıkıcı davranım bozukluğu, %11,8 oranında diğer bozukluklar görülmüştür.

Tablo 18)- Olgu grubundaki çocuklarda hasta annebabaya göre tanı dağılımı.

Hasta Anne baba	Tanı var	Tanı yok	TOPLAM
Anne	6 %28,5	15 %71,5	21 %100
Baba	2 %14,2	12 %85,8	14 %100
Toplam	8 %22,9	27 %77,1	35 %100

SD:1 Fisher's exact p:0,431.

Olgu grubunda annesi hasta olanların %28,5'i(n=6), babası hasta olanların %14,2'si(n=2), tanı almıştır. Olgu grubunda tanı varlığı açısından anne ve babası hasta olanların arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur. (SD:1 Fisher's exact p:0,431) Ancak olgu grubunda annelerinde bozukluk olan çocuklar babalarında bozukluk olan çocuklara göre 2,40 daha fazla psikiyatrik tanı alma riskine sahiptirler(OR:2,40, 0,33<OR<21,15).

Tablo19-) Olgu ve kontrol grubundaki annelerde birinci dereceden akrabalarda psikiyatrik bozukluk öyküsü.

Annelerin bir. der. akr. psk. öyküsü	OLGU	KONTROL	TOPLAM
Yok	26 % 89,7	28 %96,6	54 %93,1
Var	3 %10,3	1 %3,4	4 %6,9
TOPLAM	29 %100	29 %100	58 %100

**SD:1, F,exact p:0,611**

Olgu grubundaki annelerde %10,3 oranında(n=3) bir ve üzeri sayıda birinci dereceden akrabada psikiyatrik öyküye rastlanmıştır. Kontrol grubundaki annelerde %3,4 oranında(n=1) bir ve üzeri sayıda birinci dereceden akrabada psikiyatrik öyküye rastlanmıştır. Olgu grubundaki birinci dereceden akrabalarında psikiyatrik öykü saptanan annelerle kontrol grubunda birinci dereceden akrabalarında tanı saptanan anneler arasında istatistiksel anlamlı fark yoktur(SD:1, F,exact p:0,611).

Tablo 20-) Olgu grubundaki annelerde birinci dereceden akrabalarda psikiyatrik öykü ve olgu grubundaki çocuklarda tanı alma ilişkisi.

Annelerin bir.derece akraba. psk Öykü.	OLGU GRUBU		
	Tanı var	Tanı yok	TOPLAM
Yok	7 %26,9	19 %73,1	26 %100
Var	1 %33,3	2 %66,7	3 %100
TOPLAM	8 %27,6	21 %72,4	29 %100

**SD:1, F,exact p:1**

Olgu grubundaki %33,3 (n=1) oranındaki bir ve üzeri sayıda akrabasında psikiyatrik bozukluk bulunan annelerin çocuklarında tanıya rastlanmıştır. Olgu grubundaki birinci dereceden akrabalarında psikiyatrik öykü saptanan annelerle saptanmayan anneler arasında çocuklarının tanı alması yönünden istatistiksel fark yoktur(SD:1, F,exact p:1).

Tablo 21-)Olgu ve kontrol grubu annelerin ikinci dereceden akrabalarında psikiyatrik bozukluk öyküsü.

Annelerin ikin. akr. psk. öyküsü.	OLGU	KONTROL	TOPLAM
Yok	28 %96,6	28 %96,6	56 %96,5
Var	1 %3,4	1 %3,4	2 %3,5
TOPLAM	29 %100	29 %100	58 %100

Olgu grubundaki annelerde %3,4 oranında(n=1) bir ve üzeri sayıda ikinci dereceden akrabada psikiyatrik öyküye rastlanmıştır. Kontrol grubundaki annelerde %3,4 oranında(n=1) bir ve üzeri sayıda ikinci dereceden akrabada psikiyatrik öyküye rastlanmıştır.

Tablo 22-) Olgu grubundaki annelerin ikinci dereceden akrabalarında psikiyatrik öykü ve olgu grubundaki çocuklarda tanı alma ilişkisi.

Annelerin ikinci der. akr. psk. öyküsü	OLGU GRUBU		TOPLAM
	Tanı var	Tanı yok	
Yok	7 %25	21 %75	28 %100
Var	1 %100		1 %100
TOPLAM	8 %27,5	21 %72,4	29 %100

Olgu grubundaki %100(n=1) oranında ikinci dereceden akrabasında psikiyatrik bozukluk bulunan annenin çocuğunda tanıya rastlanmıştır.



Tablo 23)- Olgu grubu çocuklarda annenin birinci dereceden akrabalarında duygudurum bozukluğu öyküsü ve tanı alma durumu

	OLGU GRUBU		TOPLAM
	TANI VAR	TANI YOK	
A.bir.derece.Akrb. Duyg.d.Öykü.			
Yok	3 %15,0	17 %85,0	20 %100
Var	5 %55,6	4 %44,4	9 %100
TOPLAM	8 %27,6	21 %72,4	29 %100

SD:1 Fisher's exact 1tailed p: 0,037

Olgu grubundaki %55'6(n=5) oranında bir ve üzeri sayıda birinci dereceden akrabalarında duygudurum bozukluğu bulunan annenin çocuğunda tanıya rastlanmıştır. Olgu grubunda annenin birinci dereceden akrabalarında duygudurum bozukluğu olması tanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturmuştur (SD:1 Fisher's exact 1tailed p: 0,037). Olgu grubundaki annelerin birinci dereceden akrabalarında duygudurum bozukluğu öyküsü olması çocuklarında psikiyatrik tanı alma açısından 7,08 kat risk teşkil etmektedir(OR:7,08, 0,89<OR<66,86). Kontrol grubu annelerde birinci dereceden akrabalarında duygudurum öyküsüne rastlanmamıştır.

Tablo 24)- Olgu grubu çocuklarda annenin ikinci dereceden akrabalarında duygudurum bozukluğu öyküsü ve tanı alma durumu.

	OLGU GRUBU		TOPLAM
	TANI VAR	TANI YOK	
A. ikinci der Akr. Duyg.d.Öykü.			
Yok	6 %31,6	13 %68,4	19 %100
Var	2 %20	8 %80	10 %100
Toplam	8 %27,6	21 %72,4	29 %100

SD:1, fishers p:0,674

Olgu grubunda %20 (n=2) oranında bir ve üzeri sayıda ikinci dereceden akrabasında duygudurum bozukluğu olan annelerin çocuğunda tanıya rastlanmıştır. Kontrol grubu

annelerinin ikinci derece akrabalarında duygudurum bozukluğu saptanmamıştır. Olgu grubundaki ikinci dereceden akrabalarında duygudurum bozukluğu öyküsü saptanan annelerle saptanmayan anneler arasında çocuklarının tanı alması yönünden istatistiksel fark yoktur(SD:1, fishers p:0,674).

Tablo 25)- Olgu ve kontrol grubu babaların birinci dereceden akrabalarında psikiyatrik bozukluk öyküsü.

Babaların bir. akr. öyküsü.	OLGU	KONTROL	TOPLAM
Yok	26 %89,7	28 %96,6	54 %93,1
Var	3 %10,3	1 %3,4	4 %6,9
TOPLAM	29 %100	29 %100	58 %100

Olgu grubunda %10,3 (n=3) babanın birinci dereceden bir ve üzeri sayıda akrabasında psikiyatrik öyküye rastlanmıştır. Kontrol grubunda %3,4(n=1) babanın birinci dereceden bir ve üzeri sayıda akrabasında psikiyatrik öyküye rastlanmıştır. Olgu grubundaki babaların birinci dereceden akrabalarında psikiyatrik bozukluk öyküsü olması, çocuklarının psikiyatrik tanı alma riskini 3,23 kat artırmaktadır(OR:3,23, 0,27<OR<86,13).

Tablo 26)- Olgu grubundaki babalarda birinci dereceden akrabalarında psikiyatrik öykü ve olgu grubundaki çocuklarda tanı alma ilişkisi.

Babaların bir. der. akr. öyküsü	OLGU GRUBU		TOPLAM
	Tanı var	Tanı yok	
Yok	8 %30,7	18 %69,3	26 %100
Var		3 %100	3 %100
TOPLAM	8 %27,6	21 %72,4	29 %100

Olgu grubundaki bir ve üzeri sayıda akrabasında psikiyatrik bozukluk bulunan babaların çocuklarında tanıya rastlanmamıştır.

Tablo 27)- Olgu ve kontrol grubu babaların ikinci dereceden akrabalarında psikiyatrik bozukluk öyküsü.

Babaların ikin. akr. psk. öyküsü.	OLGU	KONTROL	TOPLAM
Yok	28 %96,6	28 %96,6	56 %96,5
Var	1 %3,4	1 %3,4	2 %3,5
TOPLAM	29 %100	29 %100	58 %100

Olgu grubunda %3,4(n=1) babanın birinci dereceden bir ve üzeri sayıda akrabasında psikiyatrik öyküye rastlanmıştır. Kontrol grubunda %3,4(n=1) babanın birinci dereceden bir ve üzeri sayıda akrabasında psikiyatrik öyküye rastlanmıştır.

Tablo 28)- Olgu grubundaki babalarda ikinci dereceden akrabalarında psikiyatrik öykü ve olgu grubundaki çocuklarda tanı alma ilişkisi.

Babaların iki. der. akr. psk. öyküsü	OLGU GRUBU		TOPLAM
	Tanı var	Tanı yok	
Yok	7 %25	21 %75	28 %100
Var	1 %100		1 %100
TOPLAM	8 %27,6	21 %72,4	29 %100

Olgu grubundaki ikinci dereceden akrabasında psikiyatrik bozukluk bulunan 1 babanın çocuğunda tanıya rastlanmıştır.

Tablo 29)- Olgu grubu çocuklarda babaların birinci dereceden akrabalarında duygudurum bozukluğu öyküsü.

B. bir. der. Akraba. Duygud.Öykü.	OLGU GRUBU		TOPLAM
	TANI VAR	TANI YOK	
Yok	6 %25	18 %75	24 %100
Var	2 %40	3 %60	5 %100
TOPLAM	8 %27,6	21 %72,4	29 %100

Olgu grubunda %40(n=2) oranında bir ve üzeri sayıda birinci dereceden akrabasında duygudurum bozukluğu öyküsü olan babaların çocuğunda tanıya rastlanmıştır. Olgu ve kontrol grubu arasında istatistiksel anlamlı fark olmamasına karşın, olgu grubundaki babaların birinci dereceden akrabalarında duygudurum bozukluğu öyküsü olması çocukların psikiyatrik tanı alma riskini 2 kat artırmaktadır(OR:2, 0,18<OR<21,59).

Tablo 30)- Olgu grubu çocuklarda babaların ikinci dereceden akrabalarında Duygudurum bozukluğu öyküsü.

B iki der. Akr. D.Ö.	OLGU GRUBU		TOPLAM
	TANI VAR	TANI YOK	
Yok	7 %28	18 %72	25 %100
Var	1 %25	3 %75	4 %100
TOPLAM	8 %27,6	21 %72,4	25 %100

SD:1, fisher's p:1.000

Olgu grubunda tanı alanların babalarının bir ve üzeri sayıda ikinci dereceden akrabalarında %25 oranında duygudurum bozukluğu öyküsü saptanmıştır. Olgu grubunda çocuklarda tanı varlığı, yokluğu ile babalarının ikinci dereceden akrabalarında duygudurum bozukluğu saptanması yönünden istatistiksel bir fark bulunamamıştır(SD:1, fisher's p:1.000).

Tablo 31)- Olgu grubunda annebabaların epizod sıklığına göre çocuklarda tanı dağılımı.

Epizod sayısı	OLGU GRUBU		
	TANI VAR	TANI YOK	TOPLAM
2-8	4 %22,2	14 %77,8	18 %100
9-25	4 %36,4	7 %63,6	11 %100
TOPLAM	8 %27,6	21 %72,4	29 %100

SD: 1 Fisher's exact p: 0,685

Olgu grubunda anne babaların epizod sayısı ortalama  $8,4 \pm 6,49$  (min: 2, max:7) olarak bulunmuştur. Tanılar epizod sıklığına göre eşit dağılmıştır. Annebabaların epizod sayısı ile çocuklarda tanı varlığı ilişkisi yönünden gruplar arasında istatistiksel fark yoktur. (SD: 1 Fisher's exact p: 0,685)

Tablo 32)- Annenin belirtilerinin başlangıcı ile olgu grubundaki çocuklarda tanı alma ilişkisi.

Annenin belirtilerinin başlgç. yaşı.	OLGU GRUBU		
	TANI VAR	TANI YOK	TOPLAM
19-25y.	2 %33,3	4 %66,7	6 %100
26-35y.	3 %42,9	4 %57,1	7 %100
35 y. ve üzeri	1 %16,6	5 %83,4	6 %100
TOPLAM	6 %31,5	13 %68,5	19 %100

SD:2, X<sup>2</sup>1,4, p:595

Olgu grubunda annelerinin belirtilerinin başlangıcı 19-25y. olan çocuklarda %33,3 (n=2), annelerinin belirtilerinin başlangıcı 26-35 yaş olan çocuklarda %42,9(n=3), annelerinin belirtilerinin başlangıcı 35 yaş üstü olan çocuklarda %16,6 (n=1) oranında psikiyatrik tanıya rastlanmıştır. Annenin belirtilerinin başlangıcı ile çocuklarda tanı alma arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır(SD:2, X<sup>2</sup>1,4, p:595).

Tablo 33)- Babanın belirtilerinin başlangıcı ile olgu grubundaki çocuklarda tanı alma ilişkisi.

Babanın belirtilerinin başlgç. yaşı.	OLGU GRUBU		TOPLAM
	TANI VAR	TANI YOK	
14-18y.		1 %100	1 %100
19-25y.		2 %100	2 %100
26-35y.	1 %25	3 %75	4 %100
35 y. ve üzeri	1 %33,3	2 %66,7	3 %100
TOPLAM	2 %20	8 %80	10 %100

Olgu grubunda babaların belirtilerinin başlangıcı 26-35y. olan çocuklarda %25 (n=1), babalarının belirtilerinin başlangıcı 35 yaş ve üzeri olan çocuklarda %33,3(n=1) oranında psikiyatrik tanıya rastlanmıştır.

Tablo 34)- Annebabaların tanı aldığı dönem ile çocukların doğumu ve olgu grubu tanı durumu ilişkisi.

Eby. Ald dönem	OLGU GRUBU		TOPLAM
	Tanı var	Tanı yok	
Ç. Doğmadan önce	2 %77,8	7 %22,2	9 %100
Ç. Doğduktan sonra	6 %30	14 %70	20 %100
TOPLAM	8 %27,6	21 %72,4	29 %100

SD: 1 Fisher's exact p.1.000

Annebabaların tanı alması çocuklarının doğumundan sonra olan grupta %30(n=6) çocuk tanı almış, annebabaların tanı alması çocukların doğumundan önce olan grupta %22,2( n=2) çocuk tanı almıştır. Bu iki grup arasında istatistiksel anlamlılık saptanmamıştır.

(SD: 1 Fisher's exact p.1.000)

Tablo 35)- Olgu grubunda annebabalarda medeni durum ile çocuklarda tanı varlığı ilişkisi.

Medeni Durum	OLGU GRUBU		TOPLAM
	Tanı var	Tanı yok	
Evli	6 %24	19 %76	25 %100
Boşanmış	2 %50	2 %50	4 %100
TOPLAM	8 %27,5	21 %72,5	29 %100

Olgu grubunda annebabaşı boşanmış çocuklarda %50(n=2) oranında tanıya rastlanmıştır. Olgu grubunda annebabanın boşanmış olması ile çocuklarda tanı alma arasında anlamlı istatistiksel ilişki yoktur. Olgu grubunda evli ve boşanmış annebabaların çocuklarının tanı alması yönünden istatistiksel fark olmamakla beraber, boşanmış olan annebabaların çocuklarında evli annebabaların çocuklarına göre 3,17 kat daha fazla psikiyatrik tanı alma riski mevcuttur(OR:3,17, 0,24<OR<43,45).

Tablo 36)- Turgay DSM IV Yıkıcı Davranım Bozukluğu ölçeğine göre olgu ve kontrol grubu belirti dağılımı.

Semptom	OLGU		KONTROL		OR	Güven Aralığı	P
	Var %	Yok %	Var %	Yok %			
H. Aktiv.	%20	%80	%9,1	%90,0	2,50	0,51<OR<13,72	0,307
D. Eks	%11,4	%88,6	%6,1	%93,9	2	0,28<OR<17,5	0,674
KOKGB	%2,9	%97,1	%3	%97	0,94	0,02<OR<36,26	1
D.B.	-	-	-	-	-	-	-

Olgu grubunda %20 oranında hiperaktivite, %11,4 oranında dikkat eksikliği %2,9 karşıt olma karşıt gelme belirtileri görülmüştür. Kontrol grubunda %9,1 oranında hiperaktivite, %6,1 dikkat eksikliği, %3 karşıt olma karşıt gelme belirtileri görülmüştür. Tüm belirtiler için her iki grup arasında istatistiksel anlamlı fark yoktur.

Tablo 37)- Connors Öğretmen Kısa Formuna göre olgu ve kontrol grubu çocukların belirti

dağılımı

Semptom	Skor	OLGU	KONTROL	Z	P
H. Aktv.	T				
	Ort	5,028 ±8,6517	48,787±3,838	2,53	<b>0,012</b>
	Min	41	42		
	Max	74	59		
	R				
	Ort	5,0286 ±3,560	3±1,695	2,73	<b>0,006</b>
	Min	1	0		
	Max	18	7		
Davranım Sorunu	T				
	Ort	55,085 ±8,82	48,848±4,899	0,33	<b>0,001</b>
	Min	43	40		
	Max	85	64		
	R				
	Ort	4,4286±3,192	2,212±1,430	3,93	<b>0,000</b>
	Min	0	0		
	Max	13	6		
Dikkat eksikliği Edilgenlik	T				
	Ort	46,2571 ±5,414	43,939±4,336	1,78	0,075
	Min	40	38		
	Max	62	54		
	R				
	Ort	3,528±3,11	2,151±1,804	2,29	<b>0,022</b>
	Min	1	0		
	Max	14	6		
10itemlik hiperaktivite	T				
	Ort	51,914 ±12,122	47,181±4,850	2,66	<b>0,008</b>
	Min	3	40		
	Max	72	54		
	R				
	Ort	7,971 ±7,987	3,484±2,399	3,34	<b>0,001</b>
	Min	1	0		
	Max	44	9		

Olgu ve kontrol grubundaki çocuklarda Hiperaktivite, 10 itemlik hiperaktivite ve davranım sorunu belirtilerinin T ve R skorları arasında ve dikkat eksikliği ve edilgenlik belirtisinin T skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.



Tablo 38)- WASH-U KSADS ölçeğine göre çocukların duygudurum belirtileri dağılımı

(DEPRESSİF BOZUKLUKLAR)

Semptom	OLGU		KONTROL		O.R.	Güven Aralığı	P
	Var %	İlimli %	Var %	İlimli %			
1	%2,9	%30,9		%8,8	7,88	2,24<OR<29,11	<b>0,0004</b>
2	%2,9	%27,9		%7,4	7,60	2,07<OR<29,57	<b>0,0008</b>
3	%5,9	%27,6		%7,4	3,54	0,94<OR<13,95	0,0644
4	%1,5	%23,5		%5,9	6,44	1,64<OR<27,37	<b>0,004</b>
5	%7,4	%7,4					
6	%5,9	%4,4					
7	%13,2	%19,1		%2,9	15,5	2,69<OR<16,58	<b>0,004</b>
8	%10,3	%19,1		%2,9	13,43	2,37<OR<99,43	<b>0,0008</b>
9	%16,2	%17,6		%2,9	15,5	2,63<OR<118,73	<b>0,0005</b>
10	%4,4	%10,3		%8,8	1,21	0,31<OR<4,84	1,000
11	%1,5	%2,9					
12	%2,9	%17,6		%1,5	18,29	2,16<OR<404,7	<b>0,002</b>
13	%2,9	%19,1		%4,4	6,5	1,45<OR<33,25	<b>0,0097</b>
14	%2,9	%4,4		%4,4	1	0,14<OR<6,91	±1000
15	%2,9	%10,3		%4,4	2,69	0,54<OR<14,85	0,303
16		%10,3					
17	%1,5	%5,9					
18	%1,5	%4,4					
19	%1,5	%14,7		%4,4	4,17	0,90<OR<21,73	0,072
20		%14,7					
21							
22	%1,5	%1,5					
23	%1,5	%22,1					
24	%1,5	%16,2		%2,9	2,70	0,37<OR<23,5	0,394
25	%1,5	%5,9					
26	%2,9	%4,4					
27	%1,5	%4,4					
28	%1,5	%16,2					
29	%1,5	%11,8					
30		%1,5					
31							
32							
33							
34							
35		%4,4					
36		%4,4					
37							
38							
39							
40							
41	%4,4	%8,8					
42		%4,4					

İlimli düzeydeki belirtiler açısından olgu ve kontrol grubu arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmuş olan itemler aşağıdadır: 1)- çökkün duygulanım, 2)-deprese görünüm, 4)-

irritabilite ve öfke, 7)-disforik duygulanım,8)-özel durumlar yada zihinsel uğraşlarla birlikte depressif yada irritabl duygudurum, 9)-olumlu çevre koşullarına bağlı deprese yada irritabl duygudurum yanıtı, 12)-aşırı ve uygunsuz suçluluk, 13)- olumsuz benlik algısı.

Tablo 39)- WASH-U –KSADS ölçeğine göre çocukların duygudurum belirtilerinin dağılımı.

(BİPOLAR BOZUKLUKLAR)

Semptom	OLGU		KONTROL		O.R.	Güven Aralığı	P
	Var%	İlimli%	Var %	İlimli%			
43	%1,5	%13,2					
44	%1,5	%11,8					
45	<b>%2,9</b>	<b>%22,1</b>					
46	%1,5	%11,8					
47	%1,5	%10,3					
48	<b>%2,9</b>	%5,9					
49	%1,5	%4,4					
50	%1,5	%1,5					
51	%1,5	%1,5					
52	%1,5	<b>%13,2</b>					
53	<b>%4,5</b>	<b>%19,4</b>					
54	%1,5	%10,3					
55		%2,9					
56	%1,5	%10,3					
57	%1,5	<b>%20,6</b>					
58		%2,9					

WASH-U-KSADS'e göre B.B.lar bölümünde en yüksek oranda eşik üstü görülen belirti motor hiperaktivite(53) olmuştur(%4,5). Bu belirtiyi anormal enerjik olma(45)(%2,9) ve artmış, hızlı konuşma(48) (%2,9) belirtileri izlemiştir. Bu ölçeğin en yüksek oranda ilımlı şiddetde görülen belirtisi ise anormal enerjik olma(45)(%22,1) olmuştur. Ayrıca ilımlı belirtilerde ikinci sırayı yaratıcı düşüncede olağandışılık ve sivrilik(%20,6)(57), üçüncü sırayı yine motor hiperaktivite(53)(%19,4), dördüncü sırayı da distraktibilite(52)(%13,2) almıştır.

## **BELİRTİ LİSTESİ**

- 1-) Çökkün duygulanım.
- 2-) Deprese görünüm.
- 3-) Ağlama.
- 4-) İrritabilite ve öfke.
- 5-) Separasyona bağlı disfori, depresse duygulanım. Annebabayla rahatlama.
- 6-) Separasyona bağlı disfori, irritabl/kızgın duygudurum. Annebabayla rahatlama.
- 7-) Disforik duygulanım.
- 8-) Özel durumlarla yada zihinsel uğraşılarda birlikte depressif yada irritabl duygudurum.
- 9-) Olumlu çevre koşullarına bağlı depresse yada irritabl duygudurum yanıtı..
- 10-) Diurnal duygulanım değişikliği; sabahta kötüleşme.
- 11-) Diurnal duygulanım değişikliği;akşamda kötüleşme.
- 12-) Aşırı ve uygunsuz suçluluk.
- 13-) Olumsuz benlik algısı.
- 14-) Sevilmeme ve yalnızlık hisleri.
- 15-) Umutsuzluk ve yardımsızlık, cesaretsizlik, karamsarlık.
- 16-) Kendine acıma.
- 17-) Ağrılar ve sızılar.
- 18-) Hipokondriasiz.
- 19-) Anhedoni, ilgi kaybı, apati, düşük motivasyon veya sıkıntı.
- 20-) Yorgunluk, enerji kaybı ve bitkinlik.
- 21-) Kurşun paralizisi.
- 22-) Okulda, işte ve evde düşük etkinlik ve üretkenlik.
- 23-) Zor odaklanma, dikkatsizlik yada yavaş düşünme, kararsızlık.
- 24-) Psikomotor ajitasyon.
- 25-) Psikomotor retardasyon.
- 26-) Sosyal içe çekilme.
- 27-) Sosyal izolasyon.
- 28-) İnsomnia.
- 29-) Başlangıç insomniası.

- 30-) Orta insomniası.
- 31-) Terminal insomniası.
- 32-) Sirkadien ters dönme.
- 33-) Dinlendirmeyen uyku.
- 34-) Gün boyu uyku halı.
- 35-) Hipersomnia.
- 36-) Anoreksi.
- 37-) Kilo kaybı.
- 38-) Artmış iştah.
- 39-) Tatlılara güçlü istek.
- 40-) Kilo alma.
- 41-) Rededilme korkusu.
- 42-) İntihar düşüncesi.
- 43-) Neşe, artmış duygulanım
- 44-) Uyku ihtiyacının azalması.
- 45-) Anormal enerjik olma .
- 46-) Amaca yönelik aktivitede artış.
- 47-) Grandiyozite.
- 48-) Artmış, hızlı konuşma.
- 49-) Düşünce akışında hızlanma.
- 50-) Fikir uçuşması.
- 51-) Zayıf yargılama.
- 52-) Distraktibilite.
- 53-) Motor hiperaktivite.
- 54-) Uygunsuz kahkaha atma, şaka yapma yada sırtma.
- 55-) İnsan ilişkisinde sınırını ayarlayamama, sokulganlık.
- 56-) Artmış üretkenlik.
- 57-) Yaratıcı düşüncede olağandışılık ve sivrilik.
- 58-) Hiperseksüalite.

Koyu numaralandırma: depresif bozukluklar belirtileri, Açık numaralandırma: bipolar bozukluklar belirtileri).

## TARTIŞMA

Çalışmamızdaki olgu grubu %65,5 (n=19) hasta anne, %34,5' (n=10) hasta baba çocuklarından oluşmaktadır. Hasta anne çocukları ağırlıktadır. Olgular ve kontrol anne yaş ortalamaları (z=-0,242, p:0,81) ile olgular ve kontrol baba yaş ortalamaları (z:-0,741, p:0,459) arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır. Bu özellik grupların karşılaştırılabilir olduğunu doğrulamıştır. Olgular grubundaki annelerin %93,1'i, babaların ise %96,5'i ilköğretim ve üzeri düzeyde, kontrol grubundaki annelerin %93'ü, babaların %92,4'ü ilköğretim ve üzeri düzeyde öğrenim gördüğü saptanmıştır. Öğrenim düzeyi olarak olgular ve kontrol grubu anne babalar benzer özelliktedir. Olgular grubundaki annelerin 27,6'sı aktif çalışıyor olarak saptanmıştır. Kontrol grubunda annelerin %34,5'u aktif çalışıyor durumdadır. Olgular grubundaki babaların %79,9'u aktif çalışıyor, kontrol grubu babaların 82,8'i aktif çalışıyor bulunmuştur. Annelerde işsiz oranı hem olgular hemde kontrol grubunda yüksek görünmektedir. Ancak ev hanımları bu grup içinde değerlendirilmiştir. Çalışma durumu yönünden olgular ve kontrol grubu annebabaların bulguları benzerdir.

Olgular grubundaki annelerin meslek grupları %62,1 ev kadınıdır. Kontrol grubundaki annelerin ise %62,1'i ev kadınıdır. Her iki grup anneler içinde ağırlıklı olan evhanımı oranı benzerdir. Olgular grubu babalarda ağırlıklı meslek grubu kalifiye işçi, kontrol grubu babalarda memurdu. Babalar yönünden bu farklılığa rağmen genel olarak olgular ve kontrol grubu annebabalarının meslek durumları benzerdir.

Olgular ve kontrol grubu sağlıklı annebaba gelir algısı aynı oranda saptanmıştır. Olgular ve kontrol grupları benzer sosyoekonomik düzeylerden eşleştirilerek seçilmiş olduğundan bu sonuçlar beklenebilir. Sosyodemografik verilerin uyumu, grupların karşılaştırılabilir nitelikte seçilmiş olduğunu güçlendirir. Olgular grubundaki annebabaların, sağlıklı kontrol grubu annebabalara benzer olarak çoğunluğu aktif çalışıyor bulundu. Sağlıklı annebabanın gelir algısı olgular ve kontrol grubunda benzer olarak orta ve üst düzeydedir. Eğitim düzeyi olarak hem anne hem de babalar çoğunlukla ilköğretim ve üzeridir.

En son çalışmalara göre, bipolar bozukluğa sahip bireyler çoğunlukla üst ve orta sosyoekonomik düzeydedir(39). Olgular grubunda yüksek eğitim düzeyi ve yüksek ekonomik

düzyer olarak saptanan bulgular, bu bozukluklu annebabaların üst sosyoekonomik düzyeye sahip olduğunu düşündürdü. Ancak hasta örnekleminin az sayıda olması ve üniversite hastanesi hasta özelliklerini yansıması gözardı edilmemelidir.

Olgu grubu annebabalarda boşanma oranı %13,8, kontrol grubu annebabalarda boşanma oranı ise %3,4 bulundu. Bu sonuçlarla istatistiksel olarak anlamlı olmamakla beraber, olgu grubu annebabalarda kontrollere göre boşanma açısından 4,48 kat risk vardır. En son yapılan araştırmalara göre B.B.'a sahip bireylerde, normal topluma oranla 3 kat daha fazla boşanma görülmektedir(14). Olgu grubundaki annebabalardaki kontrol grubu annebabalara oranla daha yüksek görülen boşanma oranı, bu bozukluğa sahip annebabalarda ciddi evlilik sorunları ve boşanma riskini gösterir.

Olgu ve kontrol grubunu oluşturan çocuklar, bu gruplardaki annebabaların 7-18 yaş arası tüm çocuklarından oluşmaktadır. Olgu grubunu oluşturan çocuklarda kızlar %48,6, erkekler %51,4 oranındadır. Kontrol grubunu oluşturan çocuklarda ise kızlar %36,4, erkekler %63,6 oranındadır. Cinsiyet dağılımı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur. Bu bulgular olgu ve kontrol grubu annebabaların çocuklarının da karşılaştırılabilir olduğunu göstermiştir.

Tanı alma, olgu grubunda kontrol grubuna oranla, belirgin yüksek bulunmuştur. Olgu grubunu oluşturan çocuklar, kontrol grubunu oluşturan çocuklara göre 9,48 kat risk taşımaktadır. Yapılan araştırmalar B.B.'lu annebaba çocuklarında artmış psikopatoloji göstermektedir(10,52,86,117,125). Çalışmamızda da sağlıklı annebaba çocuklarına oranla B.B.'lu annebaba çocuklarında artmış bir psikopatoloji riski bulundu.

Tanı alma, olgu grubunda cinsiyet olarak farklılık olmaksızın 12-18 yaş grubu olarak belirlenen ergenlik yaş grubunda, 7-11 yaş olarak belirlenen çocukluk yaş grubuna göre daha yüksek bulundu. Bu sonuç B.B.'lu annebaba çocuklarının ergenlik yaş döneminde, daha sık psikiyatrik tanı alabileceğini göstermektedir. Bu bulgular B.B.'da genetik yükünlüğü düşündürebilir. Ancak hasta annebabalarının tüm çocuklarının tanı almamasının nedenlerinin ne olduğu, ne gibi etkenlerin hastalıktan koruduğunu öne sürmek için başka ayrıntılı çalışmalara gereksinim vardır. Çalışmamızda annebabalardan yalnızca birinin B.B. tanısı

aldığını da unutmamak gerekir. Ayrıca annesinin hastalığının çocuktaki psikososyal etkileri gözardı edilmemelidir.

Olgu grubunda iki ergen duygudurum bozukluğu tanısı almıştır. Bunlardan B.B. tip I tanısı alan ergen erkekti. Bu ergenin babasında ve ablasında B.B. tip I, ayrıca ablasında hızlı döngülülük saptandı. Bu ergenin, belirtilerinin ergenlik erken dönemlerinden bu yana varlığı belirlenmiştir. Ayrıca WASH-U-KSADS itemlerinde mani, hipomani ve M.D.B belirtilerinin aynı dönemde binişiklikleri nedeniyle mikst döngüler olarak değerlendirilmiştir. Belirtilerin gün içinde 4 saat ve üzeri sürdüğü, hemen her gün ve günde birkaç kez tekrarladığı saptandı. Bu özellikleri ile bozukluk ultra çok hızlı döngülü olarak değerlendirilmiştir. Bu bulgular, erken ergenlikte başlayan bozuklukta saptanan hızlı tekrarlama ile binişiklik göstermektedir(60).

Duygudurum Bozukluklu diğer ergen, Siklotimik Bozukluk tanısı almıştır. Bu ergen kızdı ve ailesinde annesi dışında yüklülük saptanmadı. Siklotimi, önceki çalışmalarda da B.B.'lu annesinin çocuklarında sıklıkla bildirilmiştir(6,111). İzlemeye alınmış olan bu olguda kontrollarda belirgin duygudurum düzenleme sorunu gözlenmiştir. Bu tür olgular, potansiyel olarak B.B.'a dönüşme riski taşıyabilir. Bu, uzunlamasına izlem çalışmaları sonucunda belirlenmektedir.

Duygudurum bozukluğu tanısı alan olguların tümü, ergenlik yaş grubundadır. Yapılan araştırmalarda duygudurum bozukluğu sıklığının ergenlik yaş döneminde arttığı gösterilmiştir(93). Çalışmamızda, duygudurum bozukluklarının ergenlik döneminde rastlanması, B.B.'lu annesinin çocuklarının, duygudurum bozukluğu tanısı açısından bu dönemde risk taşıdığını düşündürmektedir.

Olgu grubunda yıkıcı davranış bozuklukları grubundan, 2 çocuk DEHB, 1 çocuk KOKGB tanısı almıştır. Bu çocukların %7,7'si çocukluk, %9,1'i ergenlik yaş grubundadır. Yıkıcı davranış bozuklukları ile ilgili prevalans çalışmaları sonuçları, bu bozuklukların okul çağı çocuklarında daha yüksek oranda olduğu, ancak ergenlik döneminde sıklığının belirgin olarak düştüğü şeklindedir(109). Bizim çalışmamızda ergenlik yaş grubunda yıkıcı davranış bozukluğu tanısına daha sık rastlanmış olması nedeniyle B.B.'lu annesinin çocuklarının

daha iyi incelenmesi gerektiği düşünölmüştür. Çünkü bu durum normal popölasyona göre farklılık göstermektedir.

Önceki yapılan çalışmalarda B.B.'luların çocuklarında artmış DEHB bulunmuştur(64,68,69,115). Faraone ve ark. (1997) B.B.'luların çocuklarında kontrollere (%5) göre artmış oranda (%15) risk saptamışlardır. Wozniak ve ark.(1995) yaptıkları ailesel genetik çalışmada mani tanısı konulmuş çocukların akrabalarında artmış oranda B.B. ve DEHB tanısı bulmuşlardır. Bu ve diğer çalışmalarda B.B. ve DEHB komorbid hastalarda ve yakınlarında iki bozukluğun artmış birlikteliğinin tanılandırma ile ilgili bir sorundan kaynaklanabileceği tartışılmaktadır(127,50). Çalışmamızda olgu grubundaki yıkıcı davranış bozukluğu tanılarının ve daha sonra sözü edilecek pekçok DEHB belirtisinin B.B. ile ilişkili bir sonuç olabileceği düşünölmüştür.

Olgu grubunda hasta anne sayısı hasta baba sayısından çoktur. Nitekim tanı alan çocuklarda hasta anne sayısı yine babalardan fazladır. Olgu grubunda annede B.B. bulunması çocukta psikiyatrik tanı alma riskini 2,40 kat artırmıştır. Tanı alan çocuklarda annelerin babalara kıyasla daha yüksek oranda hasta olması annesel faktörleri destekler gibi görünmüştür. Ancak toplam annebaba sayısında annelerin daha fazla olması bu sonuçları etkilemiş olabilir.

Olgu grubundaki annebabaların birinci ve ikinci dereceden akrabalarında psikiyatrik öykü ile çocuklarının tanı alması arasında istatistiksel anlamlı ilişki görülmemiştir. Ancak olgu grubundaki annelerin birinci dereceden akrabalarında duygudurum bozukluğu öyküsü saptanması ile çocuklarının tanı alması arasındaki anlamlı istatistiksel ilişki dikkat çekicidir(f.exactp:0,037 1tailed). Olgu grubundaki annelerin birinci dereceden akrabalarında duygudurum bozukluğu olması çocuklarında psikiyatrik tanı alma riskini 7,08 kat artırmaktaydı. Babaların birinci dereceden akrabalarında duygudurum bozukluğu saptanması ile çocuklarının psikiyatrik tanı alması arasında anlamlı istatistiksel ilişki saptanmaması ile beraber çocuklarda psikiyatrik tanı alma riski 2 kat yüksek bulunmuştur.

Son yıllarda yapılan pekçok çalışma B.B.'un kalıtsal yönünü desteklemiştir(1,9,85,112). Annesel geçişin baskın olduğu ve anne akrabalarındaki yükölülükle ilgi genetik çalışmalar



vardır(95). Ancak bu bulgular henüz kesinlik kazanmamıştır. Çalışmamızda annenin ailesel duygudurum bozukluğu yüklülüğünün çocuklardaki psikopatoloji ile ilişkisi dikkat çekicidir. Bu bulgular, bu konuda yapılmış çalışma sonuçlarıyla uygunluk göstermekle birlikte olgu grubundaki hasta annebabalarındaki annelerin daha fazla sayıda olması gözardı edilmemelidir. Ayrıca daha çok çocuğun incelenmesi gerekebilir.

Annebabalarda döngü sayısı ortalamalarına göre ortalamanın altında olan annebabaların çocukları ile üstünde olan annebabaların çocukları arasında psikiyatrik tanı alma açısından istatistiksel fark bulunmamıştır. Bu bulgu ile annebabaların sık döngü geçirmesinin çocukları psikososyal açıdan çok fazla etkilemediği düşünülebilir.

Çalışmamızda tanı alan çocukların annebabalarının belirtilerinin başlangıç yaşları genellikle erişkinlik ve orta erişkinlik yaş dönemlerine rastlamaktadır. Ancak annebabanın hastalığının tam olarak başlangıcı saptanan yaşlarda olmayabilir, çünkü bozukluk belirginleşmeden önce annebabanın kendisinin farketmediği, mizaçla ilgili öncüllerin olabileceği akılda tutulmalıdır.

Annebabanın tanı aldığı dönem ile çocukların psikiyatrik tanı alma ilişkisine bakıldığında istatistiksel bir anlamlılık bulunamamıştır. Ancak çocuklar doğduktan sonra tanı alan annebabaların çocuklarının %30'u psikiyatrik tanı almıştır. Bu bulguya dayanarak annebabanın döngü sayısından çok hasta olmasının çocuğu ruhsal yönden etkilediği önesürülebilir. Çocukların annebabasının, doğumundan bir süre sonra davranış ve duygulanım açısından çocuğuna yönelik tutum ve iletişimde olumsuzluğun olması çocukları etkiliyor olabilir, şeklinde düşünülebilir.

Olgu grubunda annebabanın medeni durumu ile çocuklarındaki tanı varlığı karşılaştırıldığında istatistiksel anlamlı fark görülememiştir(f.exact p:0,30). Bununla birlikte boşanmış annebaba grubunda çocuklarının psikiyatrik tanı varlığı, evli gruba göre 3,17 kat daha fazladır. B.B.'lu bireylerde boşanmanın sık olduğu bilinmektedir(39). Bu sonuç çocuklarda görülen ruhsal bozuklukların bir çoğunda olduğu gibi; annebabaların evlilik sorunlarının çocukları olumsuz olarak etkilediği anlamına gelebilir.

Araştırmamızda Turgay DSM IV YDB ölçeğine göre hiperaktivite belirtisi, olgu grubunda %20 oranında, kontrol grubunda %9,1 oranında görülmüştür. Dikkat eksikliği belirtisi olgu grubunda %11,4 oranında, kontrol grubunda %6,1 oranında görülmüştür. KOKGB ise her iki grupta da benzer oranda görülmüştür. Bu sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı olmamasına karşın, özellikle hiperaktivite, ikinci olarak da dikkat eksikliği belirtisi, olgu grubunda kontrol grubuna göre oldukça fazladır.

CÖDÖ 28 4 alt ölçeğinin skorları değerlendirildiğinde; hiperaktivite ve davranım sorunu ortalamaları olgu grubunda kontrol grubuna kıyasla istatistiksel yönden anlamlı farklı bulunmuştur. (YDB'a ilişkin her iki ölçekte de özellikle hiperaktivite belirgin yüksek saptanmıştır).

Çalışmamızda 2 olgu DEHB tanısı almıştır. DSMIII-R kriterleri kullanılarak yapılan bir çalışmada manik çocukların %94'ü DEHB tanısı almıştır. Özellikle 3 ölçüt; distraktibilite, ajitasyon ve gevezelik her iki bozuklukta da tipiktir(127). B.B.'lu çocuklarda öforik duygudurumdan daha çok saptanan iritabilite pekçok DEHB'li çocukta da bulunabilmektedir. Çocuklarda mani belirtileriyle, B.B., KOKGB, DEHB belirtileri içiçe geçebilmektedir. Çocukluk bipolaritesindeki döngüsel gidişten çok kronik gidiş, ayırıcı tanıyı güçleştirebilmektedir(127). Araştırmalara göre B.B. ile DEHB yüksek oranda komorbiddir(50,53,127). Bu komorbiditenin yaşa bağlı olabileceği, zamanla azalabileceği düşünülmektedir(53,88). Çalışmamızda olgu grubundaki çocuklarda kontrol grubundaki çocuklara göre daha yüksek oranda görülen DEHB belirtileri B.B. ile ilişkili olabilir. DEHB belirtilerini sergileyen çocukların B.B. öncül belirtilerinin gösterebileceği akılda tutulmalıdır. DEHB ve B.B. ayırıcı tanısı ve komorbiditesinin aydınlatılması için ileriye dönük çalışmalara gereksinim vardır.

Araştırmamızda WASH-U-KSADS'e göre B.B.lar bölümünde "şiddetli" en yüksek oranda görülen belirti motor hiperaktivite olmuştur. Bu belirtiyi anormal enerjik olma ve artmış ve hızlı konuşma belirtileri izlemiştir. Bu ölçeğe göre "ılımlı" şiddetde en sık görülen belirti ise anormal enerjik olma olmuştur. Ayrıca, ılımlı belirtilerde ikinci sırayı yaratıcı düşüncede olağandışılık ve sivrilik, üçüncü sırayı motor hiperaktivite, dördüncü sırayı da distraktibilitenin

alması ile önceki yapılan çalışmalar ve bizim diğer bulgularımızla benzer bulgular elde edilmiştir(50,55,127). Tüm bu bulgular DEHB ile örtüşmektedir.

Geller ve ark. (1998) WASH-U-KSADS kullanarak DEHB'li ve B.B'lu çocuklarda yaptıkları çalışmada, tüm mani itemlerini B.B.'lu çocuklarda çok daha yüksek oranda bulurken, anormal enerjik olma ve distraktibilite oranlarını her iki bozuklukta benzer bulmuşlardır. Belirtilerin benzer oranlarda olması komorbidite mi yoksa öncülümü tartışmasının yapılmasına neden olmaktadır.

DEHB'lilerin izlem çalışmalarında artmış B.B. insidansı bildirilmiştir(65). Nörobiyolojik çalışmalar ilerledikçe prepubertal mani ile DEHB ayrımı ve psikososyal işlevselliğin etyopatogenezi anlaşılacaktır(61). Bizim çalışmamızda olgu grubunda DEHB benzeri bulgular, bu belirtilerin B.B. öncülü olabileceğini akla getirmektedir. Risk taşıyan olgu grubundaki belirtilerin ileriye dönük izlemi ile belki de B.B.'a gidiş saptanabilecektir.

Turgay DSM IV YDB ölçeğiyle olgu grubunda kontrol grubu ile istatistiksel fark olmamakla beraber hiperaktivite belirtisi 2,50 kat, dikkat eksikliği 2 kat daha fazla saptanmıştır. Turgay DSM IV YDB ölçeğiyle hiperaktivite saptanan çocukların yaş ortalaması olgu grubunda ile DEHB tanısı alan olguların yaş ortalaması arasında fark bulunmazken, hiperaktivite belirtisi kızlarda erkeklerden daha fazla görülmüştür.

Bilindiği gibi DEHB ve hiperaktivite belirtisi erkek cinsiyetinde daha sık görülmektedir(98,109). DEHB ile B.B. komorbiditesine ilişkin olarak yapılmış bir çalışmada DEHB ile B.B.'un eşzamanlı görülmesi ile yaş arasında ters ilişki saptanmıştır. Yaş küçüldükçe DEHB ile B.B. komorbiditesi artmaktadır. DEHB ile komorbid olma; B.B. tanısını çocuklukta alanlarda en sık %93, başlangıcı çocuklukta, tanı alma ergenlikte olanlarda %88, başlangıç da B.B. tanısı da ergenlikte alanlarda %50 bulunmuştur(50).

Bizim çalışmamızda hiperaktivite ve DEHB'nun daha fazla görüldüğü yaşın olgu grubunda çocukluk yaş grubunda olması bu belirtilerin dönemsel hakimiyetini göstermiş olabilir. Bu nedenle cinsiyete ve yaşa özgü belirtiler, yıkıcı davranış bozukluklarının tipik özelliklerinden farklılık göstermiş olabilir.

Çalışmada DEHB tanısı alan olgulardan birinde belirgin duygudurum oynaklığı saptanmıştır. Nitekim DEHB'de duygudurum oynaklığı görülebilmektedir. Geçmişteki "hiperkinetik çocuk" tanımına bakarsak; bu çocukların duygudurum oynaklığı, uyku bozukluğu, ve davranışsal güçlükler taşıdığı görülmektedir. Diğer belirtiler dürtüsellik, irritabilite ve patlayıcı öfke olarak sıralanabilir. Bu çocukların bebekliklerinde uyku problemlerinin ve irritabilitelerinin olduğu, ve sık ağladıkları tanımlanmaktadır. Geline bu noktada geçmişte hiperkinetik olarak tanımlanan bu çocukların doğumlarından sonra irritabilite/patlayıcılık/dürtüsellikte gösterdikleri değişkenliğin döngüsellikle ilişkilendirilebilmesi mümkündür. Bu konuda yapılacak çalışmalar sonucunda belki de "hiperkinetik" olarak tanımlanan çocuk mizacı "bipolar" olarak yeniden tanımlanabilecektir(34).

Tüm bu nedenlerle, olgu grubundaki DEHB tanısı alan bu çocukların ileriye dönük izlemi ile bunların gerçek DEHB mi, komorbid DEHB ve B.B. mi yoksa sadece B.B.'mu olduğu açığa çıkacaktır. Döngünün doğası, süresi ve şiddetinin , diğer ciddi çocukluk çağı ruhsal bozukluklarının daha iyi tanımlanmasına ve eksik bilgileri gidermeye yönelik nesnel değerlendirme araçlarının geliştirilmesine ihtiyaç vardır. İleriye dönük izlem çalışmaları bu yönlerden çok önemlidir.

DEHB'ye eklenmiş bipolar bozukluklu ve bipolar bozukluğa eklenmiş DEHB'li olguların akrabalarında, pekçok çalışmada, artmış oranda her iki bozukluğa rastlanmıştır(49,127). DEHB ve maninin birlikte görülmesi ile iki görüş öneatılmıştır. Bu görüşlerden biri, DEHB'nin B.B.'un çocukluk yaş dönemine ait bir alttipi olduğudur. Diğer görüş ise, anebabadaki B.B.'nun çocuklarında erken yaşlarda, genetik geçişli bir B.B. alt tipi olarak, DEHB'ye benzer bir tablo ile ortaya çıktığıdır(19,34). Çalışmamızda olgu grubunda kontrol grubuna göre DEHB tanısı ve belirtilerinin belirgin fazla olmasının ailesel yükümlülikle ilişkili öncül belirtiler olduğu önesürülebilir.

Olgu grubunda WASH-U-KSADS depressif bozukluklar bölümünde oranı %10 üzerinde olan "şiddetli" belirtilerden 3'ü şöyledir: 1-) olumlu çevre koşullarına bağlı depresse yada irritabl duygudurum yanıtı 2-) disforik duygulanımın niteliği 3-)özel durumlarla yada zihinsel uğraşlarla birlikte depressif yada irritabl duygudurumun

derecesi. Olgular tanı almasa da belli belirtilerin özellikle sık görülmesi dikkat çekicidir. Ayrıca "ılımlı" şiddetde belirtilerden olgu ile kontrol grubu arasında istatistiksel anlamlı fark olanlar;1-)çökkün duygulanım, 2-) depresse görünüm, 3-)irritabilite ve öfke, 4-) disforik duygulanım, 5-)özel durumlarla yada zihinsel uğraşlarla birlikte depressif yada irritabl duygudurumun derecesi, 6-)olumlu çevre koşullarına bağlı depresse yada irritabl duygudurum yanıtı, 7-)aşırı uygunsuz suçluluk, 8-)olumsuz benlik algısıdır.

Ölçeğin B.B. bölümünde "şiddetli" saptanan belirtiler içinde ilk üçte, 1-) motor hiperaktivite, 2-)anormal enerjik olma, 3-)artmış hızlı konuşma miktarı yer almaktadır. İlimli saptanan belirtilerde ise 1-) anormal enerjik olma 2-) yaratıcı düşüncede olağandışılık ve sivrilik, 3-)motor hiperaktivite ensık üç belirti olarak görülmüştür.

Sonuçlar bu belirtilerin öncül belirti olabilme olasılığını artırmaktadır.Tanı almasalar da çocukların bazı belli belirtileri "şiddetli" yada "ılımlı" olarak göstermeleri ilgi çekicidir. Bu çocukların izlemi bu konudaki verilere ışık tutucu olacaktır. Daha sonraki çalışmalarla bu belirtilerin öncül olup olmadığının ortaya konmasında yarar vardır. Ayrıca duygudurum tanısı alan çocuklarda depresyon ve bipolar belirtilerinin eş zamanlılığı da çocuklara özgü gelişimsel ve tanı değeri taşıyan bir bulgu olabilir.

Çocuklarda saptanan bazı duygudurum belirtilerinin ayırımılaştırılmasında ince ayrıntılara dikkat edilmesi sonucunda, bu belirtilerin B.B. habercisi olabileceği önesürülebilir. Olumlu çevre koşullarına bağlı depresse yada irritabl duygudurum yanıtının ve rededilme korkusununun duygudurum düzenlenmesi ile ilgili bir sorunun göstergesi olabileceği bildirilmiştir(36). Çocukta olumlu çevre koşulları sağlandığında dahi irritabl yada depresse duygudurumu düzenleme kaybının olması ve moral desteğe karşın inatla kızgınlığının sürmesi, duygudurum bozukluğu olasılığını destekler. Tüm bunlar çocukların stresörlere yanıtının bir göstergesi olarak kabul edilmektedir(36).

Olgulardan iki kardeş olan 14 yaşındaki bir kız ile 7 yaşındaki bir erkek ile 8 yaşındaki anne ve babası boşanmış bir kız belirtilerini annesaba döngüsü ile ilişkilendirmişlerdir. Bu, diğer olgularda görülmemiştir. "Disforik duygulanım" ve "özel durumlarla yada zihinsel uğraşlarla birlikte depressif yada irritabl duygudurumun derecesi" itemleri bu özelliği

saptamada yardımcı olmuştur. Bu itemler yüksek oranda hem "şiddetli" ve hem de "ılımlı" olarak saptanmış ve kontrol grubu ile anlamlı istatistiksel fark bulunmuştur. Bu nedenle tüm bu verilerden yolaçıkarak bu itemlerin duygudurum düzenleme sorunu ile ilişkili olabileceği düşünölmüştür. Bu bulgular, bozukluğun kalıtımsal yönünü ve yukarıdaki 3 olgunun belirttiği gibi annebaba döngüsünün çocukları ruhsal yönden etkilediğini desteklemektedir.

Olgu grubunda kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek oranda farklı olan bu belirtiler çocuklarda olası duygudurum düzenleme sorununu ortaya koymaktadır. Bu belirtilerin duygudurum dalgalanması ile ilişkili olduğu düşünölebilir. Olgu grubunda tanı alan ve belirti düzeyinde bulgusu olan çocuklarda duygudurum dalgalanması da sık görölmüştür.

Duygudurumun hızla yükselip düşmesi yada yükselmiş, artmış yada irritabl duygudurumun görölməsi, duygudurum dalgalanması olarak tanımlanır. Bu, olası bir duygudurum düzenleme sorunundan kaynaklanacağı gibi normal toplum örnekleminde de %5-10 oranında saptanmıştır(35).

Çalışmacılar çocukluk çağında öfke nöbetlerinin şiddeti ve sıklığı ile erişkin dönemde duygulanımı düzenlemede güçlüğünün, dürtü denetimsizliğinin, irritabl duygudurumun, yalancılığın, duygudurum dalgalanmasının, konuşkanlık ve hoşgörüsüzlüğün ilişkili olduğunu önesürmüşlerdir(34). Duygudurum dalgalanmasının organik temelli olduğu düşünölmektedir. Nitekim bir çalışmada kafa travması sonrası akut olarak DEHB gelişen çocuk olgular bildirilmiştir. Bu olgularda DEHB, duygudurum dalgalanması ve saldırgan davranış belirtileri oldukça şiddetli olarak saptanmıştır(34).

Erişkin hastalarda beyinde inme sonrası, çocuklarda bazı tip beyin hastalıklarında duygudurum dalgalanması gözlenebilmektedir. Swedo ve ark. (1998) duygudurum dalgalanmasını streptokok enfeksiyonundan sonra hareket bozukluğu çıkaran çocuklarda %66 oranında gözlemlemiştir. Bu çocuklarda obsessif kompulsif ve coşkusal belirtiler birlikte bulunmuştur. Duygudurum dalgalanması, organik kökenli olan mental retardasyonda da bulunabilir. Ayrıca şizofrenide ve YGB'larda duygudurum düzenleme sorunlarına rastlanmıştır. Tüm bu bulgular olgulardaki duygudurum dalgalanmalarının organik ve kalıtımsal kökenli olduğunu düşünörmektedir(34).

Carlson ve Weintraub (1993) B.B.'lu annebabaya sahip çocuklarda, "bipolarite" olarak tanımladıkları belirtiler gözlemlemişlerdir. Bu belirtilerin, manik belirtilere benzer ancak daha düşük şiddette olduğu bildirilmiştir. Duygudurum bozukluğu olmayan annebabaya sahip çocuklarda bu özellikler daha az saptanmıştır. Özellikle erken çocukluk döneminde kısa hipomanik döngülerin, açık psikotik özellikli manik ve mikst manik döngülerden daha sık olduğu vurgulanmıştır. Bu yüzden mani şiddetinde olmayan daha ılımlı belirtilerin bir çeşit bipolarite olarak nitelendirilebileceği kabul edilebilir(29,3). Çalışmamızda olgu grubundaki çocuklarda mani yada depresyon şiddetinde olmayan ancak kontrol grubuna göre belirgin olarak saptanan "ılımlı" belirtiler bir çeşit bipolarite göstergesi olabilir.

Çalışmamızda dikkat çeken diğer özellik, pekçok depressif bulguya ılımlı düzeyde rastlanılmış olmasıdır. Bunun üzerinde durulması gerekmektedir çünkü; B.B.'lu erişkinlerin çocuklarında yada kardeşlerinde M.D.B, distimi ve melankoli yaygın görülen bulgulardandır(3,68,87,115). Burada önemli bir nokta B.B.'lu annebabaya sahip çocukların depresyonunun diğerlerinden farksız ve "nonspesifik" olmasıdır(64). Distimiye benzer çizgide ılımlı depressif bulguların saptanması bipolarite riski açısından önem kazanmaktadır. Çünkü bazı çalışmalarda bu bulguların bipolara dönüşüyle ilgili bulgular vardır. Bununla ilgili bağımsız çalışmalarda erken ergenlik başlangıçlı depresyonun bipolara dönüşü bulunmuştur(7,31). Geller ve ark. (2001) 72 prepubertal M.D.B'lu çocuğun 5 yıllık izlemi sonucunda %48,6 oranında bipolara dönüş saptamışlardır. Bu dönüşü hazırlayan en önemli etmen olarak annebaba ve büyük annebabanın manik olmasını göstermişlerdir. Akiskal ve ark. (1983) 25 yıl izledikleri 42 M.D.B'lu hastanın, 18 yaş öncesi başlangıçlılarının tümünün B.B.'a dönüştüğünü bulmuşlardır. Bu yüzden bizim çalışmamızda da saptadığımız depressif belirtiler bipolara dönüş için olası riski yansıtabilir.

Bu ılımlı duygudurum belirtilerinin temelde mizaça yönelik özellikler de olabileceği düşünülmüştür. Thomas ve Chess (1986) "zor çocuk" olarak tanımladıkları birtakım mizaç özelliklerinden söz etmişlerdir. Bunlar; uyku ve yemek düzensizliği, yiyecek seçme, yeni insan, durum ve rutinlere zor alışma olarak sıralanmıştır. Ayrıca bu çocuklarda değişen sıklıklarda ağlama nöbetleri, gürültülü ve abartılı kahkaha atma, engellenme karşısında

şiddetli öfke tanımlanmıştır. Bu özelliklerin B.B. yada yıkıcı davranış bozukluğu öncülü olup olmadığı şüphelidir. Ancak bu mizaç özellikleri artmış B.B. riskini gösterebilir(4).

WASH-U-KSADS depressif bozukluklar bölümünde “şiddetli” olarak saptanan en sık 3 belirtiden disforik duygulanım %11,4 erkeklerde, %14,3 kızlarda, olumlu çevre koşullarına bağlı depresse yada irritabl duygudurum yanıtı %14,3 erkeklerde, %17,1 kızlarda, özel durumlarla yada zihinsel uğraşlarla birlikte depressif yada irritabl duygudurumun derecesi %8,6 erkeklerde, %11,4 kızlarda görülmüştür. En sık saptanmış olan 3 “ılımlı” belirti ise; çökkün duygulanım %31,4 erkeklerde, %28,6 kızlarda; depresse görünüm %22,9 erkeklerde, %31,4 kızlarda; irritabilite ve öfke %28,6 erkeklerde %17,1 kızlarda görülmüştür. “Şiddetli” görülen belirtiler kızlarda daha yüksek oranda görülürken “ılımlı” belirtilerden irritabilite ve çökkün duygulanım erkeklerde yüksektir.

WASH-U-KSADS B.B.’lar bölümünde “şiddetli” olarak saptanan en sık görülen 3 belirti olan; motor hiperaktivite %8,8 erkeklerde, kızlarda yok, artmış ve hızlı konuşma %5,7 erkeklerde, kızlarda yok, anormal enerjik olma %5,7 erkeklerde, iken kızlarda yoktur. “ılımlı” B.B. belirtilerinde ise anormal enerjik olma %28,6 erkeklerde, %14,3 kızlarda; yaratıcı düşüncede olağandışılık ve sivrilik %14,3 erkeklerde %25,7 kızlarda; motor hiperaktivite %20,6 erkeklerde, %17,6 kızlarda görülmüştür. Özellikle “şiddetli” orandaki B.B. belirtilerinin erkeklerdeki hakimiyeti dikkat çekmektedir. Bunun yanısıra depressif belirtilerin de kızlarda baskınlığı sözkonusudur.

Yapılan çalışmalarda erkeklerde daha çok hipertimik çizgilere, kızlarda ise distimik çizgilere rastlanmıştır. Yaşam olayları (örneğin; karşılıksız aşk) ve biyolojik bazı etkenler (örneğin; kokain kullanımı, uyku yoksunluğu) temelde bu mizaç özellikleri olduğunda B.B.’ u ortaya çıkarabilecektir(4).

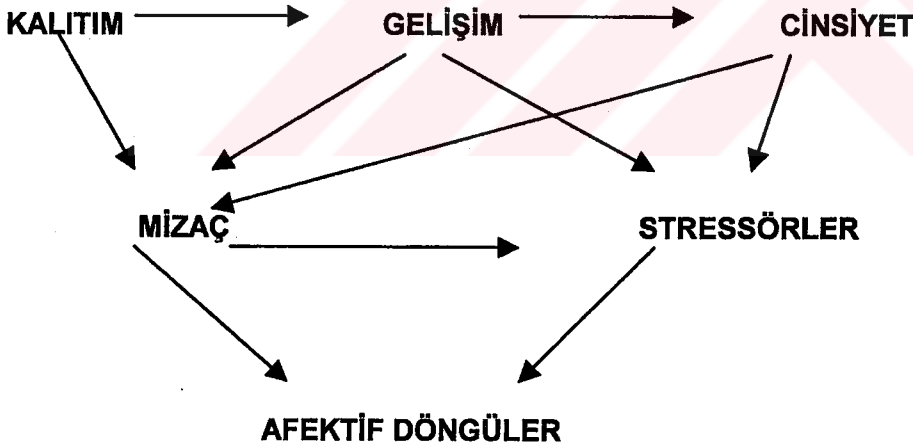
Çalışmamızda olgu grubunda en sık saptanan belirtilerdeki kız/erkek oranları incelendiğinde ortaya çıkan bulgular cinsiyete özgü öncüller olarak tanımlanabilir. Bununla birlikte öncül olarak tanımlanan öğeler temeldeki mizaç özelliklerini yansıtır olabilir. Nitekim erkeklerde motor hiperaktivite, irritabilite ve öfke v.b. gibi hipertimik mizacı, kızlarda depresse



görünüm, özel durumlarla yada zihinsel uğraşlarla birlikte irritabl duygudurum v.b. gibi distimik mizacı andıran bulgular mevcuttur.

Mizaca ilişkin tanımlanan modellerin altta yatan bipolar genotipini göstereceği öne sürülmüştür. Temeldeki mizaça yönelik çeşitli tipler; distimik, siklotimik ve hipertimik olarak tanımlanmıştır. B.B.'luların çocuklarında subklinik baskın mizacın ortaya çıkarılması bu modeli destekleyecektir(4). Çalışma bulgularımızdan olgu grubundaki WASH-U-KSADS depressif bozukluklar ve B.B. bölümündeki en sık olarak saptanan "şiddetli" ve "ılımlı" düzeydeki belirtilerin B.B.'lu annesabaların çocuklarının mizaçlarının bir gösterisi olabileceği düşünülebilir.

B.B.'lu bir annesabadan doğan bir çocuk pekçok çevresel ve coşkusal olumsuz etmenlere maruz kalabilmektedir. B.B.'lu annesabaya sahip olan çocuklarda bu bozukluğa genetik yatkınlığın varlığı kabul edildiğinde, buna ek olumsuz çevre koşullarına da küçük yaşta maruz kalma sözkonusu ise, erken yaşam dönemlerinden başlamak üzere duygudurum düzenlemede siklotimi görülebilir.



**Şekil 1-)** Siklotimi ve benzeri gibi afektif mizaç tipi üzerine etki eden predispozan faktörler ve tekrarlayıcı duygudurum bozukluklarına gidiş (Akiskal 1986'dan düzenlenmiştir, Akiskal 1995).

Akiskal (1995), bifazik duygulanım düzenleme bozukluğunu, haftada en az birkaç gün süren bir fazdan diğer faza ani biyolojik kökenli şiftler olarak tanımlamıştır. Bu bozukluğu mizaç ile ilgili patolojiden kaynaklanan özellikler olarak tanımlamıştır. Mizaca ilişkin bu özellikler; azalmış uyku ihtiyacından aşırı uykuya, insan ilişkisinde sınırını ayarlayamamadan içe kapanmaya, suskunluktan aşırı konuşkanlık ve şakacılığa, vesvesecilikten kaygısızlığa, letarji ve somatik şikayetlerden, neşeli duyguduruma, kendine güvensizlikten aşırı güvene, bencillikten altruistik ve verici davranışa gider.

Akiskal (1995) bifazik duygulanım güçlükleri olarak adlandırdığı 5 durumdan bahsetmiştir. Morbid önem taşıyan bu duygudurum düzenleme durumlarını;

- 1- Üzüntülü ve asık suratlı bir durumdan bağırğan ve yakınmacı duruma dönüşme,
- 2- İrritabileden patlayıcı öfkeye geçebilme,
- 3- Bulaşkanlığa yolaçan disforik huzursuzluk,
- 4- Liderlikle birlikte giden neşelilik ve övünme,
- 5- Uygunsuz hiperseksüalite ve/veya madde kötüye kullanımına giden uyarıcı arayışı olarak sıralamıştır ve mizaca ilişkin özelliklerin belirlenmesinin bifazik duygulanım düzenleme bozukluğunun öncülü olarak önem taşıdığını vurgulamıştır.

Risk grubu olarak tanımlanan B.B.'lu annesinin çocuklarından duygudurum belirtileri yada tanısı taşıyanları profilaktik mood stabilizatörleri ile izlemek, çevresel faktörleri düzenlemek ve destekleyici psikoterapi uygulamak hem hastalığın ağırlaşması hem de intiharları önlemek açısından oldukça önem kazanacaktır(4).

Önceki bilgilere göre, çalışmamızdaki olgu grubunda olduğu gibi, aile öyküsü olan ve DEHB, KOKGB ve DB gibi dışavuruk bozukluklar gösteren çocuklar, geç çocukluk veya ergenlikte B.B. için artmış risk taşımaktadır. Bu belirtiler erkek çocuklarda ön plandadır. Kızlarda ön planda görülen distimi benzeri ılımlı depressif belirtiler de kızların B.B.'a dönüş riski taşıdıklarının bir göstergesi olabilir. Annelerindeki patoloji ve aile öyküsü bu olasılığı güçlendirmektedir. Bu dönüşün gerçekleşmesine etken olabilecek unsurların yapılacak yeni ileriye dönük çalışmalarla belirlenmesine ihtiyaç vardır. Böylece uygun yaklaşım ve profilaktik ilaç tedavisi ile bu grubu korumak mümkün olabilecektir.

İki olgunun tanı olarak Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğunu alması dikkat çekmiştir. Bu bulgu WASH-U-KSADS depressif bozukluklar bölümünde, en sık saptanan belirtiler arasında olan separasyona bağlı disfori, iritabl /kızgın mood /annebabayla rahatlama ve separasyona bağlı disfori, deprese duygulanım/ annebabayla rahatlama itemleriyle binişiklik göstermektedir. Ölçeğin yaşam boyu özelliği de düşünülürse bu sonuçlar, annebaba psikopatolojisi ile bağlanma sürecindeki sorun olasılığını akla getirmektedir.

Bağlanma, çocuklarla annebabalar arasında duygusal olarak olumlu ve yardım edici ilişki olarak tanımlanabilir. Çalışmamızda olgu grubundaki çocukların yaşamlarının ilk yıllarında engelleyici bir çevre, bakıcı ile çoşkusal uygunsuz, ambivalan iletişim yada çocuğun ihtiyacı olan duygusal uyumunun bozuk olması, bağlanmada sorun ortaya çıkarabilir. Bu da çocuklarda ayrılma sorununa yolaçmış olabilir. Bazı araştırmacılara göre bu çocuklardaki afektin oluşmasında annebaba ilişkisi, kalıtsal rol kadar önemlidir. Çocuğun afektif dışavurumunu belirleyen, yapısal etkenler kadar çocuk ile çocuğa bakan kişi arasındaki afektif alışverişdir. Bu ikili ilişkide, anne ve çocuk bilinçli yada bilinç dışı birbirlerinin afektini algılamakta ve buna uygun yanıt vermektedir; böylece karşılıklı afektif bir alışveriş gelişmektedir(20). Çocukla anne arasındaki etkileşim duyarlı, birbirine bağlı ve karşılıklı olarak uygun olduğunda çocuktaki afektif yanıtlar uyumlu, organize ve esnek olacaktır. Tersine aradaki etkileşim bozuk, uygunsuz olduğunda çocuk uyumsuz ve bozuk çoşkusal yanıtlar verecektir. Çocukla anne arasındaki bu bilinçdışı afektif alışveriş afektif uyum olarak tanımlanmaktadır(20).

Geller ve ark. (2000) DEHB'li yada normal gruplara göre B.B. fenotipinde, çocuk ve ergenlerle annebaba ilişkilerinin bozulmuş olduğunu bulmuşlardır. Bu bozukluklar, özellikle annenin sıcaklığının yokluğu, anne ve babada gerilim ve hostilite olarak saptanmıştır. Ayrıca, B.B. fenotipli çocukların annebabalarında artmış boşanma oranının annebabalarda olası psikopatoloji ile ilişkili olabileceği önesürülmüştür. Çalışmamızda olgu grubunda boşanma oranı daha yüksektir. Annebaba veya çocuk psikopatolojisinin birbiri ile bağlantısı gözönüne alınırsa, hasta çocuklar hasta olabilir annebabalara, hasta

annebabalarda hasta olabilir çocuklara sahip olabilecektir. Bu yüzden olgu grubundaki çocukların, yukarıda belirtilen annesine ilişki sorunlarına, maruz kalmış olabileceği düşünülmüştür.

B.B.'lu hastaların öfkelerini kolay yatıştıramadığı bir gerçektir. Olgu grubunda olduğu gibi çocuklar annesinin aşırı öfkelerine, taşkınlıklarına, depresyonlarına, psikozuna tanık olmakta hatta bunları yaşamaktadır. Bütün bunlar bazı çalışmacılarca sözüedilen çöşkusal ve duygusal uygun olmayan çevresel faktörlerdir. Çevresel faktörlerin kalıtsal faktörler kadar hastalığı tetikleme gücü olduğuna inanılmaktadır(115).

İlginc bulgulardan biri ılımlı belirtilerde ikinci sırayı alan yaratıcı düşüncede olağandışılık ve sivrilik belirtisi olmuştur. Gerçekten olgu grubundaki çocukların özel ilgileri ve yetenekleri dikkat çekmiştir. Çocukların çoğunda resim, şiir, tiyatro, öykü, karikatür gibi edebiyatla ilişkili çeşitli ve sanat kollarında üretkenlikleri mevcuttu. Yaptıkları resimlerin birçoğunda çizimlerdeki başarı ve renkleri kullanımlarındaki yetenek dikkat çekiciydi. Bu yetenekler annesinin tarafından da aktarıldı.

Ruhsal hastalıklarla yaratıcılık ilişkisi hakkında geniş bir bibliyografi mevcuttur ve yaratıcılıkla afektif bozukluklar arasında ilişki olduğu görüşü vardır(70). Modern tanı ölçütleri kullanılarak yapılan, Andreasen'ın yürüttüğü bir çalışmada Iowa üniversitesindeki 30 yazarın psikiyatrik profili incelenmiş, RDC(araştırma tanı ölçütleri)'ye göre %43' ünün yaşam boyu B.B. tanı ölçütlerini karşıladıklarını, %80'ininde herhangi bir çeşit afektif bozukluğa uyduğu bulunmuştur(10-11). Jamison yaşayan 47 "yaratıcı" kişide (şairler, oyun yazarları, yazarlar, biyografi yazarları ve sanatçılar) psikiyatrik durum analizi yapmış % 53'ünün, afektif bozukluk nedeni ile tedavi edilmiş olduğunu görmüştür(72). Özellikle şairlerin %16,7 'si B.B. tanısı almıştır. Bazı araştırmacılar şiirsel yaratıcılık için afektif bozukluğun gerekli olup olmadığını tartışmaktadırlar.

Bu bulgularla çocuklarda genetik yatkınlığın her zaman psikopatoloji ile ilişkili olmayıp, enerjinin uygun yönlendirilmesi ile yaratıcılıkla sonuçlanabildiğini görmek sevindirici olmuştur.

## SONUÇLAR

Çalışmamızın sonuçları aşağıdaki biçimde özetlenebilir.

Olgu grubunu oluşturan B.B.'lu annbabaların yüksek eğitim düzeyine ve yüksek ekonomik düzeye sahip olduğu saptanmıştır.

Olgu grubunu oluşturan B.B.'lu annbabalarda sağlıklı kontrol grubu annbabalara göre daha yüksek oranda boşanma görülmektedir.

Olgu grubunu oluşturan B.B.'lu annbaba çocuklarında tanı alma oranı kontrol grubunu oluşturan sağlıklı annbaba çocuklarına göre oldukça yüksek bulunmuştur. Olgu grubunu oluşturan B.B.'lu annbabaların çocukları, kontrol grubunu oluşturan sağlıklı annbaba çocuklarına göre artmış psikopatoloji riski taşımaktadır.

Olgu grubunu oluşturan B.B.'lu annbaba çocuklarında tanı alma oranı ergenlik yaş grubunda çocukluk yaş grubuna göre daha yüksek bulunmuştur. Olgu grubunu oluşturan B.B.'lu annbaba çocuklarında tanı alma her iki cinste de eşit oranda görülmüştür.

Olgu grubunu oluşturan B.B.'lu annbaba çocuklarında ensık görülen tanı grubu yıkıcı davranış bozuklukları, ikinci sırada duygudurum bozuklukları ve ayrılık anksiyetesi bozukluğu, üçüncü sırada enüresiz nokturna olmuştur.

Olgu grubunu oluşturan B.B.'lu annbaba çocuklarında yüksek oranda hasta olan annbabanın anne olması annesel faktörlerin etkinliğini desteklemiştir. Ancak toplam hasta annbaba sayısında anneler daha fazladır.

Olgu grubundaki B.B.'lu annelerin birinci dereceden akrabalarında duygudurum bozukluğu öyküsü saptanması ile çocuklarının tanı alması arasında anlamlı istatistiksel ilişki bulunmuştur. Olgu grubundaki B.B.'lu annelerin birinci dereceden akrabalarında duygudurum bozukluğu olması çocuklarında psikiyatrik tanı alma riskini artırmaktadır.

Olgu grubundaki B.B.'lu babaların birinci dereceden akrabalarında duygudurum bozukluğu saptanması ile çocuklarının psikiyatrik tanı alması arasında anlamlı istatistiksel ilişki saptanmamıştır, ancak bu durum çocuklarda psikiyatrik tanı alma riskini artırmaktadır.

Olgu grubundaki B.B.'lu annebabaların medeni durumu ile çocuklarındaki psikiyatrik tanı varlığı arasında istatistiksel anlamlı ilişki yoktur. Bununla birlikte olgu grubunda boşanmış annebaba çocuklarında psikiyatrik tanı alma riski, evli gruba göre daha fazladır.

Turgay DSM IV YDB ölçeğine göre olgu grubunu oluşturan B.B.'lu annebaba çocuklarında hiperaktivite ve dikkat eksikliği belirtisi, kontrol grubunu oluşturan sağlıklı annebaba çocuklarına göre, istatistiksel olarak anlamlı olmamakla beraber daha yüksek orandadır.

CÖDÖ 28 4 alt ölçeğinin skorları değerlendirildiğinde; hiperaktivite, davranım sorunu, 10 itemlik hiperaktivite dizini, olgu grubundaki B.B.'lu annebaba çocukları ile kontrol grubundaki sağlıklı annebaba çocukları arasında istatistiksel yönden anlamlı fark saptanmıştır.

Olgu grubundaki B.B.'lu annebaba çocuklarında WASH-U-KSADS depressif bozukluklar bölümünde oranı %10 üzerinde olan "şiddetli" belirtilerden 3'ü şöyledir: 1-) olumlu çevre koşullarına bağlı depresse yada irritabl duygudurum yanıtı 2-) disforik duygulanım, 3-) özel durumlarla yada zihinsel uğraşlarla birlikte depressif yada irritabl duygudurumun derecesi. "ılımlı" şiddetde belirtilerden olgu ile kontrol grubu arasında istatistiksel anlamlı fark olanlar; 1-) çökkün duygulanım, 2-) depresse görünüm, 3-) iritabilite ve öfke, 4-) disforik duygulanım, 5-) özel durumlarla yada zihinsel uğraşlarla birlikte depressif yada irritabl duygudurumun derecesi, 6-) olumlu çevre koşullarına bağlı depresse yada irritabl duygudurum yanıtı, 7-) aşırı uygunsuz suçluluk, 8-) olumsuz benlik algısıdır. WASH-U-KSADS depressif bozukluklar bölümü şiddetli olarak saptanan en sık 3 belirtinin cinsiyet dağılımına göre; disforik duygulanım kızlarda, olumlu çevre koşullarına bağlı depresse yada irritabl duygudurum yanıtı kızlarda, özel durumlarla yada zihinsel uğraşlarla birlikte depressif yada irritabl duygudurum kızlarda daha yüksek oranda görülmüştür. En sık 3 ılımlı belirti ise; çökkün duygulanım erkeklerde, depresse görünüm kızlarda; iritabilite ve öfke erkeklerde daha yüksek oranda görülmüştür. Şiddetli görülen belirtiler kızlarda daha yüksek oranda görülürken ılımlı belirtilerden iritabilite ve çökkün duygulanım erkeklerde yüksektir.

Olgu grubundaki B.B.'lu annebaba çocuklarında WASH-U-KSADS ölçeğinin B.B. lar bölümünde "şiddetli" saptanan belirtiler içinde ilk üçte, 1-) motor hiperaktivite, 2-) anormal

enerjik olma, 3-)artmış hızlı konuşma miktarı yeralmaktadır. "İlimli" saptanan belirtilerde ise 1-)anormal enerjik olma, 2-) yaratıcı düşüncede olağandışılık ve sivrilik, 3-)motor hiperaktivite ensık üç belirti olarak görülmüştür. Olgu grubundaki B.B.'lu annebaba çocuklarında WASH-U-KSADS B.B.'lar bölümünde şiddetli saptanan ensık 3 belirti ; motor hiperaktivite erkeklerde, artmış ve hızlı konuşma erkeklerde, anormal enerjik olma, erkeklerde görülürken kızlarda saptanmamıştır. İlimli B.B. belirtilerinde ise anormal enerjik olma erkeklerde, yaratıcı düşüncede olağandışılık ve sivrilik kızlarda, motor hiperaktivite erkeklerde daha yüksek oranda görülmüştür.

Çocukluk çağı bipolar bozukluğunun(B.B) erişkinden farklı olan tanısal ölçütlerinin belirlenmesi gerekmektedir. Çocukluk çağı B.B. tanısı için, farklı gelişimsel basamaklarda farklı ölçütler yeralmalıdır. B.B. bu nedenlerden dolayı çocuklarda tanınmamaktadır. Çocukluk çağında B.B.'un en çok karıştığı tanı grubu YDB'larıdır. B.B.'lu annebaba çocukları erken tanılama ve tedavinin önem kazandığı risk grubu olarak kabul edilebilir. Bu yüzden bu çocuklarda erken dönemde saptanan YDB bulguları dikkatle incelenmelidir. Bu çocukların ileriye dönük izlemi, B.B. tanı kriterlerini belirlemede yararlı olabilir. Ayrıca tanı ve tedaviye yönelik doğru tutumların alınması ve profilaktik ilaç tedavisi ile ağırlaşmış bir tablodan bu risk grubu korunmuş olacaktır.

## ÖZET

Bizim bu çalışmadaki amacımız B.B. açısından risk taşıyan çocuklarda; öncül belirtilerin saptanması, DSM IV'e göre yıkıcı davranış bozukluklarının(YDB) (DEHB,KOKGB,DB) tanısının saptanması,kontrol grubuna göre duygudurum belirtilerin ince ve ayrıntılı olarak şiddetinin ve/veya oranının saptanması,DSM IV'e göre duygudurum bozuklukları tanılarının saptanması, Aile yükünlüğünün ve annesinin hasta olmasının tanıya etkisinin saptanmasıdır.

Olgu grubu DEÜTF Psikiyatri A.D. B.B. birimince izlenen B.B. tip I tanılı 29 annesinin 7-18 yaş arası 35 çocuğu, kontrol grubu alandan sağlanan 29 sağlıklı annesinin 7-18 yaş arası 33 çocuğundan oluşmuştur. Olgu grubundaki ve kontrol grubundaki annesine, öğretmen ve çocuklara , sosyodemografik veri formu, Turgay DSMIV YDB ölçeği, CÖDÖ 28, WASH-U-KSADS afektif bozukluklar modülü uygulanmıştır. Kontrol grubundaki annesinlere SCID-CV uygulanarak ruhsal yönden sağlıklı oldukları belirlenmiştir.

Sonuçlar değerlendirildiğinde, B.B.'lu annesine çocuklarında psikiyatrik tanı alma oranı, sağlıklı annesine çocuklarına göre oldukça yüksek bulunmuştur. Olgu grubunu oluşturan B.B.'lu annesine çocuklarında en sık görülen tanı grubu yıkıcı davranış bozuklukları, ikinci sırada duygudurum bozuklukları ve ayrılık anksiyetesi bozukluğu, üçüncü sırada enüresiz noktura olmuştur. Olgu grubundaki B.B.'lu annelerin daha anlamlı olmak üzere hem annelerin hem babaların birinci dereceden akrabalarında duygudurum bozukluğu olması çocuklarında psikiyatrik tanı alma riskini artırmaktadır. Turgay DSM IV YDB ölçeğine göre olgu grubunu oluşturan B.B.'lu annesine çocuklarında hiperaktivite ve dikkat eksikliği belirtisi, kontrol grubunu oluşturan sağlıklı annesine çocuklarına göre, daha yüksek orandadır. CÖDÖ 28 4 alt ölçeğinin skorları değerlendirildiğinde; dikkat eksikliği ve edilginlik belirtileri dışında tümünde olgu grubundaki çocuklarla kontrol grubundaki çocukların arasında istatistiksel yönden anlamlı fark saptanmıştır.



Olgu grubundaki çocuklarda DEHB belirtilerinin kontrol grubundaki çocuklara göre yüksek oranda olması bunların B.B.'un gelişimsel döneme özgü öncülleri olabileceğini akla getirmiştir. Olgu grubunda WASH-U KSADS B.B. ve Depressif Bozukluklar bölümlerinde pekçok belirti "ılımlı" ve "şiddetli" oranda saptanmıştır. Bu belirtilerden, disforik duygulanım, olumlu çevre koşullarına bağlı depresse yada irritabl duygudurum yanıtı, özel durumlarla yada zihinsel uğraşlarla birlikte depressif yada irritabl duygudurumun derecesi gibi depressif belirtilerin kızlarda, motor hiperaktivite, anormal enerjik olma, artmış ve hızlı konuşma gibi B.B. belirtilerinin ise erkeklerde ön planda olduğu görülmüştür. Bu belirtilerin B.B.'un. cinsiyete özgü mizaçsal öncülleri olabileceği düşünülmüştür. Bu belirtilerin B.B. dönüş olasılığını anlayabilmek için olgu sayısının daha yüksek olduğu ileriye dönük izlem çalışmalarına ihtiyaç vardır.



## **KAYNAKLAR**

1-) Aita MV, Liu J, Knowles AJ, A comprehensive linkage analysis of chromosome 21q22 supports prior evidence for a putative bipolar affective disorder locus. *Am. J. Hum. Genet.* 1999, 64:210-217.

2-) Akiskal HS, A developmental perspective on recurrent mood disorders: A review of studies in man. *Psychopharmacol. Bull.* 1986. 22:579.

3-) Akiskal HS, Downs J, Jordan P, Watson S, Daugherty D, Pruitt D, Affective disorders in referred children and younger siblings of manic depressives: mode of onset and prospective course. *Arch. Gen. Psychiatry.*1985. 42:996-1003.

4-) Akiskal HS, Developmental pathways to bipolarity: Are juvenile-onset depressions pre-bipolar? *J.Am.Acad.Child Adolesc.Psychiatry.* 1995. 34:6, 754-762.

5-) Akiskal HS, Dysthymic disorders: psychopathology of proposed chronic depressive subtypes. *Am. J. Psychiatry.*1983. 140:11-20.

6-) Akiskal HS, Downs J, Jordan P, Watson S, Daugherty D, Pruitt DB, Affective disorders in referred children and younger siblings of manic depressives:mode of onset and prospective course. *Arch. Gen. Psychiatry.* 1985.42:996-1003.

7-) Akiskal HS, Dysthymic disorder psychopathology of proposed chronic depressive subtypes. *Am.J. Psychiatry.* 1983. 140:11-20.

8-) Alessi N, Update on lithium carbonate therapy in children and adolescents. *J.Am.Acad.Child Adolesc.Psychiatry.*1994. 33:291-304.

9-) Andreasen NC, Rice J, Endicott J, Familial rates of affective disorder. *Arch. Gen. Psychiatry.* 1987. 44:461-469.

10-) Andreasen NC, Creativity and mental illness: prevalence rates in writers and their first degree relatives. *Am. J. Psychiatry.*1987. 144: 1288-1292.

11-) Andreasen NC, Creativity and psychiatric illness. *Psychiatr. Am.* 1978. 8:113-9.

12-) Anthony J, Scott P, Manic- Depressive psychosis in childhood. *Child. Psychol. Psychiatry.* 1960. 4:53-72.

- 13-) Beardslee W, Versage E.M., Gladstone T. Children of affectively ill parents:A review of the past 10 years. *J.Am.Acad.Child Adolesc.Psychiatry*. 1998. 37:11,1134-1141.
- 14-) Bebington P, Ramana R, The epidemiology of bipolar affective disorder, *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol*. 1995. 30:279-292.
- 15-) Belmaker RH, How does lithium work on manic depression clinical and psychological correlates of inositol theory. *Ann. Rev. Med*.1995. 47:47-56.
- 16-) Benazzi F, Prevalance of bipolar disorder in outpatient depression a 203 case study in private practice . *J. Affect. Disord*. 1997. 43(2):163- 172.
- 17-) Bertagnoli MW, Borchardt CM, A review of ECT for children and adolescents. *J.Am.Acad.Child Adolesc.Psychiatry*.1990.29:302-307.
- 18-) BiedermanJ, Faraone S,Chu M, Wozniak J, Further evidence of a bidirectional overlap between juvenile mania and conduct disorder in children. *J.Am.Acad.Child Adolesc.Psychiatry*.1999. 38:4,468-476.
- 19)- Biederman J, Russel R, Soriano J, Wozniak J, Faraone S, Clinical features of children with both ADHD and mania. *J. Affect. Disord*. 1998.51:101-112.
- 20-) Boratav C, Şener Ş, Çocukta afekt ve afektif gelişim.Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi.1994. 111-118.
- 21-) Botteron K, Vannier MW, Geller B, Todd DR, Lee B, Preliminary study of magnetic resonance imaging chracteristics in 8-to-16 year-olds with mania. *J.Am.Acad.Child Adolesc.Psychiatry*.1995.34:6.741-749.
- 22-) Bowring MA, Kovacs M, Difficulties in diagnosing manic disorders in children and adolescents. *J.Am.Acad.Child Adolesc.Psychiatry*.1992. 31:611-614.
- 23-) Brent DA, Perper JA, Moritz G, Psychiatric risk factors for adolescent suicide: A case- control study. *J.Am.Acad.Child Adolesc.Psychiatry*.1993 . 32:521-529.
- 24-) Brent DA, Perper JA, Moritz G, Baugher M, Schweers J, Roth L, Suicide in affectively ill adolescents: A case- control study. *J.Affect.Disord*. 31:193-202.

**25-)** Brent DA, Perper JA, Goldstein CE, Risk factors for adolescent suicide:A comparison of adolescent suicide victims with suicidal inpatient. Arch.Gen. Psychiatry.45:581-588.

**26-)** Brent DA, Perper JA, Moritz G, Psychiatric risk factors for adolescent suicide: A case control study. J.Am.Acad.Child Adolesc.Psychiatry.32:521-529.

**27-)** Campbell M, Cueva JE, Psychopharmacology in child and adolescent psychiatry:A review of the past seven years. PartI, J.Am.Acad.Child Adolesc.Psychiatry. 1995.34:1124,

**28-)** Carlson G. Bipolar disorders in children and adolescents.

**29-)** Carlson GA, Weintraub S. Childhood behavior problems and bipolar disorder: relationship or coincidence ? J. Affect. Disord.1993 28:143-153.

**30-)** Carlson GA, Bipolar affective disorders in childhood and adolescence. Cantwell DP, Carlson G (eds). Affective Disorders in Childhood and Adolescence. Newyork, Spectrum Publications.1983.

**31-)** Carlson GA, Strober M, Manic depressive illness in early adolescent: A study of clinical and diagnostic chracteristics in six cases. J.Am.Acad.Child Adolesc.Psychiatry. 1978. 17:138-153.

**32-)** Carlson GA, Annotation: Child and adolescent mania-diagnostic consideration. J. Child. Psychol.Psychiatry. 1990. 31:331-341.

**33-)** Carlson GA, Identifying prepubertal mania. J.Am.Acad.Child Adolesc.Psychiatry. 1995.34:6,750-753.

**34-)** Carlson G, Mania and ADHD: comorbidity or confusion . J. Affect. Disord. 1998. 51:177-187.

**35-)** Carlson GA, Kelly KL, Manic symptoms in psychiatrically hospitalized children – what do they mean? J. Affect. Disord.1998.

**36-)** Chang KD, Steiner H, Ketter TA. Psychiatric phenomenology of child and adolescent bipolar offspring.J.Am.Acad.Child and Adolesc. Psychiatry. 2000. 39:4. 453-460.

- 37-) Conners K, Conners Abbreviated symptom questionnaire. North Tanawanda NY: Multihealth systems.1994.
- 38-) Conners CK, Wells KC, Edhardt D, March J, Schulte A, Osborne S, Fiore C, Butcher AT, Multimodal therapies methodologic issues in research and practise, Child and adolescent.
- 39-) Coryell W, Scheftner W, Keller M, The erduring psychosocial consequences of mania and depression. Am. J. Psychiatr. 1993. 50:720-727.
- 40-) Cummings JL, Clinical Neuropsychiatry. Orlando, FL:Grune&Stratton1985.
- 41-) Davenport Y, Adland M, Gold P, Manic depressive illness psychodynamic features of multigenerational families. Am. J. Orthopsychiatry.1979. 49:24-35.
- 42-) Davis RE, Manic- depressive variant syndrome in childhood, a preliminary report . Am. J. Psychiatry.1979.136:702-706.
- 43-) Dereboy Ç, Şener Ş, Conners öğretmen derecelendirme ölçeği Türkçe uyarlaması 2, Çocuk ve gençlik ruh sağlığı. 1997. 4(1):10-18.
- 44-) Donald JA, Salmon JA, Adams LJ, Parental sex effects in bipolar affective disorder pedigrees . Genetic Epidemiology. 1997. 14:611-616.
- 45-) DSM IV Mental Bozuklukların Tanımsal ve Sayımsal Elkitabı. Köroğlu E(çev.ed).1998. 4.baskı. Amerikan Psikiyatri Birliği. Hekimler Yayın Birliği.
- 46-) Duffy A, Alda M, Kutcher S, Fusee C, Psychiatric symptoms and syndromes among adolescent children of parents with lithium-responsive or lithium-nonresponsive bipolar disorder. Am. J. Psychiatry.1998. 155:3-431-433.
- 47-) Eggers C, Schizo-affective psychosisisin childhood: a foolow up study. J. Autism. Dev. Disorder.1989. 19:327-342.
- 48-) Ercan E S, Turgay DSMIV Yıkıcı Davranış Bozuklukları ölçeği geçerlilik ve güvenilirlik çalışması(Yayınlanmamış veri).
- 49-) Faraone S, Biederman J, Mennin D, Wozniak J, Spencer T,Attention-Deficit Hyperactivitiy disorder with bipolar disorder:A familial subtype? J.Am.Acad.Child Adolesc.Psychiatry.1997.36:10,1378-1387.

**50-)** Faraone S, Biederman J, Wozniak J, Mundy E, Mennin D, O'Donnell D, Is comorbidity with ADHD a marker for juvenile-onset mania? *J.Am.Acad.Child Adolesc.Psychiatry*.1997. 36:8, 1046-1055.

**51-)** Feigner JP, Robins E, Guze SB, Woodruff RA, Winokur G, Munoz R, Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Arch. Gen. Psychiatry*.1972. 26:57-63.

**52-)** Geller B, Fox LW, Clark KA, Rate and predictors of prepubertal bipolarity during follow up of 6-to-12 year old depressed children. *J.Am.Acad.Child Adolesc.Psychiatry*.1994. 33:461-468.

**53-)** Geller B, Luby J, Child and adolescent bipolar disorder: A review of the past 10 years. *J.Am.Acad.Child Adolesc.Psychiatry*. 1997. 36:9,1168-1176.

**54-)** Geller B, Sun K, Zimmerman B, Luby J, Frazier J, Williams M, Complex and rapid cycling in bipolar children and adolescent: A preliminary study. *J.Affect.Disord*.1995. 34:259-268.

**55-)** Geller B, Williams M, Zimmerman B, Frazier J, Beringer L, Warner LK, Prepubertal and early adolescent bipolarity differentiate from ADHD by manic symptoms, grandiose delusions, ultra-rapid or ultradian cycling. *J.Affect.Disord*.1998.51:81-91.

**56-)** Geller B, Warner LK, Williams M, Zimmerman B, Prepubertal and young adolescent bipolarity versus ADHD, assessment and validity using the WASH-U-KSADS, CBCL and TRF. *J.Affect.Disord*.1998.51:93-100.

**57-)** Geller B, Sun K, Zimmerman B, Luby J, Frazier J, Williams M, Complex and rapid-cycling in bipolar children and adolescent: A preliminary study. *J.Affect.Disord*.1995. 34:259-268.

**58-)** Geller B, Zimmerman B, Williams M, Frazier J, WASH-U-KSADS (Washington University at St. Louis kiddie and young adult schedule for affective disorders and schizophrenia ) lifetime and present episode version –DSM IV. Washington University school of medicine St. Louis.1996.

**59-)** Geller B, Cooper TB, Sun K, Zimmerman B, Frazier J, Williams M, Heath J, Double-blind and placebo controlled study of lithium for adolescent bipolar disorders

with secondary substance dependency. *J.Am.Acad.Child Adolesc.Psychiatry*.1998. 37:171-178.

60-) Geller B, Croney LJ, Bolhofner K, Delbello M, Williams M, One year recovery and relapse rates of children with a prepubertal and early adolescent bipolar disorder phenotype. *Am. J. Psychiatry*.2001. 158:303-305.

61-) Geller B, Bolhofner K, Craney J, Williams M, Delbello M, Gundersen K, Psychosocial functioning in a prepubertal and early adolescent bipolar disorder phenotype. *J.Am.Acad.Child Adolesc.Psychiatry*.39:12,1543-1548.

62-) Geller B, Zimmerman B, Williams M, Bolhofner K, Craney J, Delbello M, Soutullo C, Reliability of the Washington University in St. Louis Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (WASH-U-KSADS) Mania and Rapid Cycling Sections. *J.Am.Acad.Child Adolesc.Psychiatry*.2001. 40:450-455.

63-) Gershon ES, Homovit J, Guroff JJ, A family study of schizoaffective, bipolar I, bipolar II, unipolar and normal control probands. *Arch. Gen. Psychiatry*. 1982.39:1157-1167.

64-) Gershon E, Mc Knew D, Cytryn L, Diagnosis in school-age children of bipolar affective patient and normal controls . *J. Affect. Disord*. 1985. 8:283-291

65-) Gittelman R, Manuzza S, Shenker R, Bonagure N, Hyperactive boys almost grown up I. psychiatric status. *Arch. Gen. Psychiatry*.1985. 42:937-947.

66-) Glaser K: Masked depression in children and adolescents. *Ann. Prog. Child. psychiatry child. dev*. 1968. 1: 345-355.

67-) Goodwin FK, Jamison KR *Manic Depressive Illness*. Newyork. Oxford University Press.1990.

68-) Grigoriu-Serbenescu M, Christodorescu D, Jipescul, Totescu A, Marinescu E, Ardeleau V, Psychopathology in children aged 10-17 of bipolar parents : psychopathology rate and correlates of the severity of the psychopathology. *J. Affect. Disord*. 1989,16:167-179.

69-) Hammen C, Burge D, Burney E, Adrian C, Longitudinal study of diagnosis in children of women with unipolar and bipolar affective disorder. Arch. Gen. Psychiatry.47:1112-1117.

70-) Hare E, Creativity and mental illness. B.M.J. 1987. 295:1587-1589.

71-) Himmelbach Jm, Garfinkel ME, Mixed mania: diagnosis and treatment. Psychopharm. Bull.1986. 22:613-620.

72-) Jamison KR, Mood disorder and patterns of creativity in British writers and artists. Psychiatry. 1989. 32:125-134.

73-) Joyce PR. Age of onset in bipolar affective disorder and misdiagnosis as schizophrenia. Psychol. Med. 1984, 14:145-149.

74-) Kafantaris V, Treatment of bipolar disorder in children and adolescents. J.Am.Acad.Child Adolesc.Psychiatry. 1995. 34:6,732-741.

75-) Kaplan HI, Sadock BJ, GrebbJA, Comprehensive textbook of Psychiatry, CoffeyBJ, Pediatric Psychopharmacology, Baltimore, Maryland(2000). Williams&Wilkins. Volume 2,2831-2837.

76-) Kashani JH, Sherman DD, Childhood depression: Epidemiology, etiological models, and treatment implications. Integr. Psychiatry.1988. 6:1-8.

77-) Kessler RC, Mc Ganagle KA, Nelson CB. Sex and depression in the national comorbidity survey II: cohort effects. J. Affect Disord.1994, 30:15-26.

78-) Kessler RC, Mc Ganagle KA, Zhao S, Lifetime and 12 month prevalence of DSMIII-R psychiatric disorders in the United States, results from the national comorbidity survey, Arch. Gen. Psychiatry 1994: 51: 8-19.

79-) Kilgus M, Pumariega A, Cuffe S, Influence of race on diagnosis in adolescent psychiatric inpatient. J.Am.Acad.Child Adolesc.Psychiatry.1995.34:67-72.

80-) Kovacs M, Akiskal HS, Gatsonis C. Childhood –onset dysthymic disorder: clinical features and prospective naturalistic outcome. Arch. Gen. Psychiatry.1994.51. 365-374.

81-) Kovacs M, Pollock M, Bipolar disorder and comorbid conduct disorder in childhood and adolescence. J.Am.Acad.Child Adolesc.Psychiatry.1995. 34:6,715-723.



**82-)** Kowatch A.R, BucciJ.P, Mood Stabilizers and Anticonvulsants, Findling R,Blumer J (ed.) The Pediatric Clinics of North America,Child and Adolescent Psychopharmacology. W.B. Saunders.1998. 1173-1187.

**83-)** Koroğlu E, Major depressif bozukluk, Koroğlu E, Güleç C (Ed). Psikiyatri Temel Kitabı.Ankara. Hekimler Yayın Birliği. 1997.cilt 1, 389-423.

**84-)** Kutcher S, Marton P, Korenbulum M,Adolescent bipolar disorder and personality disorder . J.Am.Acad.Child Adolesc.Psychiatry.1990.29:355-358.

**85-)** Kwok JBJ, Adams LJ, Salmon AJ, Nonparametric simulation – based statistical analyses for bipolar affective disorder locus on chromosome 22q 22.3 .Am. Journal. Med. Gen. (Neuropsychiatric Genetics). 1999. 88: 99-102.

**86-)** Lapalme M, Hodgins S, LaRoche C, Children of parents with bipolar disorder:A metaanalysis of risk for mental disorders. Can. J. Psychiatry.1997. 43:623-631.

**87-)** Laroche C, Sheiner R, Lester E,Children of parents with manic-depressive illness:a follow up study. Can. J. Pscyhiatry 32:563-569.

**88-)** Liebenluft E, Issues in the treatment of women with bipolar illness. Clin. Psychiatry. 1997. 58 (suppl. 15) 5-11.

**89-)** Lish DJ, Dime-Meenan S, Whybrow PC, Price RA, Hirschfield RM, The National Depressive and Manic Depressive Association (DMDA) survey of bipolar members. J.Affect. Disord.1994.31:281-294.

**90-)** Loranger AW, Levine PM, Age at onset of bipolar affective illness. Arch. Gen. Psychiatry. 1979. 35: 1345-1348.

**91-)** Lowe TL, Cohen DJ, Biological research on depression in childhood.Cantwell DP, Carlson G (eds). Affective Disorders in Childhood and Adolescence. Newyork, Spectrum Publications.1983.

**92-)** Manji HK, Regulation of signal transduction pathways by mood-stabilizing agents implications for the delayed onset of therapeutic efficiency . J.Clin. Psychiatry.1996. 25:92-95.

**93-)** Mc Clellan J, Werry SJ, Practice parameters for the assesment and treatment of children and adolescents with bipolar disorder. *J.Am.Acad.Child Adolesc.Psychiatry.* 1997.36:10 (supp.) 157-176.

**94-)** Mc Glashan TH, Adolescent versus adult onset of mania . *Am. J. Psychiatry.* 1988.145:221-223.

**95-)** Mc Mahon F, Stine OC, Meyers A, Simpson SG, Depaulo JR, Patterns of maternal transmission in bipolar affective disorder with markers on chromosome 21. *Journal of Affective Disorders.*1996. 41:217-221.

**96-)** Nasrallah HA, Neurodevelopmental aspects of bipolar affective disorder. *Biol. Psychiatr.*1991.29:1-2.

**97-)** Papolos D, Faedda G, Sabine V, Bipolar spectrum disorders in patients diagnosed with velo-cardio-facial syndrome: does a hemizygous deletion of chromosome 22q 11 result in bipolar affective disorder ? . *Am. J. Psychiatry.*1996. 153:1541-1547.

**98-)** Pekcanlar A, Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunda komorbidite, DSM IV belirti sıklığı ve aile işlevleri.Uzmanlık tezi. Tez danışmanı: Baykara A.1998.

**99-)** Post RM, Weiss SRB, A speculative model of affective illness cyclicity based on patterns of drug tolerance observed in amygdala – kindled seizures. *Mol. Neurobiol.* 1996, 13:33-60.

**100-)** Post RM, Weiss SRB, Endogenous biochemical abnormalities in affective illness: therapeutic vs. pathogenic. *Biol. Psychiatry* 1992. 32:469-484.

**101-)** Post RM, Transduction of psychosocial stress into the neurobiology of recurrent affective disorder. *Am. J. Psychiatry.* 1992. 149: 999-1010.

**102-)** Preskorn SH, Weller EB, Hughes CW, Depression in prepubertal children :Dexamethesone nonsuppression predicts differential response to imipramine vs. placebo. *Psychopharmacol. Bull.* 1987. 23.128.

**103-)** Puig-Antich J, Affective disorders in children and adolescent: Diagnostic validity and psychobiology In: Meltzer (ed): Psychopharmacology –The third generation of progress. Newyork, Raven press, 1987.

**104-)** Roye- Byrne P, Post R, Uhde TW, The longitudinal course of recurrent affective illness: life change data from research patients at NIMH. Acta Psychiatr.Scand. 1985. 71(suppl. 317):5-34.

**105-)** Steele M, Fisman S, Bipolar disorder in children and adolescent: current challenges. Can. J. Psychiatry. 1997. 42:632-636.

**106-)** Straub Re, Lehner T, Luo Y, Loth JE, Shao W, Sharpe L, Alexander JR, A possible vulnerability locus for bipolar affective disorder on chromosome 21q 22.3. Nature Genet. 1994. 8:291-296.

**107-)** Strober M, Schmidt-Lackner S, Freeman R, Bower S, Lampert C, DeAntonio M, Recovery and relapse in adolescents with bipolar affective illness: A five year naturalistic, prospective follow up. J.Am.Acad.Child Adolesc.Psychiatry. 1995. 34:724-731.

**108-)** Strober M, Carlson G, Bipolar illness in adolescents with major depression: clinical, genetic and psychopharmacologic predictors in a 3-4 year prospective follow up investigation. . Arch. Gen. Psychiatry. 1982. 39:549-555.

**109-)** Szatmari P, Offord DR, Boyle MH, Ontario child health study ; prevalence of attention deficit disorder with hiperactivity J. Child. Psycho. Psychiatr. 1989. 30:219-230.

**110-)** Şener Ş, Dereboy İF, Connors öğretmen derecelendirme ölçeği Türkçe uyarlaması, Çocuk ve gençlik ruh sağlığı. 1995. 2(3):131-141.

**111-)** Todd RD, Reich W, Petti TA, ,Psychiatric diagnosis in the child and adolescent members of extended families identified through adult bipolar affective disorder probands. J.Am.Acad.Child Adolesc.Psychiatry. 1996. 35:664-671.

**112-)** Torey EF, Bowler AE, Taylor EH, Gottesman H, Schizophrenia and manic-depressive disorder: the biological roots of mental illness as revealed by landmark study of identical twins. Harper Collins. 1994. New York.

**113-)** Vallada H, Craddock N, Vasques Linkage Studies in bipolar affective disorder with markers on chromosome 21. *Journal of Affective Disorders*.1996. 41:217-221.

**114-)** Venkatamaran S, Naylor MW, King C, Case study mania associated with fluoxetine treatment in adolescents. *J.Am.Acad.Child Adolesc.Psychiatry*.1992. 31:276-278.

**115-)** Waxler-Zahn C.,Mayfield A, Radke –Yarrow M, A follow up investigation of offspring of parents with bipolar disorder. *Am. J. Psychiatry* . 1988. 145:4:506-509.

**116-).**Weller EB, Weller RA, Mood Disorders. Lewis M (Ed). *Child and Adolescent Psychiatry: A comprehensive Textbook*. Baltimore. Williams & Wilkins. 1991. 654-656.

**117-)** Weller E. Depressive disorders in children and adolescents:*Psychiatric Disorders in Children and Adolescents*.Garfinkel BD, Carlson GA, Weller EB (ed.)W.B. Saunders.1990.

**118-)** Weller EB, Weller RA, Fristad MA, Bipolar disorder in children: Misdiagnosis, under diagnosis, and future Directions. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. 1995. 34:6 709-714.

**119-)** Weller EB, Weller RA, Neuroendocrine changes in affectively ill children and adolescents.*Psychiatr. Clin. North. Am.* 1988. 6:41-54.

**120-)** Weller EB, Weller RA, Fristad MA, Lithium dosage guide for prepubertal children: A preliminary report. *J.Am.Acad.Child Adolesc.Psychiatry*.1986. 25:92-95.

**121-)** Werry JS, McClellan J, Predicting outcome in child and adolescent (early onset) schizophrenia and bipolar disorder. *J.Am.Acad.Child Adolesc.Psychiatry*. 1992. 31:147-150.

**122-)** Werry JS, Mc Clellan J, Chard L, Early onset schizophrenia, bipolar and schizoaffective disorders: A clinical and follow up study. *J.Am.Acad.Child Adolesc.Psychiatry*.1991. 30:457-465.

**123-)** Werry JS, McClellan J, Chard L, Early onset schizophrenia, bipolar and schizoaffective disorders: A clinical and follow -up study. *J.Am.Acad.Child Adolesc.Psychiatry*.1991.30:457-465.

124-) Wienberg WA, Brumback RP, Mania in childhood: case studies and literature review. Am. J. Dis. Child. 1976.130:380-385.

125-) Wiessman MM, Warner V, Wickramaratne P, Prusoff BA, Early-onset major depression in parents: and their children J.Affect.Disord. 1988. 15:269-277.

126-) Winokur G, Clayton BJ, Reich T, Manic-depressive illness.St Lewis. Mosby. 1969.

127-) Wozniak J, Biederman J, Mundy E, Mennin D, Faraone V, A pilot family study of childhood-onset mania. J.Am.Acad.Child Adolesc.Psychiatry. 1995. 34:12.1577-1583.

128-) Wozniak J, Biederman J, Kiely K, Mania like symptoms suggestive of childhood-onset bipolar disorder in clinically referred children. J.Am.Acad.Child Adolesc.Psychiatry. 1995. 34:867-876.

129-) Wozniak J, Biederman J, Faraone S, Frozier C, Kim J, Millstein R, Mania in children with pervasive developmental disorder revisited. J.Am.Acad.Child Adolesc.Psychiatry.1987. 36: 1552-1560.

130-) Yazıcı O, İkiuçlu Duygudurum Bozuklukları ve Diğer Duygudurum Bozuklukları, Köroğlu E, Güleç C (Ed). Psikiyatri Temel Kitabı.Ankara. Hekimler Yayın Birliği. 1997. cilt 1, 429-449.

## EKLER

### WASH-U-KSADS (Türkçe versiyonu)

(Washington University at St.Louis - Kiddie and Young Adult Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia - Present state and lifetime - B.Geller et al. 1996 for DSM-IV)  
(St.Louis Washington Üniversitesi Çocuk ve Gençler için Duygulanım bozuklukları ve Şizofreni ölçeği - Şimdiki zaman ve yaşam boyu - 1996 DSM-IV'e göre uyarlanmıştır.)  
(Türkçeye uyarlama;Dr.F.Neslihan İnal Emiroğlu – Prof.Dr.Ayşen Baykara Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.B.D. 2000)

### DEPRESSİF BOZUKLUKLAR

#### Çökkün Duygulanım

Depresyonun öznel hislerine bağlı olan depresse hissetmek üzgün, sıkıntılı, kasvetli, oldukça mutsuz, çökkün, boş, kötü hissetme, ağlayacakmış gibi olma hissini içeren sözsöz şikayetler.Düşünsel maddeleri, suisidal girişimi ve depresse görünümü içermez.(Cesaretsizlik,kötümserlik, değersizlik gibi).Bazı çocuklar üzgün hissetmeyi kabullenmeyecek sadece kötü hislerini söyleyeceklerdir, bundan dolayı her disforik duygulanım hakkında araştırma yapmak önemlidir.Anksiyete ve gerilim hislerini hesaba katmayın. İnatçı disforik duygulanım olmaksızın iritabilite, burada değerlendirmeye alınmayacaktır.Ebeveynle görüşmede annenin sabır hissi (empati yaparak) çocuk sıklıkla depresse iken eğer ebeveynde aynı anda depresse değılse, çocuğun depressif üzgün, sıkıntılı, kasvetli, oldukça üzgün, sıkıntılı duygulanımının gerçek bir kanıtıdır.

-Nasıl hissediyorsun ?

-Mutlu bir çocuk olduğunumu söylersin yoksa üzgün bir çocuk olduğunumu?

-Genellikle mutlumusun yoksa mutsuzmusun?

-Mutsuz,sıkıntılı,huysuz,çökkün,çoküzgün,boş,ağlamaklı hissediyormusun?(herbirini sorunuz)

-Bu iyi bir duygumu yoksa kötü bir duygu mu?

-Başka kötü duyguların var mı?

-Sürekli kurtulamadığın kötü bir duygun oldumu?

-Ağladın mı? yada ağlamaklı oldun mu?

-Kendini bazen yada her zaman ----- gibi hissedermisin?(uyanık geçen zamanın yüzdesi:eğer hepsi eşzamanlı gerçekleşmiyorsa tüm adlandırmaların yüzdesinin toplamı)

- (Diurnal değışimlerin değılendirilmesi depressif duygudurumun günlük süresini ikincil olarak netleştirebilir).

-Gelip gidiyor mu?

-Ne kadar sıklıkla?

-Hergün mü?

-Ne kadar sürüyor?

-Bütün gün mü?

-Duygun nekadar kötü?

-Katlanabilirmisin?

-Katlanamadığında ne yapıyorsun?

-Sence bu hislere neden olan şey ne?

-Annen uzaklaştığında üzgün hissediyormusun?

\*Eğer anneden uzaklaşma belli bir nedense:

-Annen yanındayken ----- hissediyormusun?

-Biraz daha iyi hissediyormusun yoksa his tamamıyla gidiyor mu?

-Üzgün olduğunda diğeri insanlar söyleyebiliyor mu?

-Nasıl söylüyorlar?Değışik mi görünüyorsun?

0 Bilgi yok

1 Hiç yok yada haftada birden az

2 Çok az:sıklıkla disforik duygulanım en az haftada bir kere 1 saatden fazla olmak üzere

3 İlimli:Sıklıkla disforik duygudurum anları haftada en az 3 kere 1 saatden fazla yaşıyor.

4 Orta:Çoğu gün depresse (hafta sonu dahil) yada uyanık olan zamanın % 50 sinden fazla

5 Şiddetli:Zamanın çoğu depresse hissediyor ve bu neredeyse acılı ve kendini perişan hissettirici

6 Aşırı:Zamanın çoğu aşırı depressif hisseder "dayanamıyorum" gibi.

7 Çok aşırı:Tamamıyla gergin, depresyonun aşırı acı veren duyguları.

Eğer değılendirme 4 yada daha fazla iken 3 olarak değılendirilen ayrı bağımsız epizodlar var mı?(Distimi) EVET HAYIR

3 olarak değerlendirilme periyodların çoğunda mevcutmu?

EVET

HAYIR

Yaşamı boyunca: Evet\_\_\_\_\_ Hayır\_\_\_\_\_

Yalnızca takip edilen değerlendirmeler, eğer değerlendirilen periyoddan önce başlangıç varsa göster:Evett\_\_\_\_\_ Hayır\_\_\_\_\_

Başlangıç: Yaş\_\_\_\_\_ Yıllar \_\_\_\_\_ Aylar \_\_\_\_\_ Başlangıç: Yaş\_\_\_\_\_ Yıllar \_\_\_\_\_ Aylar \_\_\_\_\_  
Tarih\_\_\_\_\_ Ay \_\_\_\_\_ Yıl \_\_\_\_\_ Tarih\_\_\_\_\_ Ay \_\_\_\_\_ Yıl \_\_\_\_\_

İleri dönem: Yaş\_\_\_\_\_ Yıllar \_\_\_\_\_ Aylar \_\_\_\_\_ İleri dönem: Yaş\_\_\_\_\_ Yıllar \_\_\_\_\_ Aylar \_\_\_\_\_  
Tarih\_\_\_\_\_ Ay \_\_\_\_\_ Yıl \_\_\_\_\_ Tarih\_\_\_\_\_ Ay \_\_\_\_\_ Yıl \_\_\_\_\_

Süre: Haftalar\_\_\_\_\_ Süre: Haftalar \_\_\_\_\_

Her hafta için günler (> veya = 4 saat/gün)\_\_\_\_\_ Her  
hafta için günler (> veya = 4 saat/gün)

İki epizoddan daha fazla epizod varsa ek sayfaları kullanınız.

Değerlendirilme periyodu boyunca yada herhangi bir EVET  
birbirini takip eden 12 aylık periyoda aralıksız 2 ay HAYIR  
yada daha fazla depressif duygulanımdan kurtuldunmu?

NOT:Bazen çocuk görüşmenin başlangıcında olumsuz bir cevap verebilir, fakat görüşme devam ederken aşikar olarak üzgün hale gelebilir.O halde bu sorular tekrarlanarak şu anki duygulanımı ortaya çıkarabilir ve sıklığını saptamak için bir örnek olarak kullanılabilir.Benzer olarak eğer anne zamanın çoğunda çocuğun üzgün olduğunu söyler ve çocuk bunu inkar ederse annenin fikri ile yüzleştirilebilir.Böylece annesinin onun sıklıkla üzgün olduğuna inanması hakkında ne düşündüğü ona sorulabilir.

NOT: Bir çocuk yada ebeveyn sıklıkla gün boyunca kısa bir üzümlük periyodu tanımladığında, çocuk daima üzgün ve sadece alevlenmeler tanımlıyor gibidir, bu gibi olgularda depressif duygulanım değerlendirilmesi 4 yada daha üstüdür.Böylece dinlenme zamanları için şu soru esas olmalıdır

"bu zamanların dışında dinlenme zamanlarında kendini \_\_\_\_\_ hissettiğinde, mutlumu hissediyorsun yada arkadaşlarından dahamı üzgünsün?". Eğer cevap olumsuz ise duygulanım değerlendirmesi 2 dir.

### Deprese Görünüm

Ağlamaklı ifade, üzgün yüz, ihmal edilmiş kişisel görünüm, ağlama gibi depresif duygudurumun non verbal görünümleri.

Sadece ebeveyne sorun .Çocuğu gözlemleyin !

- 0 Bilgi yok.
- 1 Bir şey değil.
- 2 Silik:Şüpheli klinik belirti.
- 3 İlımlı:Tanımlayıcı bakışla bir dereceye kadar.
- 4 Orta:Genellikle üzümlül görünüm sıklıkla ağlamaklı.
- 5 Şiddetli:İnatçı ve üzümlül yüz, karmakarışık sıklıkla ağlayan
- 6 Aşırı:Sürekli gözleri sulanan konuşma hemen daima imkansız yada pratik anlamda cevapsızlık hali.(Depressif stupor)

Yaşamı boyunca: Evet \_\_\_\_\_ Hayır \_\_\_\_\_

Yalnızca takip edilen değerlendirmeler, eğer değerlendirilen periyoddan önce başlangıç varsa göster: Evet \_\_\_\_\_ Hayır \_\_\_\_\_

Başlangıç: Yaş \_\_\_\_\_ Yıllar \_\_\_\_\_ Aylar \_\_\_\_\_ Başlangıç: Yaş \_\_\_\_\_ Yıllar \_\_\_\_\_ Aylar \_\_\_\_\_

Tarih \_\_\_\_\_ Ay \_\_\_\_\_ Yıl \_\_\_\_\_ Tarih \_\_\_\_\_ Ay \_\_\_\_\_ Yıl \_\_\_\_\_

İleri dönem: Yaş \_\_\_\_\_ Yıllar \_\_\_\_\_ Aylar \_\_\_\_\_ İleri dönem: Yaş \_\_\_\_\_ Yıllar \_\_\_\_\_ Aylar \_\_\_\_\_

Tarih \_\_\_\_\_ Ay \_\_\_\_\_ Yıl \_\_\_\_\_ Tarih \_\_\_\_\_ Ay \_\_\_\_\_ Yıl \_\_\_\_\_

Süre: Haftalar \_\_\_\_\_ Süre: Haftalar \_\_\_\_\_

Her hafta için günler (> veya = 4 saat/gün)  
hafta için günler (> veya = 4 saat/gün)

Her

İki epizoddan daha fazla epizod varsa ek sayfaları kullanınız.

### Ağlama

- 0 Bilgi yok.
  - 1 Yaş olarak normal.
  - 2 Ağlamalar yaşlarından daha fazla
  - 3 Ağlamalar yaş için olabildenden yada provakasyondan
- Yaşamı boyunca: Evet \_\_\_\_\_ Hayır \_\_\_\_\_

Yalnızca takip edilen değerlendirmeler, eğer değerlendirilen periyoddan önce başlangıç varsa göster: Evet \_\_\_\_\_ Hayır \_\_\_\_\_

Başlangıç: Yaş \_\_\_\_\_ Yıllar \_\_\_\_\_ Aylar \_\_\_\_\_ Başlangıç: Yaş \_\_\_\_\_ Yıllar \_\_\_\_\_ Aylar \_\_\_\_\_

Tarih \_\_\_\_\_ Ay \_\_\_\_\_ Yıl \_\_\_\_\_ Tarih \_\_\_\_\_ Ay \_\_\_\_\_ Yıl \_\_\_\_\_

İleri dönem: Yaş \_\_\_\_\_ Yıllar \_\_\_\_\_ Aylar \_\_\_\_\_ İleri dönem: Yaş \_\_\_\_\_ Yıllar \_\_\_\_\_ Aylar \_\_\_\_\_

Tarih \_\_\_\_\_ Ay \_\_\_\_\_ Yıl \_\_\_\_\_ Tarih \_\_\_\_\_ Ay \_\_\_\_\_ Yıl \_\_\_\_\_

Süre: Haftalar \_\_\_\_\_ Süre: Haftalar \_\_\_\_\_

Her hafta için günler (> veya = 4 saat/gün)  
hafta için günler (> veya = 4 saat/gün)

Her

İki epizoddan daha fazla epizod varsa ek sayfaları kullanınız.

### İRRİTABİLİTE VE ÖFKE

İrritabilitenin öznel duyguları, öfke, huysuzluk, kötü mizaç, çabuk değişme, küsme yada kızıp bozulma dışardan açıkça görünüp görünmediğini saptama. Bu gibi duyguların yoğunluk ve süresini saptama. Eğer hasta açıkça mani yada hipomani epizodlarına sahipse irritable burada değerlendirilir.



- Ufacık şeylere kızıp, öfkelenip huysuzluk ediyormusun?
- Bunlar ne gibi şeyler?
- Kızgın yada öfkeli hissettiğinde oluyormu?(Bunu göstermesen bile)
- Nasıl kızgın?
- Önceden dahamı fazla?
- Ne tür şeyler seni kızgın yapar?
- Bazen kızgın ve/veya iritabl, ve/veya huysuz hissediyormusun ve niçin olduğunu bilemiyormusun?
- Bu sıklıkla olurmu?
- Kendini kaybedermisin?
- Ailenlemisin?
- Arkadaşların varmı?
- Başka kim?
- Okulda mı?
- Ne yaparsın?
- Herhangi biri sana herhangi bir şey hakkında bir şey söyledimi?
- Ne kadar zaman kendine kızgın, iritabl, ve/veya huysuz hissedersin?
- Tüm zaman mı?
- Pek çok zaman mı?
- Sadece arasırımı?
- Hiçbir zaman mı?
- Kızgın hale geldiğinde bu konuda ne düşünürsün?
- Diğerlerini öldürmeyi düşünürmüsün? Yada onları incitmeyi?Yada onlara eziyet etmeyi?
- Kimi? Bir planın varmı nasıl?

Eğer depressif bir durum içinde iritabilite ayrı epizodlar olarak ortaya çıkıyor ve özellikle provakasyonsuz ise değerlendirici, mani ve hipomaniyi değerlendirirken bunu akılda tutmalıdır.

#### 0 Bilgi yok

1 Bir şey yok açıkça klinik belirti yok.

2 Silik: Şüpheli klinik belirti .

3 İlimli:Sıklıkla (enaz üç kere/ üç saat her haftada) daha kızgın hissediyor tanımlama, durumsal daha iritabl,sık ancak yoğun olmayan, yada sıklıkla kavgacı, öfkesine çabuk gösteren, homisidal düşünceleri olmayan.

4 Orta:Pekçok gün yada uyanık zamanın %50'si iritabl/kızgın yada sıklıkla bağırın kendini kaybeden.

5 Şiddetli:En azından zamanın çoğunda çocuk iritabl olduğunun farkında yadatamamıyla kızgın yada sıklıkla homisidal düşüncelere sahip (plan yok) yada diğerlerini incitmeye düşüncelere sahip, yada evdeki eşyaları etrafa fırlatıyor, kırıyor.

4 Aşırı:Zamanın çoğunda aşırı derecede kızgın ve iritabl ve "yerinde duramadığına" dikkat

çekiyor yada sıklıkla öfkesine hakim olamıyor.

4 No.6'a eklenen homisidal plan.

#### İritabilite ve öfke

Yaşamı boyunca: Evet \_\_\_\_\_ Hayır \_\_\_\_\_

Yalnızca takip edilen değerlendirmeler, eğer değerlendirilen periyoddan önce başlangıç varsa göster:Evet \_\_\_\_\_ Hayır \_\_\_\_\_

Başlangıç: Yaş \_\_\_\_\_ Başlangıç: Yaş \_\_\_\_\_

Yıllar Aylar

Yıllar Aylar

Tarih \_\_\_\_\_

Tarih \_\_\_\_\_

Ay Yıl

Ay Yıl

İleri dönem: Yaş \_\_\_\_\_ İleri dönem: Yaş \_\_\_\_\_

Yıllar Aylar

Yıllar Aylar

Tarih \_\_\_\_\_

Tarih \_\_\_\_\_

Ay Yıl

Ay Yıl

Süre: Haftalar \_\_\_\_\_ Süre: Haftalar \_\_\_\_\_

Her hafta için günler (> veya = 4 saat/gün)  
hafta için günler (> veya = 4 saat/gün)

Her

İki epizoddan daha fazla epizod varsa ek sayfaları kullanınız.

### SEPARASYONA BAĞLI DİSFORİ

Çocuğun depressif yada irritabl duygulanımı daima ebeveyn yada ebeveynlerle tamamen rahatlar.

#### Deprese duygulanım /ebeveynle rahatlama

- 0 Bilgi yok.
- 1 Yok.
- 2 Sıklıkla tamamen rahatlar.
- 3 Genellikle tamamen rahatlar.
- 4 Daima tamamen rahatlar.

Yaşamı boyunca: Evet \_\_\_\_\_ Hayır \_\_\_\_\_

Yalnızca takip edilen değerlendirmeler, eğer değerlendirilen periyoddan önce başlangıç varsa göster: Evet \_\_\_\_\_ Hayır \_\_\_\_\_

Başlangıç: Yaş _____		Başlangıç: Yaş _____	
Yıllar	Aylar	Yıllar	Aylar
Tarih _____		Tarih _____	
ileri dönem: Yaş _____		ileri dönem: Yaş _____	
Ay	Yıl	Ay	Yıl
Yıllar	Aylar	Yıllar	Aylar
Tarih _____		Tarih _____	
Ay	Yıl	Ay	Yıl

Süre: Haftalar \_\_\_\_\_ Süre: Haftalar \_\_\_\_\_

Her hafta için günler (> veya = 4 saat/gün)  
hafta için günler (> veya = 4 saat/gün)

Her

İki epizoddan daha fazla epizod varsa ek sayfaları kullanınız.

### Separasyona bağlı disfori (devam)

#### Irritabl /kızgın mood/ebeveynle rahatlama

- 0 Bilgi yok.
- 1 Yok.
- 2 Sıklıkla tamamen rahatlar.
- 3 Genellikle tamamen rahatlar.
- 4 Daima tamamen rahatlar.

Yaşamı boyunca: Evet \_\_\_\_\_ Hayır \_\_\_\_\_  
Yalnızca takip edilen değerlendirmeler, eğer değerlendirilen periyoddan önce başlangıç varsa göster: Evet \_\_\_\_\_ Hayır \_\_\_\_\_  
Başlangıç: Yaş \_\_\_\_\_ Yıllar \_\_\_\_\_ Aylar \_\_\_\_\_ Başlangıç: Yaş \_\_\_\_\_ Yıllar \_\_\_\_\_ Aylar \_\_\_\_\_

Tarih \_\_\_\_\_ Ay \_\_\_\_\_ Yıl \_\_\_\_\_ Tarih \_\_\_\_\_ Ay \_\_\_\_\_ Yıl \_\_\_\_\_

İleri dönem: Yaş \_\_\_\_\_ Yıllar \_\_\_\_\_ Aylar \_\_\_\_\_ İleri dönem: Yaş \_\_\_\_\_ Yıllar \_\_\_\_\_ Aylar \_\_\_\_\_

Tarih \_\_\_\_\_ Ay \_\_\_\_\_ Yıl \_\_\_\_\_ Tarih \_\_\_\_\_ Ay \_\_\_\_\_ Yıl \_\_\_\_\_

Süre: Haftalar \_\_\_\_\_ Süre: Haftalar \_\_\_\_\_

Her hafta için günler (> veya = 4 saat/gün) \_\_\_\_\_ Her hafta için günler (> veya = 4 saat/gün) \_\_\_\_\_

İki epizoddan daha fazla epizod varsa ek sayfaları kullanınız.

### DİSFORİK DUYGULANIM

Depresyonun öznel bulgularının niteliksel olarak sevilen birinin ardından duyulan, bir hayvan ölümü ardından duyulan yalnızlıktan yada aylık tecrübesi sırasında birine duyulan özlemden (çocukların hayatında yaygındır) farklı bir duygu olup olmadığına ulaşmak. Eğer mümkünse çocuk depresye değilken özlem, üzüntü yada yalnızlık duygularının karşılaştırılması için anahatların oluşturulması NOT: Eğer çocuk bunu gerçekten spontan olarak önceden söylediyse, ebeveyn sadece bu itemi bildirebilir.

- Bu duygu bir arkadaşın yada annenbaban uzaklaştığında hissettiğinden farklı mı?
- Bu bir "özlem" yada "yalnızlık" duygusu gibimi?
- O nasıl farklı bir duygu?
- Sana yakın herhangi biri öldümü?-Bir hayvan mıydı?
- Onun ölümünden sonra nasıl hissettin?
- O ölmeden yada hasta olmadan önce depressemiydin?
- ..... hissi şimdi o öldükten sonra hissettiğinden farklı mı?

- 0 Bilgi yok yada soruyu anlaması mümkün değil
- 1 Fark yok yada hemen daha şiddetli.
- 2 Su götürür yada çok az farklı.
- 3 Açıkça farklı, fakat sadece ılımlı (tanımla)
- 4 Çok farklı (tanımla)

### ÖZEL DURUMLARLA YADA ZİHİNSEL UĞRAŞLARLA BİRLİKTE DEPRESİF YADA İRRİTABL DUYGUDURUM.

- hissettiğinde hemen daima neden böyle hissettiğini bilirmisin? .....
- O nedir?
- O gerçekleşmediğinde bazen ..... hissedermisin?
- Bazen ..... hissedip ve sebebini bilirmisin?
- Ne daha sıkı? Nedenini bilmenmi yada bilmemenmi?

- 0 Bilgi yok yada soruyu anlaması mümkün değil.
- 1 Yakın olarak daima örneğin "çünkü annem 2 ay önce öldü".
- 2 Zamanın çoğu.
- 3 Genellikle yok.
- 4 Pratik olarak asla "kesinlikle böyle hissetmeme neden yok" yada "nedenini bilmiyorum".

### OLUMLU ÇEVRE KOŞULLARINA BAĞLI DEPRESE YADA İRRİTABL DUYGUDURUM YANITI

Duygulanımdaki geçici iyileşmenin olumlu çevresel durumlar ile birlikteliğini saptama, depresyon gelişimi ile separasyon anksiyetesi gelişimini ayırma. (özellikle yatan hastaları visit sırasında) Yalnızca en sonraki kaydedilmiştir. Değerlendirmeler hem duygulanım değişiminin hem de süresinin saptanmasını içine almaktadır.

-Herhangi biri seni neşelendirmeyi başarabilirmi?

- Senin için birşeyin iyi gerçekleşmesi ile ..... hissetmeye başlaman oldumu?
- Eğer evet ise o nedir?
- Eğer hayır ise emin misin?
- Azıcık iyi bir şeyler varmı?
- Bu iyi şey seni biraz iyi hissettiriyormu?
- Eğer evetse, nasıl iyi hissettin?
- Mutlu oldunmu?
- Herhangi bir şey için kahkaha attın mı?
- En kötü anında bu his devam ediyormu?
- Diğer şeyler aklına geldiğinde yada bazı şeyler iyi gittiğinde bu duygun gidiyormu?
- Tamamının gittiği oldumu?
- Neden ortadan kalkıyor?(örneğin başka çocuklarla oynadığında mı?)
- İyi duyguların ne kadar sürüyor? Dakikalar? Saatler? Bütün gün?
- Hiç sebep yokken kötü hissetmen nasıl oluyor?

- 0 Bilgi yok.
- 1 İyileşme ve iyileşme süresi çevresel durumlara çok duyarlı.
- 2 Genellikle duygulanım cevapları tam ancak 1 saatden fazla sürmüyor.
- 3 Biraz cevap veriyor fakat halen depresse; duygulanım iyileşmesi kısmen ve birkaç dakikadan fazla sürer.
- 4 "İlımlı yükselme"duygulanım hemen tamamen birkaç dakikada yükseliyor ve tekrar düşüyor.
- 5 Nadir hisler biraz daha iyi; duygulanım iyileşmesi sadece birkaç dakika için kısmen.(subnormal ilımlı yükselme)
- 6 Cevapsız.(herhangi fark yok)

### DİURNAL DUYGULANIM DEĞİŞİKLİĞİ

En az bir hafta için günün birinci yada ikinci yarısında dirençli duygudurum dalgalanması. (depresse yada iritabl)Düzenli çevre değişiklikleri değerlendirme dışı tutulacak.

Eğer kötüleşme sadece yatma vakti, okul zamanı ve diğer ayrılma zamanlarında ise olumlu değerlendirilmeli.Kötüleşme periyodları en azından 2 saat sürüyor olmalı.

Hafta sonlarını sorun.Kötüleşmenin disforik duygulanımdan oluştuğunu ve anksiyete yada çevresel etkiler olmadığından emin olun.

- Sabah kalktığında yada öğleden sonra yada akşamları kendini daha ..... hissedermisin?
  - Ne kadar sürüyor?
  - Okuldan eve geldiğinde, yemekten sonra bu her zaman oluyormu?
  - Ne zaman daha iyi hissediyorsun?
  - Ne kadar kötü?
  - Kötü hissettiğinde, farklı bir duygumu hemen ayısının daha fazlasımı?
- (Öğle yemeği, ikinci öğleden önce sınıfı, T.V. programı gibi kilometre taşı olacak düzenli olayları kullanın.

### Sabahta kötüleşme

- 0 Bilgi yok
- 1 Sabah kötüleşme yok yada değişken
- 2 Minimal yada şüpheli kötüleşme yada 2 saatden az.
- 3 İlımlı kötüleşme en azından 2 saat.
- 4 Gözle görülebilir kötüleşme en azından 2 saat.

### Öğleden sonra ve/veya akşam kötüleşme

- 0 Bilgi yok
- 1 Akşam kötüleşme yok yada değişken
- 2 Minimal yada şüpheli kötüleşme yada 2 saatden az.
- 3 İlımlı kötüleşme en azından 2 saat.
- 4 Gözle görülebilir kötüleşme en azından 2 saat.

### AŞIRI YADA UYGUNSUZ SUÇLULUK

...ve kendi kendine azarlama yapılmış yada yapılmamış şeylerden dolayı suçluluk sanırlarını içerir.Değerlendirme suçluluk duygularının yoğunluğu ve çocuğun layık olduğunu düşündüğü suçlardan dolayı cezalandırmanın şiddeti arasındaki orana göre.

-İnsanlar iyi bir şeyler söylediğinde yada yaptığında genellikle iyi hissederler ve insanlar kötü bir şeyler söylediğinde yada yaptığında onun hakkında kötü hissederler. Sende yaptığın herhangi bir şey için kötü hissedermisin?Nedir?Ne kadar sıklıkla onun hakkında düşünürsün?Ne zaman bunu yaptın?Eğer bazı şeyler hakkında suçlu hissettiğimi söylesem ne anlama gelir?

Ne kadar zamandır böyle hissediyorsun?

Zamanın çoğundamı?

Birçok zamanmı?

Birazcık zamanmı?

Hiç mi?

-Suçluluk hakkında hissettiklerin ne tür şeyler?

-Yapmadığın şeyler hakkında suçlu hissettiğin oluyormu?Yada gerçekten senin suçun yokmu?Ebeveynlerin yada diğerleri hakkında suçluluk hissediyormusun?

-Kötü şeylerin olmasına neden olduğunu hissedermisin?Bunun için suçlu olduğunu düşünümüsün?

-Layık olduğunu hissettiğin ne çeşit bir cezalandırma?Cezalandırılmış olmayı istiyormusun?

-Annen baban ne kadar sıklıkla seni cezalandırırlar.Bunun yeterli olduğunu düşünüyor musun?

**Pekçok küçük çocuk için aşağıdaki gibi somut örnek vermek gerekebilir.**

-Sana üç tane çocuk anlatacağım bana en çok hangisi sana benziyor söylemisin?Birinci çocuk bazen hatalı, bu yüzden kötü hissediyor, gidiyor insanlardan özür diliyor, özürü kabul ediliyor ve tüm bunları hemen unutupuyor.İkinci çocukta birincisi gibi fakat özürü kabul edildikten sonra, ne yaptığını bir türlü unutamıyor ve bir yada iki hafta bunun hakkında kötü hissetmeye devam ediyor.Üçüncüsü ise fazla hata yapmamış, fakat onun suçu gibi olmayan herşeyle kendini suçlu hissediyor.Bu çocuklardan hangisi senin gibi?

Ayrıca çocuklara bir örnek vererek soruları anladıklarını çift yönlü kontrol etmek faydalı olabilir, geçmiş zamanda onun suçlu hissetmesine benzer bir çocuğun hikayesi gibi.

0 Bilgi yok.

1 Birşey yok.

2 Belirsiz:Sıklıkla ılımlı suçluluk duyguları fakat meydana gelen zaman dışında tekrarlayan inatçı düşünceler yok.

3 İlimli:Sıklıkla geçmiş davranışlarla ilgili suçluluk hisseder, belirgin olarak abartır ve pekçok çocuk bunu unutabilir.

4 Orta:Suçluluk duygularını açıklayamaz yada bunlar nesnel olarak onun hatası değildir.(Bir ebeveyn ayrılması veya boşanması hakkındaki suçluluk duyguları ve bu ayrılmanın yol açmadığı ve kendi kendine bu değerlendirmede pozitif bir suçluluğa yol açmadığı bir durum dışında ,eğer bu durum tekrarlayan anne baba tartışmaları sonrasında sürüyorsa bunun dışında).

5 Şiddetli:Yoğun suçluluğun yaygın duyguları yada pekçok durum için kendi kendini suçlamanın genelleşmiş duyguları. Duygular onun bulunduğu durumdan daha çok cezalandırılmasını gerektiriyor.

6 Aşırı:Suçluluk sanrıları, yapmış olduğu korkunç şeylerden dolayı cezalandırıldığı yada sürekli suçluluk duyguları ile ızdırap çektiği hallüsinasyonlar.

(Bu değerlendirme 4 yada 5 den 6 ya dek hallüsinasyon ve sanrıların değerlendirilmesinden dolayı değiştirilebilir).

Yaşamı boyunca: Evet \_\_\_\_\_ Hayır \_\_\_\_\_

Yalnızca takip edilen değerlendirmeler, eğer değerlendirilen periyoddan

önce başlangıç varsa göster:Evet \_\_\_\_\_ Hayır \_\_\_\_\_

Başlangıç: Yaş \_\_\_\_\_ Başlangıç: Yaş \_\_\_\_\_  
Yıllar Aylar Yıllar Aylar

Tarih \_\_\_\_\_  
Ay Yıl

Tarih \_\_\_\_\_  
Ay Yıl

İleri dönem: Yaş \_\_\_\_\_ İleri dönem: Yaş \_\_\_\_\_  
Yıllar Aylar Yıllar Aylar

Tarih \_\_\_\_\_  
Ay Yıl

Tarih \_\_\_\_\_  
Ay Yıl

Süre: Haftalar \_\_\_\_\_ Süre: Haftalar \_\_\_\_\_

Her hafta için günler (> veya = 4 saat/gün) \_\_\_\_\_

hafta için günler (> veya = 4 saat/gün) \_\_\_\_\_

Her

İki epizoddan daha fazla epizod varsa ek sayfaları kullanınız.

## OLUMSUZ BENLİK ALGISI

Yetersizlik, aşağılık, değersizlik, kendi kendinin değerini düşürme ve kendi kendini küçük düşürme hislerini içerir. Olumsuz kendilik değerlendirilmesinin nasıl gerçekçi olduğuna dikkat ederek değerlendirin.

-Kendin hakkında nasıl hissediyorsun?

-Kendi kendine kızdığın olurmu?

-Kendi kendinden bir kişi olarak hoşlanırmısın? Neden?

-Kendi kendini tanımla .

-Genellikle kendi kendine çirkin olduğunu düşünümüsün? Ne zaman ? Ne kadar sıklıkla?

-Zeki yada aptal olduğunu düşünümüsün? Neden?

-Sıklıkla böyle düşünümüsün?

-Arkadaşlarından daha iyi yada daha kötü olduğuna düşünümüsün?

-Arkadaşlarından herhangi biri senden kötümüdür?

-İyi olduğun şeyler neler? Başka şeyler?

-Kötü olduğun şeyler neler?

-Ne kadar sıklıkla kendin hakkında böyle hissediyorsun?

-Kendi hakkında ne değişebilir?

0-Bilgi yok.

1-Birşey yok.

2-Silik: Seyrek yetersizlik duyguları.

3-İlimli: Sıklıkla duygular yetersiz yada görünüşü, beyni yada kişiliği değişebilir.

4-Orta: Sıklıkla duygular bir yetersizliğe benzer, yada yukarıdakilerden ikisi yada daha fazlası değişebilir.

5-Şiddetli: Sıklıkla değersizlik hisleri yada her üçünde değişmesi seyrek olarak kendi kendinden nefret ettiğini söyler.

6-Aşırı: Yetersizliğin yada değersizliğin yaygın hisleri kendi kendinden nefret ettiğini söyler.

Yaşamı boyunca: Evet \_\_\_\_\_ Hayır \_\_\_\_\_

Yalnızca takip edilen değerlendirmeler, eğer değerlendirilen periyoddan

önce başlangıç varsa göster: Evet \_\_\_\_\_ Hayır \_\_\_\_\_

Başlangıç: Yaş \_\_\_\_\_ Yıllar \_\_\_\_\_ Aylar \_\_\_\_\_ Başlangıç: Yaş \_\_\_\_\_ Yıllar \_\_\_\_\_ Aylar \_\_\_\_\_

Tarih \_\_\_\_\_ Ay \_\_\_\_\_ Yıl \_\_\_\_\_

Tarih \_\_\_\_\_ Ay \_\_\_\_\_ Yıl \_\_\_\_\_

İleri dönem: Yaş \_\_\_\_\_ Yıllar \_\_\_\_\_ Aylar \_\_\_\_\_ İleri dönem: Yaş \_\_\_\_\_ Yıllar \_\_\_\_\_ Aylar \_\_\_\_\_

Tarih \_\_\_\_\_ Ay \_\_\_\_\_ Yıl \_\_\_\_\_

Tarih \_\_\_\_\_ Ay \_\_\_\_\_ Yıl \_\_\_\_\_

Süre: Haftalar \_\_\_\_\_ Süre: Haftalar \_\_\_\_\_

Her hafta için günler (> veya = 4 saat/gün) \_\_\_\_\_ Her hafta için günler (> veya = 4 saat/gün) \_\_\_\_\_

İki epizoddan daha fazla epizod varsa ek sayfaları kullanınız.

## SEVİLMEME VE YALNIZLIK HİSLERİ

İhmal edilmiş, sevilmeyen ve dünya üzerinde yapayalnız hislerine ulaşma.

-Seninle en çok ilgilenen kişi kimdir?

-Bu kişi çok mu azmı ilgileniyor?

-Bu kişi seni gerçekten seviyor mu?

-Öyle olup olmadığını nasıl biliyorsun?

-O kişi seninle gerçekten ilgilendiğini söylediğinde ona inanıyorsun mu?

-Seninle oldukça ilgilenen başka biri varmı? Biraz mı? Kim?

-Problemin olduğunda söyleyeceğin biri varmı?

-O dinler mi?

-O yardım etmeye çalışırmı? Nasıl?

**YUKARIDAKİLER YOKSA: Tamamen yalnız hissediyormusun?**

-Bu seni nasıl kötü hissettiriyor?

-Bunun sık olduğunu düşünüyor musun?

-Ne kadar zaman?

-Onu zihninden atabiliyormusun?

0-Bilgi yok.

1-Yok.

2-Belirsiz:Seyrek olarak sevilme duyguları (Örneğin azar yada cezalandırma karşısında)

3-İlımlı:Sıklıkla ihmal edilme yada diğer çocuklardan az sevilme duygusu.

4-Orta:Çok sık sevilmediğinden şikayet etme ama içi rahatlatılabiliyor.

5-Şiddetli:Sıklıkla belirgin sevilme duyguları bunun hakkında karakara düşünme rahatlamamanın güç olması.

6-Aşırı:Sevilmediğine inanma,duygularla zihni meşgul,içi rahatlatılamıyor.

Yaşamı boyunca: Evet \_\_\_\_\_ Hayır \_\_\_\_\_

Yalnızca takip edilen değerlendirmeler, eğer değerlendirilen periyoddan

önce başlangıç varsa göster:Evet \_\_\_\_\_ Hayır \_\_\_\_\_

Başlangıç: Yaş \_\_\_\_\_ Yıllar \_\_\_\_\_ Aylar \_\_\_\_\_ Başlangıç: Yaş \_\_\_\_\_ Yıllar \_\_\_\_\_ Aylar \_\_\_\_\_

Tarih \_\_\_\_\_ Ay \_\_\_\_\_ Yıl \_\_\_\_\_

Tarih \_\_\_\_\_ Ay \_\_\_\_\_ Yıl \_\_\_\_\_

İleri dönem: Yaş \_\_\_\_\_ Yıllar \_\_\_\_\_ Aylar \_\_\_\_\_

İleri dönem: Yaş \_\_\_\_\_ Yıllar \_\_\_\_\_ Aylar \_\_\_\_\_

Tarih \_\_\_\_\_ Ay \_\_\_\_\_ Yıl \_\_\_\_\_

Tarih \_\_\_\_\_ Ay \_\_\_\_\_ Yıl \_\_\_\_\_

Süre: Haftalar \_\_\_\_\_

Süre: Haftalar \_\_\_\_\_

Her hafta için günler (> veya = 4 saat/gün)

Her

hafta için günler (> veya = 4 saat/gün)

İki epizoddan daha fazla epizod varsa ek sayfaları kullanınız.

#### UMUTSUZLUK VE YARDIMSIZLIK CESARETSİZLİK, KARAMSARLIK

Şu anki hayatı ve şuanki problemleri göze alarak geleceğe yönelik olumsuz bakış açısı, bu item düşünsel (kavrayışsal) içerik ten temel alır ve duygularla ilişkilendirilmez.

-Sana ne olacağını düşünüyorsun?

-Daha iyi olacağını düşünümüsün?

-Başka daha iyi?

-Bizim sana yardım edebileceğimizi düşünüyormusun?Nasıl?

-Sana herhangi birinin yardım edebileceğini düşünüyormusun?

-Kim?Nasıl?

-Büyüdüğünde ne yapmak (ne olmak) istiyorsun?

-Onu yapacağını düşünüyormusun?Neden değil?

-Hayata boş verdiğin oluyor mu?

-Hiç ölümün yakın olduğunu düşünüyormusun?

-Şu anda dünyanın sonu geldiğini düşünüyormusun?

-Sonsuza dek acı çekeceğini düşünüyormusun?

-Ne kadar sıklıkla böyle düşünüyorsun?

-Senin için umut olmadığından emin misin?

-Nasıl biliyorsun senin için küçük bir umut mümkün olabilir mi?

0-Bilgi yok.

1-Gelecekle ilgili cesaretsizlik pek yok.

2-Belirsiz:Seyrek hisler geleceğinle ilgili cesaretsizlikle ilgili

3-İlımlı:Sıklıkla cesaretsiz, daha iyi olacağına dair şüpheler.

4-Orta:Sıklıkla gelecekle ilgili oldukça karamsar hisler büyüünceye kadar başarıp başaramıyacağına dair şüpheler.

5-Şiddetli:Yoğun karamsarlıkla ilgili yaygın hisler,boşvermiş,yardimsız.

6-Aşırı:Onun mahkum olduğuna yada dünyanın sonu geldiğine dair hallüsinasyonlar ve sanrılar. (Bu değerlendirme hallüsinasyon ve sanrılar değerlendirildiğinde 6 ya değıştirebilir.)

Yaşamı boyunca: Evet \_\_\_\_\_ Hayır \_\_\_\_\_  
Yalnızca takip edilen değerlendirmeler, eğer değerlendirilen periyoddan önce başlangıç varsa göster: Evet \_\_\_\_\_ Hayır \_\_\_\_\_  
Başlangıç: Yaş \_\_\_\_\_ Yıllar \_\_\_\_\_ Aylar \_\_\_\_\_ Başlangıç: Yaş \_\_\_\_\_ Yıllar \_\_\_\_\_ Aylar \_\_\_\_\_  
Tarih \_\_\_\_\_ Ay \_\_\_\_\_ Yıl \_\_\_\_\_ Tarih \_\_\_\_\_ Ay \_\_\_\_\_ Yıl \_\_\_\_\_  
İleri dönem: Yaş \_\_\_\_\_ Yıllar \_\_\_\_\_ Aylar \_\_\_\_\_ İleri dönem: Yaş \_\_\_\_\_ Yıllar \_\_\_\_\_ Aylar \_\_\_\_\_  
Tarih \_\_\_\_\_ Ay \_\_\_\_\_ Yıl \_\_\_\_\_ Tarih \_\_\_\_\_ Ay \_\_\_\_\_ Yıl \_\_\_\_\_  
Süre: Haftalar \_\_\_\_\_ Süre: Haftalar \_\_\_\_\_

Her hafta için günler (> veya = 4 saat/gün)  
hafta için günler (> veya = 4 saat/gün)

Her

İki epizoddan daha fazla epizod varsa ek sayfaları kullanınız.

### KENDİNE ACIMA

Hastanın geçmiş hayatı ve şimdiki problemlerini tamamen olumsuz değerlendirmesi. Geleceği içermez. Bu item yalnızca düşünsel içerikten temel alır, duyguları içermeyiz.

- Hayatın senin için arkadaşlarından daha güç olduğunu düşünüyor musun?
- Diğerlerinden daha talihsiz misin?
- Hayat sana karşı adaletsiz mi?
- Sahip olduğundan daha fazlasını hak ediyormusun?
- Sahip olduğundan daha iyi bir miktarmı?
- Hiç bir şeylerin senin için doğru gittiği oldumu? -Bazen? -Asla?
- Kendi kendinden dolayı üzgün müsün?

0-Bilgi yok.

1-Kendinden dolayı üzgün olduğunu düşünmüyor.

2-Seyrek olarak diğerleri ve birşeyler sıklıkla onun için yolunda gitmediğinden biraz şanssız olduğunu düşünür.

3-Sıklıkla hayatın ona adaletsiz olduğunu ve daha iyi bir kaderi hak ettiğini düşünür.

4-Neredeyse tüm düşünceleri onun bir kader kurbanı olduğu veya hiçbir şeyin yolunda gitmediği şeklindedir.

Yaşamı boyunca: Evet \_\_\_\_\_ Hayır \_\_\_\_\_  
Yalnızca takip edilen değerlendirmeler, eğer değerlendirilen periyoddan önce başlangıç varsa göster: Evet \_\_\_\_\_ Hayır \_\_\_\_\_  
Başlangıç: Yaş \_\_\_\_\_ Yıllar \_\_\_\_\_ Aylar \_\_\_\_\_ Başlangıç: Yaş \_\_\_\_\_ Yıllar \_\_\_\_\_ Aylar \_\_\_\_\_  
Tarih \_\_\_\_\_ Ay \_\_\_\_\_ Yıl \_\_\_\_\_ Tarih \_\_\_\_\_ Ay \_\_\_\_\_ Yıl \_\_\_\_\_  
İleri dönem: Yaş \_\_\_\_\_ Yıllar \_\_\_\_\_ Aylar \_\_\_\_\_ İleri dönem: Yaş \_\_\_\_\_ Yıllar \_\_\_\_\_ Aylar \_\_\_\_\_  
Tarih \_\_\_\_\_ Ay \_\_\_\_\_ Yıl \_\_\_\_\_ Tarih \_\_\_\_\_ Ay \_\_\_\_\_ Yıl \_\_\_\_\_  
Süre: Haftalar \_\_\_\_\_ Süre: Haftalar \_\_\_\_\_

Her hafta için günler (> veya = 4 saat/gün)  
hafta için günler (> veya = 4 saat/gün)

Her

İki epizoddan daha fazla epizod varsa ek sayfaları kullanınız.



## AĞRI VE SIZILAR

Baş ağrısı, mide ağrısı, göğüs ağrısı, iyi hissetmeme, sırt ağrısı ve diğer ağrı ve sızılar gibi somatik yakınmalar.

Yorgunluğu yada tanı almış medikal hastalığa ikincil yakınmaları içermez.

- Herhangi bir ağrı hissettiğin olurmu?
- Nelerde ilgili ağrılar? Örnek.
- Herhangi diğer ağrı?
- Ne kadar sıklıkla?
- Onları sadece okula gideceğin zaman mı duyuyorsun?
- Hafta sonları nasıl?

- 0-Bilgi Yok.
- 1-Birşey Yok.
- 2-Belirsiz: Seyrek olarak en azından 2 haftada bir kez.
- 3-İlımlı: 1 yada daha fazla ılımlı fiziksel belirti en azından haftada bir kez.
- 4-Orta: 1 yada birkaç hatırı sayılır belirti en azından hergün.
- 5-Şiddetli: Sıklıkla üzgün, hemen hemen her gün.
- 6-Aşırı: Her zaman üzgün, hergün birkaç saat.

Yaşamı boyunca: Evet \_\_\_\_\_ Hayır \_\_\_\_\_  
Yalnızca takip edilen değerlendirmeler, eğer değerlendirilen periyoddan önce başlangıç varsa göster: Evet \_\_\_\_\_ Hayır \_\_\_\_\_

Başlangıç: Yaş \_\_\_\_\_ Başlangıç: Yaş \_\_\_\_\_  
Yıllar Aylar Yıllar Aylar

Tarih \_\_\_\_\_ Tarih \_\_\_\_\_  
Ay Yıl Ay Yıl

İleri dönem: Yaş \_\_\_\_\_ İleri dönem: Yaş \_\_\_\_\_  
Yıllar Aylar Yıllar Aylar

Tarih \_\_\_\_\_ Tarih \_\_\_\_\_  
Ay Yıl Ay Yıl

Süre: Haftalar \_\_\_\_\_ Süre: Haftalar \_\_\_\_\_

Her hafta için günler (> veya = 4 saat/gün)  
hafta için günler (> veya = 4 saat/gün)

Her

İki epizoddan daha fazla epizod varsa ek sayfaları kullanınız.

## HİPOKONDRIASIZ

Fiziksel bir hastalığa sahip olma olasılığına karşı gerçekçi olmayan ilgi. Tasayı derecelendirirken yoğunluk, sebebsizlik ve endişelenerek geçirilen zamanı göz önüne alın.

- Sağlığın hakkında endişelimsin?
- .....iç organların hakkında ?
- .....ıdrarın hakkında?
- .....beslenme hakkında?
- .....kalbin hakkında?
- .....diğer şeyler hakkında? Ne?
- Ne seni .....den rahatsız olduğunu düşünüyor? Emin misin? Başka bir şey olabilir mi? Gerçekten hasta olduğuna emin misin? .....nda?

- 0-Bilgi yok.
- 1-Hiç bir şekilde yok yada kaygı doğru fiziksel rahatsızlıkla ilgili.
- 2-Belirsiz: Ender olarak vücut, semptomlar veya fiziksel rahatsızlıklarla ilgili kaygı.
- 3-İlımlı: Bazen, hiçbir şekilde hasta hissetmeden hastalık hakkında tasa.
- 4-Orta: Sık tasalanma. Uyanık zamanın %25'inden fazla.
- 5-Şiddetli: Çoğu zaman dalgın. Uyanık zamanın %50'sinden fazla.
- 6-Aşırı: Delüzyonel hipokondriasis. (Somatik delüzyonlar) (Bu derecelendirme delüzyon ve hallüsinasyonlar değerlendirilirken 6'ya değiştirilebilir)

Yaşamı boyunca: Evet \_\_\_\_\_ Hayır \_\_\_\_\_

Yalnızca takip edilen değerlendirmeler, eğer değerlendirilen periyoddan önce başlangıç varsa göster: Evet \_\_\_\_\_ Hayır \_\_\_\_\_

Başlangıç: Yaş \_\_\_\_\_ Yıllar \_\_\_\_\_ Aylar \_\_\_\_\_ Başlangıç: Yaş \_\_\_\_\_ Yıllar \_\_\_\_\_ Aylar \_\_\_\_\_

Tarih \_\_\_\_\_ Ay \_\_\_\_\_ Yıl \_\_\_\_\_

Tarih \_\_\_\_\_ Ay \_\_\_\_\_ Yıl \_\_\_\_\_

İleri dönem: Yaş \_\_\_\_\_ Yıllar \_\_\_\_\_ Aylar \_\_\_\_\_ İleri dönem: Yaş \_\_\_\_\_ Yıllar \_\_\_\_\_ Aylar \_\_\_\_\_

Tarih \_\_\_\_\_ Ay \_\_\_\_\_ Yıl \_\_\_\_\_

Tarih \_\_\_\_\_ Ay \_\_\_\_\_ Yıl \_\_\_\_\_

Süre: Haftalar \_\_\_\_\_ Süre: Haftalar \_\_\_\_\_

Her hafta için günler (> veya = 4 saat/gün)  
hafta için günler (> veya = 4 saat/gün)

Her

İki epizoddan daha fazla epizod varsa ek sayfaları kullanınız.

### ANHEDONİ, İLGI KAYBI, APATİ, DÜŞÜK MOTİVASYON VEYA SIKINTI

Sıkıntı tüm çocukların anlayacağı ve zevk alma yetisi kaybı (anhedoni), ilgi kaybı, yada her ikisine yönelik bir terimdir. Zevk ve ilgi kaybı karşılıklı olarak ayrı değildir. ve birarada bulunabilirler.

-Eğlenmek/zevk almak için yaptığın şeyler neler? (Ömek al: sporlar, arkadaşlar, favori oyunlar, okul nesnelere, gezinti yerleri, aile aktiviteleri, favori televizyon programları, bilgisayar veya video oyunlar, müzik, dans, tek başına oyun, okuma, vakit geçirme v.s.)

-Çok zaman sıkınmısın? Bir şeyden hoşlanmadığın, hatta onlara başlamakla bile ilgilenmediğin içinmi sıkınsın?

-Üzgün veya böyle hissetmeye başlamadan önce yaptığın şeyleri düşününce sıkılıyormusun? (Yukarıda anlatılan örnekleri verin)

Anhedoni yaygın yada kısmen keyif ve zevk almada, yukarıda belirtilen çocuk için cazip etkinliklere katılmada yetersizlik ile tanımlanabilir. Ayrıca temel zevkler favori yiyeceklerin yenilmesi ve ergenlerde seksüel etkinlikten oluşabilir.

-Böyle hissetmeye başlamadan önceki eğlence için yaptığın şeyleri halen yapıyormusun?

-Eskiden yaptığından az mı?

-Ne kadar az?

-Eğlence olarak yaptığın böyle hissetmeden önce yaptığın kadarmı?

-Eğlence az ise onlarla daha az mı keyif alıyorsun?

-Ne kadar daha az?

-Hiç bir şey?

-Arkadaşların kadarmı kötü eğlencelisin?

-Kaç tane şey eskiden yaptığınızdan daha az eğlenceli?

-Kötü eğlenceler ne kadar?

-Daha başka?

-En sevdiğin yiyecekler neler?

-Onlardan eskisi kadar hoşlanıyormusun?

-Onlar iyi lezzetli mi?

Ergenler için;

-Seksten eskisi kadar hoşlanıyormusun?

-Hoşlandığın şeyleri yapmaya başlayıp fakat daha sonra onların zevk vermediğini anladığın oldumu?

0-Bilgi yok.

1-Zevkli yada ilgi çekici tüm aktiviteler yada fazlası böyle.

2-Belirsiz: Aktivitelerin 1 yada 2'si öncekilerden yada önceki arkadaşlardan daha az zevkli yada ilgi çekici.

3-İlimli: Birkaç aktivite daha az zevkli yada ilgi çekici. Aktivitelerde zamanın %50'sinden fazlasında sıkılmış yada apatik.

4-Orta: Çoğu aktivite çok az zevkli veya ilgi çekici. Aktivitelerde zamanın %75'inden fazlasında sıkılmış yada apatik.

5-Şiddetli: Hemen tüm aktiviteler çok daha az zevkli yada ilgi çekici. Aktivitelerde zamanın %90'nda sıkılmış veya apatik.

6-Aşırı: Bütünüyle zevk alamama yada zevke ilgisizlik ("Hiç bir şeyden zevk alamıyorum")

Bazı çocukların hayatları boyunca depresyonlu olduklarını ve anhedonik olarak tanımlandıklarını

hatırlayın.Ebeveynler bu çocukları çoğu zaman çocuklarının ilgileneceği bir şeyler bulma ümidiyle sayısız aktivitelere sokarlar.

#### Devam

İlgi kaybı,apati ve düşük motivasyon eğlenceye katılım ve çocuğun ilgilediği yada motivasyonu olduğu etkinlikleri takip etmede kısmen yada yaygın yetersizlikten kaynaklanabilir.Çocuk aktivitelere odaklanmaya karar veremez ve başlayamaz.Çoşku ve heyecan kaybı,aldırmama ve dikkatsizlik,düşünülen işleri gerçekleştirmede motivasyon kaybı çocuktan olasılıkla beklenebilir.

-Hoşlandığın şeyleri yapmak için sabırsızlıkla beklemisin?(Örnek ver)

-Onları yapmak için uğraşmışsın?

-En sevdiğin aktiviteleri yürütebiliyor musun?

-Onlar ilgini çekiyormu?

-Onları yaparken heyecanlanıp keyif alıyormusun?

-Neden değil?

-Bütün bunları yapmaya çalışırken seni heyecanlandırmadığı için durduğun oldu mu?

-Ne kadar şey şimdi kendini böyle üzgün hissetmeden öncekinden daha az ilgi çekici?

-İlgi çekici olarak ne kadar şey var? Başka ilgi çekici?

**Ergenler Seksüel açıdan eskiden olduğundan daha az mı aktıfsin?**

Yaşamı boyunca: Evet \_\_\_\_\_ Hayır \_\_\_\_\_

Yalnızca takip edilen değerlendirmeler, eğer değerlendirilen periyoddan

önce başlangıç varsa göster:Evet \_\_\_\_\_ Hayır \_\_\_\_\_

Başlangıç: Yaş \_\_\_\_\_ Yıllar \_\_\_\_\_ Aylar \_\_\_\_\_ Başlangıç: Yaş \_\_\_\_\_ Yıllar \_\_\_\_\_ Aylar \_\_\_\_\_

Tarih \_\_\_\_\_ Ay \_\_\_\_\_ Yıl \_\_\_\_\_

Tarih \_\_\_\_\_ Ay \_\_\_\_\_ Yıl \_\_\_\_\_

İleri dönem: Yaş \_\_\_\_\_ Yıllar \_\_\_\_\_ Aylar \_\_\_\_\_ İleri dönem: Yaş \_\_\_\_\_ Yıllar \_\_\_\_\_ Aylar \_\_\_\_\_

Tarih \_\_\_\_\_ Ay \_\_\_\_\_ Yıl \_\_\_\_\_

Tarih \_\_\_\_\_ Ay \_\_\_\_\_ Yıl \_\_\_\_\_

Süre: Haftalar \_\_\_\_\_

Süre: Haftalar \_\_\_\_\_

Her hafta için günler (> veya = 4 saat/gün)

hafta

İçin günler (> veya = 4 saat/gün)

İki epizoddan daha fazla epizod varsa ek sayfaları kullanınız.

#### Devamı

**Bu bölüm aktivitelere odaklanmaya yetersizlikten temel almaz.**(Okuma,oyun,T.V,yada okul konularına konsantre olmada yetersizlik)İkili karşılaştırma ile herbir değerlendirme yapılabilir:zevk almanın yaşlıları ile karşılaştırılması ve/veya zevk almanın depresyon öncesi ile karşılaştırılması.İkincisi uzun süreli epizodda mümkün değildir çünkü çocuğun tercihleri yaşla değişmektedir.Şiddet çocuk için eğlenceli aktivitelerin sayısı ve zevk alabilmede kayıp derecesi ile saptanabilir.

Bu şeyleri yapmada fırsatsızlığı, aşırı ebeveyn kısıtlamasına bağlı olabileceği ile karıştırmayın.

İlgi kaybının anhedoniden ayırmaştırılması.

Bu skalaya göre bireysel değerlendirme yapın.

İLGİ KAYBI  
ANHEDONİ

0 1 2 3 4 5 6  
0 1 2 3 4 5 6

#### YORGUNLUK,ENERJİ KAYBI VE BİTKİNLİK

Bu öznel bir hisdir.(İlgi kaybı ile karıştırmayın).(Insomnia'ya sekonder olsa bile varlığını değerlendirin.)Burada değerlendirilemeyen uyusukluk ve uykululuk halinden ayırın.

-Yorgun hissediyormusun?

-Yorgun hissedermisin?Bütün zaman mı?Zamanın çoğumu?Bazı zamanları mı?Şimdi ve sonramı?

-Ne zaman yorgun hissetmeye başladın?

-..... hissetmeye başladıktan sonramı oldu?

-Bana biraz daha bu duygun hakkında bahsedermisin?Uyusukluk gibimi yada enerjisiz gibimisin?

-Dinlenmeye vakit harcayabiliyormusun?

-Ne kadar?

-Dinlenmek zorundamısın?

- Kolların ve bacakların ağrılaşmıyormu?  
-Hareket etmek çokmu zor? .....bacaklarını oynatmak zormu?  
-Sürekli böyle hissediyormusun?

0-Bilgi yok.

1-Bir şey yok.

2-Belirsiz:Genelde olandan daha az enerji.

3-İlimli:Tanımlanabilen daha çok yorgunluk yada genelde olandan daha az enerji.

4-Orta:Sıklıkla enerjisiz yorgun hissetme gün boyu dinlenmek (uyumak değil) zorunda hissetmek.

5-Şiddetli:Neredeyse her zaman çok yorgun yada enerjisiz hissetme yada büyük bir zamanı dinlenme zamanı olarak harcama.(Uyumak değil.)Kollar bacaklar ağır hissedilebilir ve hareket ettirmek güç olabilir.

6-Aşırı:Aşırı yorgunluk yada enerji kaybı yada çok miktarda dinlenme zamanı ayırma değişmeyen hislerdir.Kollar ve bacaklar ağırdır. Hareket ettirmek güçtür.

Yaşamı boyunca: Evet \_\_\_\_\_ Hayır \_\_\_\_\_

Yalnızca takip edilen değerlendirmeler, eğer değerlendirilen periyoddan

önce başlangıç varsa göster:Evet \_\_\_\_\_ Hayır \_\_\_\_\_

Başlangıç: Yaş \_\_\_\_\_ Yıllar \_\_\_\_\_ Aylar \_\_\_\_\_ Başlangıç: Yaş \_\_\_\_\_ Yıllar \_\_\_\_\_ Aylar \_\_\_\_\_

Tarih \_\_\_\_\_ Ay \_\_\_\_\_ Yıl \_\_\_\_\_

Tarih \_\_\_\_\_ Ay \_\_\_\_\_ Yıl \_\_\_\_\_

İleri dönem: Yaş \_\_\_\_\_ Yıllar \_\_\_\_\_ Aylar \_\_\_\_\_ İleri dönem: Yaş \_\_\_\_\_ Yıllar \_\_\_\_\_ Aylar \_\_\_\_\_

Tarih \_\_\_\_\_ Ay \_\_\_\_\_ Yıl \_\_\_\_\_

Tarih \_\_\_\_\_ Ay \_\_\_\_\_ Yıl \_\_\_\_\_

Süre: Haftalar \_\_\_\_\_

Süre: Haftalar \_\_\_\_\_

Her hafta için günler (> veya = 4 saat/gün)  
için günler (> veya =4saat/gün)

hafta

İki epizoddan daha fazla epizod varsa ek sayfaları kullanınız

## KURŞUN PARALİZİSİ

- Vucudunu ağır hissettiğin, ağırlığın aşıya çektiği kurşunla dolu hissettiğin oluyor mu?  
-Gerçekten kolları ve bacakları hareket ettirme büyük bir çaba gerektirip mümkün olmadığı oluyor mu?

0-Bilgi yok.

1-Asla.

2-Şüpheli.

3-İlimli:Extremiteler ağır hissedilir,az çok oynatmak zordur.çoğu günde 1 saatden az sürer.

4-Orta:Extremiteler ağır hissedilir,çoğu günde en azından 1 saat oynatmak zordur.

5-Şiddetli:Kollar ve bacaklar birkaç saat oynatılamaz.

6-Aşırı:Günde birkaç saat hareketsiz.

Yaşamı boyunca: Evet \_\_\_\_\_ Hayır \_\_\_\_\_

Yalnızca takip edilen değerlendirmeler, eğer değerlendirilen periyoddan

önce başlangıç varsa göster:Evet \_\_\_\_\_ Hayır \_\_\_\_\_

Başlangıç: Yaş \_\_\_\_\_ Yıllar \_\_\_\_\_ Aylar \_\_\_\_\_ Başlangıç: Yaş \_\_\_\_\_ Yıllar \_\_\_\_\_ Aylar \_\_\_\_\_

Tarih \_\_\_\_\_ Ay \_\_\_\_\_ Yıl \_\_\_\_\_

Tarih \_\_\_\_\_ Ay \_\_\_\_\_ Yıl \_\_\_\_\_

İleri dönem: Yaş \_\_\_\_\_ Yıllar \_\_\_\_\_ Aylar \_\_\_\_\_ İleri dönem: Yaş \_\_\_\_\_ Yıllar \_\_\_\_\_ Aylar \_\_\_\_\_

Tarih \_\_\_\_\_ Ay \_\_\_\_\_ Yıl \_\_\_\_\_

Tarih \_\_\_\_\_ Ay \_\_\_\_\_ Yıl \_\_\_\_\_

Süre: Haftalar \_\_\_\_\_

Süre: Haftalar \_\_\_\_\_

Her hafta için günler (> veya = 4 saat/gün)  
için günler (> veya =4saat/gün)

hafta

İki epizoddan daha fazla epizod varsa ek sayfaları kullanınız

### OKULDA, İŞTE VE EVDE DÜŞÜK ETKİNLİK VE ÜRETKENLİK

0-Bilgi yok.

1-Beklenenden yüksek aktivite.

2-Öncesine göre düşük performans.

3-"Çalışma kapasitesi yok".Son zamanlarda ev ödevlerinde minimal katılım ve performans ile yetersizlik.

4-Pekçok konuda az katılım yada yüksek performans gerektiren katılımlarda azalma.

5-Değerlendirilen anda üretken okul çalışması için yetersiz olma.

Yaşamı boyunca: Evet\_\_\_\_\_ Hayır\_\_\_\_\_

Yalnızca takip edilen değerlendirmeler, eğer değerlendirilen periyoddan

önce başlangıç varsa göster:Evet\_\_\_\_\_ Hayır\_\_\_\_\_

Başlangıç: Yaş\_\_\_\_\_ Başlangıç: Yaş\_\_\_\_\_

Yıllar Aylar

Yıllar Aylar

Tarih\_\_\_\_\_

Ay Yıl

Tarih\_\_\_\_\_

Ay Yıl

İleri dönem: Yaş\_\_\_\_\_

Yıllar Aylar

İleri dönem: Yaş\_\_\_\_\_

Yıllar Aylar

Tarih\_\_\_\_\_

Ay Yıl

Tarih\_\_\_\_\_

Ay Yıl

Süre: Haftalar\_\_\_\_\_

Süre: Haftalar\_\_\_\_\_

Her hafta için günler (> veya = 4 saat/gün)

hafta

için günler (> veya =4saat/gün)

İki epizoddan daha fazla epizod varsa ek sayfaları kullanınız

### ZOR ODAKLANMA, DİKKATSİZLİK YADA YAVAŞ DÜŞÜNME KARASIZLIK

(Okuldan gelen bilgi bu kısmı hazırlamada çok önemli olabilir).

Mevcut epizoddan önceki ile aynı düzeyde olmayan düşünme, ve odaklanmada azalma şikayetleri.(öğretmenden gelen)(Eğer formal düşünce bozukluğu ile birlikte ise ayrı tut).(İlgi ve motivasyon eksikliğinden ayırdedin).

-Konsantre olmak ne anlama geliyor biliyor musun?Bazen çocuklar konsantre olmada güçlük yaşayabilirler.Mesela, kitaptan bir sayfa okuduklarında onu akıllarında tutamazlar,bu yüzden çok uzun sürer,yada dikkatlerini veremez bunu yapamazlar.

-Hiç böyle bir sorunun oldumu?

-Ne zaman başladı?

-Düşüncen yavaşladı mı?

-Eğer kendini çok zorlarsan konsantre olabiliyor musun?

-Ev ödevini yapmak çok vakit alıyor mu?

-Bir şeye konsantre olmaya çalıştığında zihninin başka düşüncelere sürüklendiği oluyor mu?

-Okulda dikkatini verebiliyor musun?

-Hoşlandığın bir şey yapmak istediğinde dikkatini verebiliyor musun? Yada öyle olsa bile onu yapmayı zor buluyor musun?

-Daha çok şey unuttuğun oluyor mu?

-Nelere dikkat edebilirsin?

-Konsantre olmadığın şeyler varmı?-Yada ilgilenmediğin veya dikkat etmediğin şeyler?

-Daha öncede böyle bir sorunun oldumu?-Ne zaman başlamıştı?

-Her zamanki hayatında basit kararları vermekte zorlanıyor musun?

-Mesela ne giyeceğine karar verememek ,ne yiyeceğine karar verememek ,Mc Donalds'dan ne isteyeceğine karar verememek?

0-Yeterli bilgi yok.

1-Bir şey yok.

2-Belirsiz:Belirsiz yada şüpheli klinik belirti yada bazen kararsız.

3-İlmi:Kesinlikle dikkat süresi sınırlı ancak sorunlar esas olarak okul başarısının düşmesi ve/veya sıklıkla karasızlıktan başka değil.

4-Orta:Okul notları etkilenmiş,unutkan pekçok günde karasız.

5-Şiddetli:Okul çalışması ve diğer pekçok aktivite etkilenmiş istese bile konsantre olamaz.Çok unutkan basit kararları veremez.

6-Aşırı:Basit şeyleri bile yapamaz mesela T.V. seyretmek yada konuşmaya odaklanmak.Herhangi bir karar veremez.

Yaşamı boyunca: Evet\_\_\_\_\_ Hayır\_\_\_\_\_

Yalnızca takip edilen değerlendirmeler, eğer değerlendirilen periyoddan

önce başlangıç varsa göster: Evet \_\_\_\_\_ Hayır \_\_\_\_\_  
Başlangıç: Yaş \_\_\_\_\_ Yıllar \_\_\_\_\_ Aylar \_\_\_\_\_ Başlangıç: Yaş \_\_\_\_\_ Yıllar \_\_\_\_\_ Aylar \_\_\_\_\_

Tarih \_\_\_\_\_ Ay \_\_\_\_\_ Yıl \_\_\_\_\_ Tarih \_\_\_\_\_ Ay \_\_\_\_\_ Yıl \_\_\_\_\_

ileri dönem: Yaş \_\_\_\_\_ Yıllar \_\_\_\_\_ Aylar \_\_\_\_\_ ileri dönem: Yaş \_\_\_\_\_ Yıllar \_\_\_\_\_ Aylar \_\_\_\_\_

Tarih \_\_\_\_\_ Ay \_\_\_\_\_ Yıl \_\_\_\_\_ Tarih \_\_\_\_\_ Ay \_\_\_\_\_ Yıl \_\_\_\_\_

Süre: Haftalar \_\_\_\_\_ Süre: Haftalar \_\_\_\_\_ hafta  
Her hafta için günler (> veya = 4 saat/gün)  
için günler (> veya =4saat/gün)

İki epizoddan daha fazla epizod varsa ek sayfaları kullanınız

### PSİKOMOTOR AJİTASYON

Sürekli oturma güçlüğü, adım adım yürüme, yerinde duramama, tekrarlayan dudak ve parmak hareketleri, ellerini oğuşturma, giysilerini çekiştirme ve sürekli yürümeyi içerir. Değerlendirme olgu depresse hissederken, manik sendromla birlikte değil iken olumlu sayılacak, ve bazı üzüntülerin tartışıldığı tek periyodlarla sınırlandırılmayacak. Gerginlik huzursuzluk gibi yalnız olarak ajitasyon isimlendirilen duyguları içermeyecek. Değerlendirmeleriniz görüşme içinde sizinde gözlemlerinizi içerecek.

-Böyle üzgün olduğunda sürekli oturmadığın yada hareket etmektan kendini alamayıp, durmadığın zamanlar oluyor mu?

-Bir yukarı bir aşağı yürüdüğün oluyor mu?

-Ellerini oğuşturduğun oluyor mu? (Göstererek)

-Giysilerini, saçını, tenini yada başka şeyleri çekiştirdiğin veya sürttüğün olur mu?

-İnsanların sana çok konuşma dedikleri olur mu?

-Kendini üzgün hissetmeye başlamadan önce bunları yaptın mı?

-Bütün bunları yaptığında, kendini üzgün yada ulu büyük hissettiğin olur mu?

-Biri senin kahvaltı yaparken ve birisi (mesela annen) ile konuşurken, depresse olmadan önce filmini çekse ve depresyonda iken tekrarlarsa burada bir fark görebilirmiyim?

-O ne olabilir?

-Ne görebilirim?

-Ne duyabilirim?

**Soruşturma (Ebeveyn):** Depresyondan önce iken mi yoksa depresyonda iken mi uzun sürer?

-Azıcık uzun mu?

-Çok uzun mu?

-Eğer bir videoteyp yada ses kaydını çocuğunuz evde depresyonda ve depresyonda değil iken dinlesem fark bulabilirmiyim? Fark doğru ise ne görür yada duyarım?

Bunun sadece konuşma hareketler yada yüzdeki dışa vurumdan kaynaklanmadığına emin olun. Sadece hız ve tempodan kaynaklanır.

- 0- Bilgi yok.
- 1- Birşey yok; retarde yada manik sendromla birlikte.
- 2- Belirsiz; şüpheli belirtilerde artış.
- 3- İlimli; bir sandalyede sessiz oturamama, yerinde duramama yada çekiştirme yada sürünme.
- 4- Orta; sıklıkla öfke nöbetleri, okulda sınıfta oturma güçlüğü, daima yıkıcı.
- 5- Belirgin; adım adım yürüme, ellerini oğuşturma, çok sık öfke nöbetleri, okulda ve evde artmış aktivite.
- 6- Aşırı; hemen hemen aralıksız hareket etme yada yürüme yada hiç durmadan konuşma, tüm bunlarda hiperaktivite.

Yaşamı boyunca: Evet \_\_\_\_\_ Hayır \_\_\_\_\_

Yalnızca takip edilen değerlendirmeler, eğer değerlendirilen periyoddan

önce başlangıç varsa göster: Evet \_\_\_\_\_ Hayır \_\_\_\_\_

Başlangıç: Yaş \_\_\_\_\_ Yıllar \_\_\_\_\_ Aylar \_\_\_\_\_ Başlangıç: Yaş \_\_\_\_\_ Yıllar \_\_\_\_\_ Aylar \_\_\_\_\_

Tarih \_\_\_\_\_ Ay \_\_\_\_\_ Yıl \_\_\_\_\_ Tarih \_\_\_\_\_ Ay \_\_\_\_\_ Yıl \_\_\_\_\_

ileri dönem: Yaş \_\_\_\_\_ Yıllar \_\_\_\_\_ Aylar \_\_\_\_\_ ileri dönem: Yaş \_\_\_\_\_ Yıllar \_\_\_\_\_ Aylar \_\_\_\_\_

Tarih \_\_\_\_\_ Ay \_\_\_\_\_ Yıl \_\_\_\_\_

Tarih \_\_\_\_\_ Ay \_\_\_\_\_ Yıl \_\_\_\_\_

Süre: Haftalar \_\_\_\_\_  
Her hafta için günler (> veya = 4 saat/gün)  
için günler (> veya =4saat/gün)

Süre: Haftalar \_\_\_\_\_ hafta

İki epizoddan daha fazla epizod varsa ek sayfaları kullanınız

Bu görünüm değerlendirmenin bütününe ulaşmada size yardımcı olabilecektir.

Görünümler şunları içerir.

Spesifik durum değerlendirmeleri

- 0-Bilgi yok.
- 1-Mevcut değil.
- 2-Şüpheli.
- 3-İlimli.
- 4-Ortadan – şiddetliye.

Oturmada güçlük çekme	0 1 2 3 4
Adım adım yürüme	0 1 2 3 4
Ellerini oğuşturma	0 1 2 3 4
Saç giysi yada deriyi çekiştirme	0 1 2 3 4
Konuşmayı durduramama konuşma Üzerine konuşma	0 1 2 3 4

#### PSİKOMOTOR RETARDASYON

Görülebilir genelleşmiş fiziksel hareketlerde, tepkilerde ve konuşmada yavaşlama.Uzun konuşma sessizliklerini içerir.Yavaşlamanın gerçekten olduğunu ve tek bir öznel his olmadığını kesinleştirin.Değerlendirmenizi yaparken görüşme esnasında kendi görüşlerinizi de hesaba katın.

-Böyle üzgün olduğunda daha önceki kadar hızlı hareket edemediğin dikkatini çekti mi?

-Konuşmaya başlaman zormu geliyor?

-Konuşman yavaşladı mı?

-Öncesinden daha az mı konuşuyorsun?

-Yavaş hareketlerle hareket ediyorsun gibi hissediyormusun?

-Bu diğer insanların dikkatini çekiyormu?

-Biri senin kahvaltı yaparken ve birisi(mesela annen) ile konuşurken,depresyondan önce filmini çekse depresyonda tekrarlasa bunda bir fark görebilirmiyim?

-Ne olabilir?

-Ne görebilirim?

-Ne işitebilirim?

**Soruşturma(ebeveyn):**Depresyondan önce iken mi yoksa depresyondamı uzun sürer?

-Azıcık uzunmu?

-Çok uzunmu?

Eğer bir video teyp yada ses kaydını çocuğunuz evde depresyonda ve depresyonda değil iken dinlesem fark görebilirmiyim?Fark doğruysa ne duyar yada görürüm?

Bunun konuşma, hareketler yada yüzdeki dışavurumdan kaynaklanmadığından emin olun.Sadece hız ve tempodan kaynaklanır.

0-Bilgi yok.

1-Bir şey yok.

2-Belirsiz ve şüpheli klinik.

3-İlimli;konuşma dikkati çeker derecede gerilemiş fakat gergin ve/veya yavaş vücut hareketi yok.

4-Orta;konuşmayı sürdürmesi güç ve/veya hareketler çok yavaş.

5-Belirgin;konuşmayı sürdürmesi çok güç ve/veya hareket etmek tamamen zor.

6-Aşırı;Konuşma hemen hemen mümkün değil, zamanın çoğunda sessiz ve hareketsiz.(Depressif stupor)

Yaşamı boyunca: Evet \_\_\_\_\_ Hayır \_\_\_\_\_

Yalnızca takip edilen değerlendirmeler, eğer değerlendirilen periyoddan

önce başlangıç varsa göster: Evet \_\_\_\_\_ Hayır \_\_\_\_\_  
Başlangıç: Yaş \_\_\_\_\_ Başılangıç: Yaş \_\_\_\_\_  
Yıllar Aylar Yıllar Aylar

Tarih \_\_\_\_\_ Tarih \_\_\_\_\_  
Ay Yıl Ay Yıl

ileri dönem: Yaş \_\_\_\_\_ ileri dönem: Yaş \_\_\_\_\_  
Yıllar Aylar Yıllar Aylar

Tarih \_\_\_\_\_ Tarih \_\_\_\_\_  
Ay Yıl Ay Yıl

Süre: Haftalar \_\_\_\_\_ Süre: Haftalar \_\_\_\_\_  
Her hafta için günler (> veya = 4 saat/gün) Her hafta için günler (> veya = 4 saat/gün)  
İkipezoddan daha fazla epizod varsa ek sayfaları kullanınız

Bu görünüm değerlendirmenin bütününe ulaşmada size yardımcı olabilecektir.

Görünüm değerlendirmeleri şunları içerir.

Spesifik durum değerlendirmeleri

- 0-Bilgi yok.
- 1-Mevcut değil.
- 2-Şüpheli.
- 3-İlimli.
- 4-Ortadan – şiddetliye.

Yavaş konuşma	0 1 2 3 4
Cevap öncesi artmış sessizlik	0 1 2 3 4
Düşük ve monoton konuşma	0 1 2 3 4
Tamamen sessiz yada belirlenmiş düşük konuşma	0 1 2 3 4
Yavaş beden hareketleri	0 1 2 3 4
Depressif stupor	0 1 2 3 4

### SOSYAL İÇE ÇEKİLME

Aile üyeleri, arkadaşlar veya diğer sosyal durumlarda girişkenliğin derecesi ve ilişkinin sıklığı genellikle hastalığın başlangıcından öncesi ile karşılaştırılır.(veya epizod 1-2 yıldan uzun sürdüyse akrabalarının sosyal girişkenliği) Anahtar maddeler çocuğun başkaları ile birlikte olma ve ilişki kurma derecesinden meydana gelir. Sosyal izolasyondan ayırtmaştırın. İçer çekilmiş çocuk içer çekilmesi ile mutsuzdur ve içer çekilme tüm bozukluğun süresi ile sınırlıdır.

- Böyle üzgün olaliberi yalnız başına oynamayı diğer çocuklarla oynamaya tercih ediyormusun?
- Arkadaşlarıyla olmayı seviyormusun yoksa yalnız olmayı tercih ediyorsun?
- Böyle hissetmeye başlamadan önce bu farkı mıydı?
- Ne tür şeyleri kendi kendine yapmaktan hoşlanırsın?
- Arkadaşların senden çok arkadaşına sahipler mi?
- Böyle üzgün olmandan dolayı arkadaş kaybettin mi?
- Kim?-Neden?-Ne oldu?
- Şimdi en iyi arkadaşın kim?
- Onu en son ne zaman gördün?
- Sen böyle üzgün hissetmeden önce birlikte iken ne yapardın?
- Örneğin erkek izciler gibi herhangi bir klübe üyemisin?
- Onların aktivitelerine eskisi kadar gidebiliyormusun?
- Nasıl geliyor?
- Onları görmekten kaçınıyormusun? Neden?
- Arkadaşlarını aramayı kestin mi?
- Arkadaşın sana gelse onunla oynarmısın yada hemen gitmesini söylersin?

- 0- Bilgi yok.
- 1- Birşey yok. İlişki oranından yada alışılmışın dışından değişiklik yok.
- 2- Az ilişki yada belirsiz kaçınanlık fakat şüpheli klinik belirti.
- 3- İlimli; genelde katılırken bazen azalmış girişkenlik yada bazen sosyal ilişkiden çekinme.



- 4- Orta;genellikle katılımcı çocukta kesinlikle toplumda iken azalmış girişkenlik yada sıklıkla sosyal ilişkiden kaçınma arkadaşlarını kaybetme.  
 5- Şiddetli;genellikle katıldığı pekçok sosyal durumdan tarzının dışında kaçınması.  
 6- Aşırı;genellikle katılımcı iken belirgin olarak tüm sosyal ilişkiden çekilme.

Yaşamı boyunca: Evet \_\_\_\_\_ Hayır \_\_\_\_\_  
 Yalnızca takip edilen değerlendirmeler, eğer değerlendirilen periyoddan önce başlangıç varsa göster:Evet \_\_\_\_\_ Hayır \_\_\_\_\_  
 Başlangıç: Yaş \_\_\_\_\_ Yıllar \_\_\_\_\_ Aylar \_\_\_\_\_ Başlangıç: Yaş \_\_\_\_\_ Yıllar \_\_\_\_\_ Aylar \_\_\_\_\_  
 Tarih \_\_\_\_\_ Ay \_\_\_\_\_ Yıl \_\_\_\_\_ Tarih \_\_\_\_\_ Ay \_\_\_\_\_ Yıl \_\_\_\_\_  
 İleri dönem: Yaş \_\_\_\_\_ Yıllar \_\_\_\_\_ Aylar \_\_\_\_\_ İleri dönem: Yaş \_\_\_\_\_ Yıllar \_\_\_\_\_ Aylar \_\_\_\_\_  
 Tarih \_\_\_\_\_ Ay \_\_\_\_\_ Yıl \_\_\_\_\_ Tarih \_\_\_\_\_ Ay \_\_\_\_\_ Yıl \_\_\_\_\_  
 Süre: \_\_\_\_\_ Haftalar \_\_\_\_\_ Süre: \_\_\_\_\_ Haftalar \_\_\_\_\_  
 Her hafta için günler (> veya = 4 saat/gün)hafta için günler (> veya =4saat/gün)  
İki epizoddan daha fazla epizod varsa ek sayfaları kullanınız

### SOSYAL İZOLASYON

Sürekli yalnız kalmayı tercih etmenin bir sonucu olarak yaşam boyu arkadaş ve insan ilişkisi eksikliğinden temel alır.Sosyal içe çekilmeden ayırmlaştırın,içe çekilme çocuğun yaşamı boyunca olabilir ama tercihlerinin bir sonucu değildir ve çocuk bu konuda kötü hisseder.

- Hiç çok yakın arkadaşın oldumu?-Ne zaman?  
 -Hiç arkadaşlarıyla olmaktan hoşlandın mı?-Yada hep kendinle olmayımı tercih ettin?  
 -Hiç annen yada başka biri sana arkadaş bulmak için uğraştılar mı?-Ne yaptılar?

Eğer yalnızlık hep tercihle sağlanmışsa sor.

- Üzgün olmadığın zamanlarda da hiç böyle hissettin mi?  
 (Depresse,üzgün v.s.)

- |   |                 |
|---|-----------------|
| 0-  | Bilgi yok.      |
| 1-  | Mevcut değil.   |
| 2-  | Belirsiz;sosyal |
| değil ancak akranları ile aktiviteden hoşlanıyor ve bazen onlara katılıyor.                   |                 |
| 3-  | İlimli;yalnız   |
| olmayı tercih ediyor fakat cesaretlendirilirse bazı sosyal aktivitelere girebilir.            |                 |
| 4-  | Orta;sosyal     |
| temasa ilgisiz,onu cesaretlendirmek çok zor.  |                 |
| 5-  | Şiddetli;o      |
| daima tercihi ile bir yalnızdır.Akranları ile birlikteliği cesaretlendirilemez.               |                 |
| 6-  | Aşırı;tamamen   |
| asosyal, yalnızlıktan gerçekten hoşlanıyor ve aktif olarak akranları ile ilişkiden kaçınıyor. |                 |

Yaşamı boyunca: Evet \_\_\_\_\_ Hayır \_\_\_\_\_  
 Yalnızca takip edilen değerlendirmeler, eğer değerlendirilen periyoddan önce başlangıç varsa göster:Evet \_\_\_\_\_ Hayır \_\_\_\_\_  
 Başlangıç: Yaş \_\_\_\_\_ Yıllar \_\_\_\_\_ Aylar \_\_\_\_\_ Başlangıç: Yaş \_\_\_\_\_ Yıllar \_\_\_\_\_ Aylar \_\_\_\_\_  
 Tarih \_\_\_\_\_ Ay \_\_\_\_\_ Yıl \_\_\_\_\_ Tarih \_\_\_\_\_ Ay \_\_\_\_\_ Yıl \_\_\_\_\_  
 İleri dönem: Yaş \_\_\_\_\_ Yıllar \_\_\_\_\_ Aylar \_\_\_\_\_ İleri dönem: Yaş \_\_\_\_\_ Yıllar \_\_\_\_\_ Aylar \_\_\_\_\_  
 Tarih \_\_\_\_\_ Ay \_\_\_\_\_ Yıl \_\_\_\_\_ Tarih \_\_\_\_\_ Ay \_\_\_\_\_ Yıl \_\_\_\_\_  
 Süre: \_\_\_\_\_ Haftalar \_\_\_\_\_ Süre: \_\_\_\_\_ Haftalar \_\_\_\_\_

Her hafta için günler (> veya = 4 saat/gün)hafta için günler (> veya =4saat/gün)  
İki epizoddan daha fazla epizod varsa ek sayfaları kullanınız

## INSOMNIA

Uyku bozukluğu, başlangıç orta ve sonda zor uykuya dalma ve uykuda kalmayı içerir."Uykuya ihtiyacı olmadığını düşünüyorsa değerlendirmeye almayın" Uyunan saatlerin sayısını ve uyku kaybının öznel anlamını değerlendirmeye alın.Normal olarak 6-8.yaş çocuğu 10+1 saat,8.- 12.yaş çocuğu 9+1 saat, 12.- 16.yaş çocuğu 8+1 saat uyur.

- Uyumakta güçlüğün varmı?-Ne çeşit bir güçlük?
- Ne kadar zamandır seni uykuya dalmaktan alıkoyuyor?
- Hiç gece yarısı uyanıyormusun?-Kaç kere?
- Herhangi bir sebep varmı?(Çiçe kalkma ,kabus)
- Sabahları kaçta kalkıyorsun?
- Bu genelden erkenmi yoksa geçmi?
- Istediğın içinmi yoksa zorunda olduğun içinmi kalkıyorsun?
- Yada annen seni kaldırıyormu?
- İmkanın olsa daha çok uyuman gerekir diye düşünüyormusun?
- Ne kadar zamandır uyumada zorlanıyorsun?
- Bu sorun her gecemi?Hemen hemen her gecemi?Bazenmi?Sadece şimdi ve sonramı?
- Kalktığında dinlenmiş hissediyormusun?
- Kalktıktan sonra 3 saat boyunca dinlenmemiş hissediyormusun?
- Gün içinde uyuyup gece yarısı uyanık olup uyuyamadığın bir zaman oldumu?
- Uykuya dalamadığıında veya gece boyunca kalktığında ne gibi şeyler yapıyorsun?
- T.V. seyretmek? Kitap okumak? Yada daha aktif şeylermi?
- (Örneğin;mobilyaları tekrar düzenleme?Evi temizleme?Egzersiz?)
- Kalktığında pekçok düşünce zihnini meşgul ediyormu?
- Ne tür düşünceler? Endişe ediyormusun?
- Ne tip şeyler hakkında?
- Ne kadar zamandır uykudan kalkıyorsun?
- Gece boyunca nasıl sıklıkla oluyor?Haftada ne kadar sıklıkla?

- |  |                  |
|--|------------------|
| 0-   | Bilgi yok.       |
| 1-   | Bir şey yok      |
| yada uykuya ihtiyacı olduğunu düşünmüyor.  |                  |
| 2-   | Belirsiz; seyrek |
| güçlük var.  |                  |
| 3-   | İlimli;sıklıkla  |
| (enazından haftada iki kez) bazı belirgin güçlükleri var.Uykuya dalma en azından 1 saat yatma saati 1 saat gecikiyor.Orta yada son insomnia yok.                     | saat alıyor yada |
| 4-   | Orta;genellikle  |
| belirgin güçlük (hem en azından 2 saat başlangıç insomniası hemde idrar yapmaya bağlı olmayan yarım saati bulan orta yada son insomniası var.Dinlenmemiş uyku hissi. |                  |
| 5-   | Şiddetli;hemen   |
| daima büyük güçlük, hem en az 3 saat başlangıç insomniası hemde 1 saat süren herhangi orta yada son insomnia.Belirgin sirkadien değişim.                             |                  |
| 6-   | Aşırı;çocuk asla |
| uyuyamadığını ve gelecek gün kendini tükenmiş hissettiğini iddia eder.   |                  |
| Yada sirkadien ritm ters dönmüştür.  |                  |

Yaşamı boyunca: Evet\_\_\_\_\_ Hayır\_\_\_\_\_

Yalnızca takip edilen değerlendirmeler, eğer değerlendirilen periyoddan önce başlangıç varsa göster:Evet\_\_\_\_\_ Hayır\_\_\_\_\_

Başlangıç: Yaş\_\_\_\_\_ Başlangıç: Yaş\_\_\_\_\_

Yıllar Aylar

Yıllar Aylar

Tarih\_\_\_\_\_

Ay Yıl

Tarih\_\_\_\_\_

Ay Yıl

İleri dönem: Yaş\_\_\_\_\_

Yıllar Aylar

İleri dönem: Yaş\_\_\_\_\_

Yıllar Aylar

Tarih\_\_\_\_\_

Ay Yıl

Tarih\_\_\_\_\_

Ay Yıl

Süre: Haftalar\_\_\_\_\_

Süre: Haftalar\_\_\_\_\_

Her hafta için günler (> veya = 4 saat/gün)hafta için günler (> veya =4saat/gün)  
İki epizoddan daha fazla epizod varsa ek sayfaları kullanınız

Bu görünümüler tüm değerlendirmeye ulaşmada fayda sağlayabilir.

### İNSOMNİA TİPLERİ

### Spesifik uyku değerlendirmesi

- 1-
  - 2-
  - 3-
  - 4-
- fazla.

0- Bilgi yok.  
Mevcut değil.  
Şüpheli.(yada yarım saatden az)  
Kesinlikle var.(30 dk. İle 59 dk. Arası)  
Kesinlikle var ortadan şiddetliye 1s. yada daha

Bu skalayı insomnianın tipinin belirlenmesinde kullan.

**Başlangıç insomniası:uykuya dalma güçlüğü.**

Yaşamı boyunca: Evet \_\_\_\_\_ Hayır \_\_\_\_\_

Yalnızca takip edilen değerlendirmeler, eğer değerlendirilen periyoddan önce başlangıç varsa göster:Evet \_\_\_\_\_ Hayır \_\_\_\_\_

Başlangıç: Yaş \_\_\_\_\_ Yıllar \_\_\_\_\_ Aylar \_\_\_\_\_ Başlangıç: Yaş \_\_\_\_\_ Yıllar \_\_\_\_\_ Aylar \_\_\_\_\_  
Tarih \_\_\_\_\_ Ay \_\_\_\_\_ Yıl \_\_\_\_\_ Tarih \_\_\_\_\_ Ay \_\_\_\_\_ Yıl \_\_\_\_\_

İleri dönem: Yaş \_\_\_\_\_ Yıllar \_\_\_\_\_ Aylar \_\_\_\_\_ İleri dönem: Yaş \_\_\_\_\_ Yıllar \_\_\_\_\_ Aylar \_\_\_\_\_  
Tarih \_\_\_\_\_ Ay \_\_\_\_\_ Yıl \_\_\_\_\_ Tarih \_\_\_\_\_ Ay \_\_\_\_\_ Yıl \_\_\_\_\_  
Süre: Haftalar \_\_\_\_\_ Süre: Haftalar \_\_\_\_\_

Her hafta için günler (> veya = 4 saat/gün)hafta için günler (> veya =4saat/gün)  
İki epizoddan daha fazla epizod varsa ek sayfaları kullanınız

**Orta insomniası:uykuda kalma güçlüğü, öncesinde ve süren uykuda.**

Yaşamı boyunca: Evet \_\_\_\_\_ Hayır \_\_\_\_\_

Yalnızca takip edilen değerlendirmeler, eğer değerlendirilen periyoddan önce başlangıç varsa göster:Evet \_\_\_\_\_ Hayır \_\_\_\_\_

Başlangıç: Yaş \_\_\_\_\_ Yıllar \_\_\_\_\_ Aylar \_\_\_\_\_ Başlangıç: Yaş \_\_\_\_\_ Yıllar \_\_\_\_\_ Aylar \_\_\_\_\_  
Tarih \_\_\_\_\_ Ay \_\_\_\_\_ Yıl \_\_\_\_\_ Tarih \_\_\_\_\_ Ay \_\_\_\_\_ Yıl \_\_\_\_\_

İleri dönem: Yaş \_\_\_\_\_ Yıllar \_\_\_\_\_ Aylar \_\_\_\_\_ İleri dönem: Yaş \_\_\_\_\_ Yıllar \_\_\_\_\_ Aylar \_\_\_\_\_  
Tarih \_\_\_\_\_ Ay \_\_\_\_\_ Yıl \_\_\_\_\_ Tarih \_\_\_\_\_ Ay \_\_\_\_\_ Yıl \_\_\_\_\_  
Süre: Haftalar \_\_\_\_\_ Süre: Haftalar \_\_\_\_\_

Her hafta için günler (> veya = 4 saat/gün)hafta için günler (> veya =4saat/gün)  
İki epizoddan daha fazla epizod varsa ek sayfaları kullanınız

**Terminal insomniası:genelde olağan zaman kadar uykuda kalamama yada 5s.uyku sonrası kalkma.**

Yaşamı boyunca: Evet \_\_\_\_\_ Hayır \_\_\_\_\_

Yalnızca takip edilen değerlendirmeler, eğer değerlendirilen periyoddan önce başlangıç varsa göster:Evet\_\_\_\_\_ Hayır\_\_\_\_\_

Başlangıç: Yaş \_\_\_\_\_ Başlangıç: Yaş \_\_\_\_\_  
Yıllar Aylar Yıllar Aylar

Tarih \_\_\_\_\_ Tarih \_\_\_\_\_  
Ay Yıl Ay Yıl

İleri dönem: Yaş \_\_\_\_\_ İleri dönem: Yaş \_\_\_\_\_  
Yıllar Aylar Yıllar Aylar  
Süre: Haftalar \_\_\_\_\_ Süre: Haftalar \_\_\_\_\_

Her hafta için günler (> veya = 4 saat/gün)hafta için günler (> veya =4saat/gün)  
İki epizoddan daha fazla epizod varsa ek sayfaları kullanınız

**Sirkadien ters dönme:düzenli olarak 4'den önce uykuya dalamama ve öğleden önce kalkmamak,istemli kontrol altında değil.**

Yaşamı boyunca: Evet\_\_\_\_\_ Hayır\_\_\_\_\_

Yalnızca takip edilen değerlendirmeler, eğer değerlendirilen periyoddan önce başlangıç varsa göster:Evet\_\_\_\_\_ Hayır\_\_\_\_\_

Başlangıç: Yaş \_\_\_\_\_ Başlangıç: Yaş \_\_\_\_\_  
Yıllar Aylar Yıllar Aylar

Tarih \_\_\_\_\_ Tarih \_\_\_\_\_  
Ay Yıl Ay Yıl

İleri dönem: Yaş \_\_\_\_\_ İleri dönem: Yaş \_\_\_\_\_  
Yıllar Aylar Yıllar Aylar  
Süre: Haftalar \_\_\_\_\_ Süre: Haftalar \_\_\_\_\_

Her hafta için günler (> veya = 4 saat/gün)hafta için günler (> veya =4saat/gün)  
İki epizoddan daha fazla epizod varsa ek sayfaları kullanınız

**Dinlendirmeyen uyku:kalktıktan sonra dinlenmiş hissettirmeyen uyku.**  
Yaşamı boyunca: Evet\_\_\_\_\_ Hayır\_\_\_\_\_

Yalnızca takip edilen değerlendirmeler, eğer değerlendirilen periyoddan önce başlangıç varsa göster:Evet\_\_\_\_\_ Hayır\_\_\_\_\_

Başlangıç: Yaş \_\_\_\_\_ Başlangıç: Yaş \_\_\_\_\_  
Yıllar Aylar Yıllar Aylar

Tarih \_\_\_\_\_ Tarih \_\_\_\_\_  
Ay Yıl Ay Yıl

İleri dönem: Yaş \_\_\_\_\_ İleri dönem: Yaş \_\_\_\_\_  
Yıllar Aylar Yıllar Aylar  
Süre: Haftalar \_\_\_\_\_ Süre: Haftalar \_\_\_\_\_

Her hafta için günler (> veya = 4 saat/gün)hafta için günler (> veya =4saat/gün)  
İki epizoddan daha fazla epizod varsa ek sayfaları kullanınız

**Gün boyu uykululuk:gün boyu uykulu ve uyuşuk olma.**  
Yaşamı boyunca: Evet\_\_\_\_\_ Hayır\_\_\_\_\_

Yalnızca takip edilen değerlendirmeler, eğer değerlendirilen periyoddan önce başlangıç varsa göster:Evet\_\_\_\_\_ Hayır\_\_\_\_\_

Başlangıç: Yaş \_\_\_\_\_ Başlangıç: Yaş \_\_\_\_\_  
Yıllar Aylar Yıllar Aylar

Tarih \_\_\_\_\_ Tarih \_\_\_\_\_

ileri dönem: Yaş \_\_\_\_\_ İleri dönem: Yaş \_\_\_\_\_  
Ay Yıl Ay Yıl  
Tarih \_\_\_\_\_ Tarih \_\_\_\_\_  
Ay Yıl Ay Yıl  
Yıllar Aylar Yıllar Aylar  
Süre: Haftalar \_\_\_\_\_ Süre: Haftalar \_\_\_\_\_

Her hafta için günler (> veya = 4 saat/gün)hafta için günler (> veya =4saat/gün)  
İki epizoddan daha fazla epizod varsa ek sayfaları kullanınız

## HİPERSOMNİA

Eğer gündüz uykusu ile gece uykusu normal uykuyu karşılıyorsa (tamamlayan şekerleme) değerlendirmeye almayın.Uykuya ihtiyaç duyma, genelde olandan çok uyuma.Insomnia 3-6 olarak değerlendiriliyorsa hipersomniayı sorgulayın.24 saat içinde normalin üzerinde uyuma vardır.

- Genelde uyuduğundan fazlamı uyuyorsun?
- Sabah kalktıktan sonra tekrar uyuduğun oluyormu?
- Uykuya başlaman normalden uzunmu?
- Gün içi yapılan şekerlemelerden ne haber?
- Önceden de şekerleme yaparmıydın?
- Ne zaman şekerleme yapmaya başladın?
- Böyle üzgün hissetmeden önce uyku için ne kadar zaman harcardın?

Ebeveynler çocuğun kalkmadığını söyleyebilirler.Çocuk düzenli olarak 11-12 saat uyur ve gerçekten böyle davranır, her zaman kendi isteği ile kalkar.Böyle ise 3 olarak değerlendirin.

- |   |                   |
|---|-------------------|
| 0-  | Bilgi yok.        |
| 1-  | Bir şey yok       |
| eskiye oranla az uykuya ihtiyacı var.   |                   |
| 2-  | Seyrek olarak     |
| genelden çok uyuyor.  |                   |
| 3-  | Sıklıkla          |
| normalden en az 1 s. fazla ve düzenli uyuyorsa ve ebeveyn ve diğerlerinin otoriteleri ile kaldırılamıyorsa. | kaldırılamıyorsa. |
| 4-  | Sıklıkla          |
| normalden en az 2 s. fazla uyur.  |                   |
| 5-  | Sıklıkla          |
| normalden en az 3 s. fazla uyur.  |                   |
| 6-  | Sıklıkla          |
| normalden en az 4 s.fazla uyur.   |                   |

Yaşamı boyunca: Evet \_\_\_\_\_ Hayır \_\_\_\_\_

Yalnızca takip edilen değerlendirmeler, eğer değerlendirilen periyoddan önce başlangıç varsa göster:Evet \_\_\_\_\_ Hayır \_\_\_\_\_

Başlangıç: Yaş \_\_\_\_\_ Başlangıç: Yaş \_\_\_\_\_  
Yıllar Aylar Yıllar Aylar  
Tarih \_\_\_\_\_ Tarih \_\_\_\_\_  
Ay Yıl Ay Yıl

İleri dönem: Yaş \_\_\_\_\_ İleri dönem: Yaş \_\_\_\_\_  
Yıllar Aylar Yıllar Aylar  
Tarih \_\_\_\_\_ Tarih \_\_\_\_\_  
Ay Yıl Ay Yıl  
Süre: Haftalar \_\_\_\_\_ Süre: Haftalar \_\_\_\_\_

Her hafta için günler (> veya = 4 saat/gün)hafta için günler (> veya =4saat/gün)  
İki epizoddan daha fazla epizod varsa ek sayfaları kullanınız

## ANOREKSİ

Epizod uzun süreli ise iştah önceki hali ve akranları ile karşılaştırılır.Yiyecek alınımının azalmasının diyet yada iştah kaybından dolayı olup olmadığından emin olun.Burada sadece iştah kaybını değerlendirin.

- İştahın nasıl?
- Önceden daha az yada çok yiyiyormusun?
- Tabağında yemek bırakırmısın?
- Ne zaman iştahını kaybetmeye başladın?
- Yemek için zorlamaya ihtiyacın varmı?
- Eskiden ne zamanlar kendini aç hissederdin?
- Hiç diyete girdinmi?
- Ne çeşit bir diyet?

- 0 Bilgi yok.
- 1 Bir şey yok, normal yada artmış.
- 2 Belirsiz azalmış sorgulanabilir klinik belirti.
- 3 İlimli azalmış.
- 4 Orta azalmış.
- 5 Nadiren aç hisseder.
- 6 Asla aç hissetmez.

Yaşamı boyunca: Evet \_\_\_\_\_ Hayır \_\_\_\_\_

Yalnızca takip edilen değerlendirmeler, eğer değerlendirilen periyoddan önce başlangıç varsa göster:Evet \_\_\_\_\_ Hayır \_\_\_\_\_

Başlangıç: Yaş \_\_\_\_\_ Başlangıç: Yaş \_\_\_\_\_  
Yıllar Aylar Yıllar Aylar  
Tarih \_\_\_\_\_ Tarih \_\_\_\_\_  
Ay Yıl Ay Yıl

İleri dönem: Yaş \_\_\_\_\_ İleri dönem: Yaş \_\_\_\_\_  
Yıllar Aylar Yıllar Aylar  
Süre: Haftalar \_\_\_\_\_ Süre: Haftalar \_\_\_\_\_

Her hafta için günler (> veya = 4 saat/gün)hafta için günler (> veya =4saat/gün)  
İki epizoddan daha fazla epizod varsa ek sayfaları kullanınız

## KİLO KAYBI

Mevcut epizodun başlangıcından itibaren önceki kilodan toplam ağırlık kaybı.(yada maksimum 12 ay)Diyet yapmadığından emin olun.Kilo kaybını saptarken eski hastane kartlarına not edilmiş yada pediatristden alınan bilgileri saptamak tercih edilebilir.5-11 y. grubunda çocuklarda 6 aylık periyotta 1,5 kg kayıp kilo kaybı olarak değerlendirilir, percentil olarak kayıpa bakılır.(tablodan)Gruplar 3P↓, 3-10 P,10-25 P, 25-50P, 50-75P, 75-90P,90-97P ve 97P↑ dır.Bu bölümü daha sonra kilosunu alsa yada daha kilolansa da değerlendirin.Mümkün ise değerlendirici kiloları görüşmenin uygun bir yerinde doğrulasın.

- Üzgün hissetmeye başladıktan sonra hiç kilo kaybetti mi?
- Nasıl biliyorsun?
- Giysilerini şimdi daha bol buluyormusun?Belini?
- Ne zaman kiloluydun?
- O zaman ne kadar kiloluydun?
- Şimdi ne haber? (ölçün)

- 0 Bilgi yok
- 1 Kilo kaybı yok (aynı percentil grupta)
- 2 Kilo kaybı yada kilo alma yetersizliği 1,5 kg'nin altında (3.3 ib) yada şüpheli.
- 3 Kilo kaybı yada kilo alma yetersizliği 1,5 kg-3kg.(3.3-6.6 ib.)

- 4 Kilo kaybı yada kilo alma yetersizliği 3 kg-4,5 kg.(6.6-9.9 lb.)
- 5 Kilo kaybı yada kilo alma yetersizliği ideal kilonun %10-24'ü.
- 6 Kilo kaybı ideal kilodan %25 yada daha fazla.

Yaşamı boyunca: Evet\_\_\_\_\_ Hayır\_\_\_\_\_

Yalnızca takip edilen değerlendirmeler, eğer değerlendirilen periyoddan önce başlangıç varsa göster:Evet\_\_\_\_\_ Hayır\_\_\_\_\_

Başlangıç: Yaş \_\_\_\_\_ Başlangıç: Yaş \_\_\_\_\_  
Yıllar Aylar Yıllar Aylar  
Tarih \_\_\_\_\_ Tarih \_\_\_\_\_  
Ay Yıl Ay Yıl

İleri dönem: Yaş \_\_\_\_\_ İleri dönem: Yaş \_\_\_\_\_  
Yıllar Aylar Yıllar Aylar  
Tarih \_\_\_\_\_ Tarih \_\_\_\_\_  
Ay Yıl Ay Yıl

Süre: Haftalar \_\_\_\_\_ Süre: Haftalar \_\_\_\_\_

Her hafta için günler (> veya = 4 saat/gün)hafta için günler (> veya =4saat/gün)  
İki epizoddan daha fazla epizod varsa ek sayfaları kullanınız

### ARTMIŞ İŞTAH

Genel ile karşılaştırılır.Bu item anoreksi olsada ve/veya kilo kaybı 3-6 olarak değerlendirilse bile sorulmalıdır.

- Önceden fazla yiyiyormusun?
- Ne zamandan beri?
- Bu açlığı bütün gün hissediyormusun?
- Bu şekilde her gün hissediyormusun?
- Yemek istediğinden daha azını yiyiyorsun?Neden?
- Özellikle tatlıları yiyiyorsun?
- En çok yediğin ne?

- 0 Bilgi yok.
- 1 Bir şey yok.Normal yada düşük.
- 2 Belirsiz.Sorgulanabilir klinik belirtide artış.
- 3 İlimli artmış.
- 4 Orta artmış.
- 5 Pek çok zaman aç ama kendini tutuyor.
- 6 Pek çok zaman aç ve kontrolsüz yiyiyor.

Yaşamı boyunca: Evet\_\_\_\_\_ Hayır\_\_\_\_\_

Yalnızca takip edilen değerlendirmeler, eğer değerlendirilen periyoddan önce başlangıç varsa göster:Evet\_\_\_\_\_ Hayır\_\_\_\_\_

Başlangıç: Yaş \_\_\_\_\_ Başlangıç: Yaş \_\_\_\_\_  
Yıllar Aylar Yıllar Aylar  
Tarih \_\_\_\_\_ Tarih \_\_\_\_\_  
Ay Yıl Ay Yıl

İleri dönem: Yaş \_\_\_\_\_ İleri dönem: Yaş \_\_\_\_\_  
Yıllar Aylar Yıllar Aylar  
Tarih \_\_\_\_\_ Tarih \_\_\_\_\_  
Ay Yıl Ay Yıl

Süre: Haftalar \_\_\_\_\_ Süre: Haftalar \_\_\_\_\_

Her hafta için günler (> veya = 4 saat/gün)hafta için günler (> veya =4saat/gün)  
İki epizoddan daha fazla epizod varsa ek sayfaları kullanınız

### TATLILARA GÜÇLÜ İSTEK

- 0 Bilgi yok.  
1 Mevcut değil.  
2 Şüpheli.  
3 İlimli.  
4 Ortadan şiddetliye.

Yaşamı boyunca: Evet \_\_\_\_\_ Hayır \_\_\_\_\_  
Yalnızca takip edilen değerlendirmeler, eğer değerlendirilen periyoddan  
önce başlangıç varsa göster:Evet \_\_\_\_\_ Hayır \_\_\_\_\_

Başlangıç: Yaş \_\_\_\_\_ Başlangıç: Yaş \_\_\_\_\_  
Yıllar Aylar Yıllar Aylar

Tarih \_\_\_\_\_ Tarih \_\_\_\_\_  
Ay Yıl Ay Yıl

İleri dönem: Yaş \_\_\_\_\_ İleri dönem: Yaş \_\_\_\_\_

Yıllar Aylar Yıllar Aylar  
Tarih \_\_\_\_\_ Tarih \_\_\_\_\_  
Ay Yıl Ay Yıl

Süre: Haftalar \_\_\_\_\_ Süre: Haftalar \_\_\_\_\_

Her hafta için günler (> veya = 4 saat/gün)hafta için günler (> veya =4saat/gün)  
İki epizoddan daha fazla epizod varsa ek sayfaları kullanınız

### KİLO ALINIMI

Mevcut epizod sırasında öncekine göre kilo alımı.(yada maksimum son oniki ay içinde)  
Önceden kaybettiği kiloları almayı yada normal çocuk persentillerine göre kilo almayı içermez.

- Üzgün hissetmeye başladıktan beri hiç kilo aldın mı?  
-Nasıl biliyorsun?  
-Eski elbiselerin gelmediği için yeni elbiseler aldın mı?  
-Eski kilon kaçtı?  
-Ne zaman bu kiloya sahiptin?

- 0 Bilgi yok.  
1 Kilo alınımı yok. (aynı persentilde)  
2 Kilo alınımı 1,5 kg altında yada şüpheli.(3.3 ib.)  
3 Kilo alınımı çocuğun persentillerinde 1,5-3 kg arası (3.3-6.6 ib.)  
4 Kilo alınımı çocuğun persentillerinde 3,1-4,5 kg arası (6.7-9.9 ib.)  
5 Kilo alınımı çocuğun persentillerinde 4,6-6 kg arası (10-13.2 ib.)  
6 Kilo alınımı çocuğun persentillerinde 6 kg üzeri (13.2 ib.)

Yaşamı boyunca: Evet \_\_\_\_\_ Hayır \_\_\_\_\_  
Yalnızca takip edilen değerlendirmeler, eğer değerlendirilen periyoddan  
önce başlangıç varsa göster:Evet \_\_\_\_\_ Hayır \_\_\_\_\_

Başlangıç: Yaş \_\_\_\_\_ Başlangıç: Yaş \_\_\_\_\_  
Yıllar Aylar Yıllar Aylar

Tarih \_\_\_\_\_ Tarih \_\_\_\_\_  
Ay Yıl Ay Yıl

İleri dönem: Yaş \_\_\_\_\_ İleri dönem: Yaş \_\_\_\_\_

Yıllar Aylar Yıllar Aylar  
Tarih \_\_\_\_\_ Tarih \_\_\_\_\_  
Ay Yıl Ay Yıl

Süre: Haftalar \_\_\_\_\_ Süre: Haftalar \_\_\_\_\_

Her hafta için günler (> veya = 4 saat/gün)hafta için günler (> veya =4saat/gün)



İki epizoddan daha fazla epizod varsa ek sayfaları kullanınız

## REDEDİLME KORKUSU

Rededilmeye karşı aşırı tepkisellik ve işlevselliğin etkilenmesi.

NOT:Peryod esnasında rededilme korkusunu araştırırken olgu depresyonda olmamalı,özellikle depressif epizod esnasında olmamalı.

*Hiç kimse rededilmekten hoşlanmaz.Bu gerçekleştiğinde herkes kötü hisseder.Ben özellikle senin senin yaşındakilerle karşılaştırıldığında rededilmeye duyarlı olup olmadığını bilmek istiyorum.Ne oluyor nasıl tepki veriyorsun?*

*Örneğin, pek çok insandan daha kolay rededilmiş yada incitilmiş hissettiğini düşünürmüsün?Yada böyle bir durumda perişan, boş hissedecek kadar aşırı bir tepki verimisin?Bir arkadaşın seni çağırmayı unuttu? Yada herhangi bir tarihte seni istemedi?Aşırı üzgün olumusun yada önemli veya uzun süreli olmayan bir arkadaşından ayrılсан üzülmüsün?Kendini toparlayabilmişsin yada uzun süre perişanmı olursun?*

*Hep dikkatli olmadığımı düşünürsün?*

*-Hayal kırıklıkları ve sosyal üzüntülerden hayatın nasıl etkileniyor?*

*-Okuldan kaçınıyormusun?-İçiyormusun yada ilaç alıyormusun?*

*-Hayal kırıklıklarını yok mu ediyorsun?Ev ödevleri veya arkadaşlara gitmek önemsizmi?Yatakda çok üzgün ağlamaklımısın?Kendini üzgün hissettikten bu yana ne kadar zamandır bu böyle?Bu çok tekrarladımı?Ne oldu?Bunları bana anlatırmısın?*

0 Bilgi yok.

1 Yok.

2 Şüpheli.

3 İlimli:rededilme tecrübesi sonrası bir disforik duygudurumu fakat işlevselliği bozmuyor.

4 Orta:rededilme tecrübesi sonrası hemen her zaman depresse ve işlevsellik etkileniyor.(Örneğin okuldan kaçma arkadaşları göreme

5 ŞiddetliRededilme sonrası aşırı depresse "dayanamam"İşlevsellik mümkün değil.Suisidal girişim olabilir.

Yaşamı boyunca: Evet \_\_\_\_\_ Hayır \_\_\_\_\_  
Yalnızca takip edilen değerlendirmeler, eğer değerlendirilen periyoddan önce başlangıç varsa göster:Evet \_\_\_\_\_ Hayır \_\_\_\_\_

Başlangıç: Yaş \_\_\_\_\_ Başlangıç: Yaş \_\_\_\_\_  
Yıllar Aylar Yıllar Aylar

Tarih \_\_\_\_\_ Tarih \_\_\_\_\_  
Ay Yıl Ay Yıl

İleri dönem: Yaş \_\_\_\_\_ İleri dönem: Yaş \_\_\_\_\_  
Yıllar Aylar Yıllar Aylar

Tarih \_\_\_\_\_ Tarih \_\_\_\_\_  
Ay Yıl Ay Yıl

Süre: Haftalar \_\_\_\_\_ Süre: Haftalar \_\_\_\_\_

Her hafta için günler (> veya = 4 saat/gün)hafta için günler (> veya =4saat/gün)  
İki epizoddan daha fazla epizod varsa ek sayfaları kullanınız

## İNTİHAR DÜŞÜNCESİ

Ölüm ve intihar ile ilgili zihinsel uğraşlar ve kendini öldürmesini söyleyen yada yöntemini gösteren bir ses olarak işitsel referans hallüsinasyonları içerir.Yalnızca ölüm korkusunu içermez.

*-Bazen üzgün yada kötü hisseden çocuklar ölümü hatta kendilerini öldürmeyi düşünebilir.*

*-Senin de böyle düşüncelerin oldumu?*

*-Onu nasıl yapardın?*

*-Planın varmı?*

*-Herhangi bir kimse ile konuştunmu?(İntihar düşünceleri hakkında)*

*-Ne zaman intihar hakkında düşünmeye başladın?*

*-Gerçekten kendi kendini öldürmeye kalkıştınmı?*

*-Ne zaman?Ne yaptın?Başka neler?*

*-Gerçekten ölmek istedinmi?*

*-Gerçekten onun yakınına ne kadar geldin?*

- 0 Bilgi yok.
- 1 Bir şey yok.
- 2 Belirsiz:Ölümü düşünür.(İntihar düşüncesi olmaksızın) " Ölürsem daha iyi olurum" yada "keşke ölssem" yada sadece öfke çerçevesinde.
- 3 İlimli:Seyrek olarak intiharı düşünür.Fakat özel bir yöntemi yoktur.
- 4 Orta:Sıklıkla intiharı düşünür.Özel bir yöntem düşünmüştür.
- 5 Şiddetli:Sıklıkla intihar planları düşünür yada açıkça suicidal bir davranışı medikal yönden zarar vermeyecek şekilde yapar yada ona kendisini öldürmesini söyleyen bir ses duyar.
- 6 Aşırı:Ciddi bir suisid girişimi için hazırlığı vardır.
- 7 Çok aşırı:Ölüm yada potansiyel tıbbi zarar vermeye yönelik kararlı suisidal girişim.

Yaşamı boyunca: Evet\_\_\_\_\_ Hayır\_\_\_\_\_

Yalnızca takip edilen değerlendirmeler, eğer değerlendirilen periyoddan önce başlangıç varsa göster:Evnet\_\_\_\_\_ Hayır\_\_\_\_\_

Başlangıç: Yaş\_\_\_\_\_ Başlangıç: Yaş\_\_\_\_\_

Yıllar Aylar Yıllar Aylar

Tarih\_\_\_\_\_ Tarih\_\_\_\_\_

Ay Yıl Ay Yıl

İleri dönem: Yaş\_\_\_\_\_ İleri dönem: Yaş\_\_\_\_\_

Yıllar Aylar Yıllar Aylar

Tarih\_\_\_\_\_ Tarih\_\_\_\_\_

Ay Yıl Ay Yıl

Süre: Haftalar\_\_\_\_\_ Süre: Haftalar\_\_\_\_\_

Her hafta için günler (> veya = 4 saat/gün)hafta için günler (> veya =4saat/gün)

İki epizoddan daha fazla epizod varsa ek sayfaları kullanınız

#### SUISİDAL GİRİŞİMLER

TARİH	CİDDİYET	TIBBEN ÖLÜMCÜLLÜK
0	Yok.	(Aşağıdaki skalaları kullanın)
1	-----	1 2 3 4 5 6 1 2 3 4 5 6
2	-----	1 2 3 4 5 6 1 2 3 4 5 6
3	-----	1 2 3 4 5 6 1 2 3 4 5 6
4	-----	1 2 3 4 5 6 1 2 3 4 5 6
5+	-----	1 2 3 4 5 6 1 2 3 4 5 6

#### SUISİDAL GİRİŞİMLER – CİDDİYET

Suisidal girişimin ciddiyetini sorgula.Kurtulma olasılığı, farkedilmeye yönelik önlemler,girişim esnasında yada sonrasında yardım almaya yönelik davranışlar, planlama derecesi ,açıkça girişimin amacı.(Manüplatif mi gerçekmi?)

- Nasıl kendini öldürmek istedin?
- Odada hiç kimse var mıydı?-Apartmanda?
- Daha önceden onlarla konuştunmu?
- Nasıl bulundun?Gerçekten ölmek istedinmi?
- Bunu yaptıktan sonra herhangi bir yardım istedinmi?

- 0 Bilgi yok yada girişim yok.
- 1 Gözlemlenen kararlı değil, sadece manüplatif davranış.
- 2 Emin değil yada minimal kararlı.
- 3 Tanımlıyor fakat çok çelişik.
- 4 Ciddi.
- 5 Çok ciddi.
- 6 Aşırı(tüm beklentisiölüm).

#### SUISİDAL GİRİŞİM-TIBBİ ÖLÜMCÜLLÜK

Oldukça ciddi suisidal girişimi takip eden hayata yada fiziksel duruma gerçek tıbbi tehdit yöntemi Kurtarıldığında bilincin bozul olması, fiziksel hasarın ciddiyetini,alınan maddenin toksitesini, geriye dönüşümünü, tamamen iyileşme için ihtiyaç olan zamanı ve ne kadar medikal tedaviye ihtiyacı olduğunu değerlendirmeye alınır.

(Bu ciddi girişim sonrası) ölmeye ne kadar yakındın?

- 0 Bilgi yok.
- 1 Tehlike yok, etki yok, haplar elinde bulunmuş.
- 2 Minimal örnek bilekte çizik.
- 3 İlimli;örnek 10 aspirin almış,ılımlı gastrit olmuş.
- 4 Orta;örnek 10 seconal almış, kısa süreli bilinç kaybı.
- 5 Şiddetli;örnek boğazını kesmiş, kendini asmış.
- 6 Aşırı;örnek solunumsal arrest, uzamış koma.

## SUSİDAL OLMAYAN KENDİNE FİZİKSEL ZARAR VERİCİ DAVRANIŞLAR

Kendine zarar verici yada kendi kendini öldürme düşüncesi olmaksızın diğer davranışları kapsar.

- Hiç kendi kendini incitmeye çalıştın mı?
- Mum yada kibritle hiç kendi kendini yaktın mı?
- Kendi kendini hiç bir iğne yada bıçakla çizdin mi?
- Hiç tenine kızgın para koydun mu?
- Başka bir şey?
- Niçin onu yaptın?
- Ne kadar sıklıkla?
- Pek çok kazan oldumu?
- Ne çeşit?
- Ne kadar sıklıkla?

- 0 Bilgi yok.
- 1 Mevcut değil.
- 2 Belirsiz;düşüncelerikendini incitmek üzere (ölüm değil) fakat yapmıyor.
- 3 İlimli;Nadir (yılda 1-3 kez)
- 4 Orta;sık (yılda 4-11 kez)
- 5 Şiddetli;çok sık (yılda 12 yada daha çok)
- 6 En azından bir tane kaza olmayan kalıcı esas fonksiyonel hasar bırakan davranışı var.

Yaşamı boyunca: Evet \_\_\_\_\_ Hayır \_\_\_\_\_  
Yalnızca takip edilen değerlendirmeler, eğer değerlendirilen periyoddan önce başlangıç varsa göster:Evet \_\_\_\_\_ Hayır \_\_\_\_\_

Başlangıç: Yaş \_\_\_\_\_ Başlangıç: Yaş \_\_\_\_\_  
Yıllar Aylar Yıllar Aylar  
Tarih \_\_\_\_\_ Tarih \_\_\_\_\_  
Ay Yıl Ay Yıl

İleri dönem: Yaş \_\_\_\_\_ İleri dönem: Yaş \_\_\_\_\_  
Yıllar Aylar Yıllar Aylar  
Tarih \_\_\_\_\_ Tarih \_\_\_\_\_  
Ay Yıl Ay Yıl

Süre: Haftalar \_\_\_\_\_ Süre: Haftalar \_\_\_\_\_

Her hafta için günler (> veya = 4 saat/gün)hafta için günler (> veya =4saat/gün)  
İki epizoddan daha fazla epizod varsa ek sayfaları kullanınız

## BİPOLAR BOZUKLUKLAR

Aşağıdaki maddeler hastalığın şu anki epizodu sırasındaki mani ve hipomani varlığını tespit içindir. Eğer maddelerden birisi mevcutsa "Ne zaman bu durumdaydın, Ne tip şeyler yapıyordun, Zamanını nasıl harcıyordun?" gibi sorularla o sırada nasıl davrandığını tespit etmek amaçlı genel bir şekilde araştırın.

Eğer kişi yalnızca disforik duygulanım tanımlıyorsa, takip eden sorulara manik sendrom göz önünde tutularak "Bir süredir – ---- hissettiğini biliyorum, Ne var ki, pek çok insan da diğer karışık duygulara zaman zaman yada sıklıkla sahip olurlar" gibi bir ifade katılmalıdır.

Eğer manik periodlar varsa açıkça tanımlanmaları son derece önemlidir. Her ne zaman iki ya da daha fazla madde pozitif değerlendirilirse, hepsinin aynı zamanda olduğunu tespit etmek önemlidir. Sıklıkla antisosyal davranış, halüsinasyonlar ve delüsyonlar gibi semptomlar özellikle çocuk manikken diğer herhangi bir zamanın dışındayken görülebilir. Eğer bu böyleyse, aynı zamanda bu tip semptomların değerlendirildiği

bölmelerdeki uygun kutular kontrol edilerek bu sonuç olasılığına karşı, değerlendirme kağıdındaki boşluklara not edilmelidir.

Değerlendirilmesi en zor hastalar manik ve depresyon semptomların aynı anda var olduğu, aynı zamanda birbirinin üstüne girenlerdir (mixt durumlar). Değerlendirici bu bölümde ilerledikçe bu olasılığı aklında tutmaktır.

### NEŞE, ARTMIŞ DUYGULANIM

En az 4 saat süren ve durumlara göre uygunsuz olan yükselmiş duygulanım ve/veya geleceğe yönelik optimistik tutum. Kronik olarak deprese kişilerdeki normal duygulanımdan ayırın. Yılbaşı hediyeleri, doğum günleri, eğlence parkları, çocuğu fazla uyaran ve heyecanlandıran durumlardaki ılımlı neşeyi pozitif değerlendirmeyin.

-Kendini çok iyi, çok neşeli, yüksek moralli, müthiş yada normal halin gibin hissetmediğin oluyor mu?

Eğer belli değilse;

-Ne zaman kendini müthiş (dünyanın zirvesinde) ya da yapamayacağı bir şey yokmuş gibi hissettin?

-Ne zaman bu olabileceğinin en iyisi bir yaşamış gibi hissettin? Hiç her şeyin istediğini gibi gittiğini düşündün mü?

-İnsanlar seni görünce senin yalnızca iyi ruh halinde mi yoksa bundan daha fazla bir şey olduğunu mu düşünüyor?

-Sarhoşmuş gibi oldun mu?

-Çok kahkaha attın mı? Sersemleştin mi?

-Mutlu ötesi hissettin mi?

-Ne zaman oldu? (Örnek var).

0. Bilgi yok.

1. Hiçbir şekilde, normal yada depresif.

2. Hafif iyi ruh hali, onun durumundaki insanlardan daha neşeli, yalnızca muhtemel olarak klinik anlamlı.

3. İlimli; Kesinlikle durumlarına göre orantısız yükselmiş duygulanım ve optimistik görüş.

4. Orta;duygulanım ve görüş (bakış tarzı) durumlara göre orantısız. Diğerleri tarafından fark edilebilir.

5. Şiddetli ;Öforik duygulanımın niteliği durumlara göre orantısız

6. Aşırı, Açıkça neşeli, neredeyse aralıksız artmış duyguları ifade,aşırı açık sözlü (duygularını gizlemeyen).

Yaşamı boyunca: Evet\_\_\_\_\_ Hayır\_\_\_\_\_

Yalnızca takip edilen değerlendirmeler, eğer değerlendirilen periyoddan önce başlangıç varsa göster:Evet\_\_\_\_\_ Hayır\_\_\_\_\_

Başlangıç: Yaş \_\_\_\_\_ Başlangıç: Yaş \_\_\_\_\_  
Aylar Yıllar Aylar Yıllar

Tarih \_\_\_\_\_  
Ay Yıl

Tarih \_\_\_\_\_  
Ay Yıl

İleri dönem: Yaş \_\_\_\_\_ İleri dönem: Yaş \_\_\_\_\_  
Yıllar Aylar Yıllar Aylar

Tarih \_\_\_\_\_  
Ay Yıl

Tarih \_\_\_\_\_  
Ay Yıl

Süre: Haftalar \_\_\_\_\_ Süre: Haftalar \_\_\_\_\_

Her hafta için günler (> veya = 4 saat/gün) Her hafta için günler (> veya = 4 saat/gün)

İki epizoddan daha fazla epizod varsa ek sayfaları kullanınız

### UYKU İÇİN AZALMIŞ İHTİYAÇ

Dinlenmiş hissetmek için normalden daha az uyku ihtiyacı (daha az uyku ihtiyacı duyduğunda ortalama birkaç gün) (insomnia normlarına değinin)

-Dinlenmiş hissetmek için normalden daha az uykuya ihtiyaç duyuyor musun?

-Normalde ne kadar uykuya ihtiyaç duyuyorsun?

-Çok iyi hissederken ne kadar uyuyorsun?

-Uyandığında iyi ve dinlenmiş hissediyor musun?

-Uyuyamadığında yada geceleyin uyandığımda ne tip işler yapıyorsun?

-TV izlemek? Okumak? Yada daha aktif işler? (Ör: Mobilyaları yeniden düzenlemek, evi temizlemek egzersiz).

-Uyanırken zihninden pek çok düşünce geçiyor mu?

-Ne tip düşünceler? Kaygılanıyor musun? Ne tip şeyler hakkında? Ne kadar uyanık kalıyorsun? Gecede ne kadar sıklıkla? Haftada ne kadar sıklıkla?

0. Bilgi yok

1. Değişiklik yok yada daha fazla uyku ihtiyacı

2. Normalden 1 saat aza kadar
3. Normalden 2 saat aza kadar
4. Normalden 3 saat aza kadar
5. Normalden 4 saat aza kadar
6. Normalden 4 yada daha fazla saat aza kadar.

Yaşamı boyunca: Evet\_\_\_\_\_ Hayır\_\_\_\_\_

Yalnızca takip edilen değerlendirmeler, eğer değerlendirilen periyoddan önce başlangıç varsa göster:Evet\_\_\_\_\_ Hayır\_\_\_\_\_

Başlangıç: Yaş \_\_\_\_\_ Başlangıç: Yaş \_\_\_\_\_  
Aylar Yıllar Aylar Yıllar

Tarih \_\_\_\_\_ Tarih \_\_\_\_\_  
Ay Yıl Ay Yıl

İleri dönem: Yaş \_\_\_\_\_ İleri dönem: Yaş \_\_\_\_\_  
Yıllar Aylar Yıllar Aylar

Tarih \_\_\_\_\_ Tarih \_\_\_\_\_  
Ay Yıl Ay Yıl

Süre: Haftalar \_\_\_\_\_ Süre: Haftalar \_\_\_\_\_

Her hafta için günler (> veya = 4 saat/gün) Her hafta için günler (> veya = 4 saat/gün)

İki epizoddan daha fazla epizod varsa ek sayfaları kullanınız

#### ANORMAL ENERJİK OLMA.

Beklenen yorgunluk olmaksızın normal seviyesinden daha aktif.

-Bir şeyler yaparken normalden daha fazla enerjin var mı?

-İnsanlar hiç durmadığını söyledi mi?

-Onlara katıldın mı?

-Çok fazla enerji gibi göründü mü?

-Çok fazla şey yaptın mı?

-Yorgun hissettin mi?

-Bu ne zaman oldu? (Örnek var).

0. Bilgi yok
1. Farklı değil yada daha az enerjik
2. Hafifçe enerjik fakat sorgulanabilir anlamda
3. Aktivite de ufak değişiklik fakat normalden daha az yorgunluk
4. Çok az yorgunluk veya yorgunluk olmaksızın daha aktif
5. Çok az yorgunluk veya yorgunluk olmaksızın çok daha aktif
6. Çok az yorgunluk veya yorgunluk olmaksızın tüm gün boyunca anormal aktif.

Yaşamı boyunca: Evet\_\_\_\_\_ Hayır\_\_\_\_\_

Yalnızca takip edilen değerlendirmeler, eğer değerlendirilen periyoddan önce başlangıç varsa göster:Evet\_\_\_\_\_ Hayır\_\_\_\_\_

Başlangıç: Yaş \_\_\_\_\_ Başlangıç: Yaş \_\_\_\_\_  
Aylar Yıllar Aylar Yıllar

Tarih \_\_\_\_\_ Tarih \_\_\_\_\_  
Ay Yıl Ay Yıl

İleri dönem: Yaş \_\_\_\_\_ İleri dönem: Yaş \_\_\_\_\_  
Yıllar Aylar Yıllar Aylar

Tarih \_\_\_\_\_ Tarih \_\_\_\_\_  
Ay Yıl Ay Yıl

Süre: Haftalar \_\_\_\_\_ Süre: Haftalar \_\_\_\_\_

Her hafta için günler (> veya = 4 saat/gün) Her hafta için günler (> veya = 4 saat/gün)

İki epizoddan daha fazla epizod varsa ek sayfaları kullanınız

### AMACA YÖNELİK AKTİVİTEDE ARTIŞ

Normal düzeyle karşılaştırıldığında okulda ilgili, sosyal, seksüel, yada boş zamanları ilgilendiren veya iş, aile, arkadaşlar, yeni projeler, ilgiler veya aktivitelerle (ör: telefon görüşmeleri, mektup yazışmaları) birleşmiş aktivite seviyesindeki değişikliği göz önüne alın.

-Normalde olduğundan daha aktif yada bazı şeylerin içinde daha çok bulunduğun zamanlar oldu mu?

-Okulun, kulübün, izci kulübünün, dini faaliyetlerin, evin, arkadaşların, hobilerin

-Yeni proje ve ilgilerinden ne haber?

-Çok şey yaptın mı?

-Günün ne kadarını bunlara harcadın?

-Sürdüremediğin pek çok şeyi yapmaya çalıştın mı?

-Bu ne zaman oldu? (Örnek ver).

0. Bilgi yok
  1. Değişiklik yok veya azalma.
  2. Hafifçe fazla ilgi ve aktivite fakat sorgulanabilir anlamda.
  3. İlimli fakat birçok alanda belirgin genel aktivite seviyesinde artış
  4. Birkaç alanda aktivite seviyesinde ortalama genel artış
  5. Bir çok alanda sayısız aktivite içinde neredeyse kesintisiz dikkat çekici artış.
  6. Aşırı; ör: pek çok aktivitede uyandığından, uyumasına kadar kesintisiz aktif.
- Yaşamı boyunca: Evet \_\_\_\_\_ Hayır \_\_\_\_\_

Yalnızca takip edilen değerlendirmeler, eğer değerlendirilen periyoddan önce başlangıç varsa göster: Evet \_\_\_\_\_ Hayır \_\_\_\_\_

Başlangıç: Yaş _____			Başlangıç: Yaş _____		
Aylar _____		Yıllar _____	Aylar _____		Yıllar _____
Tarih _____			Tarih _____		
Ay _____		Yıl _____	Ay _____		Yıl _____
İleri dönem: Yaş _____			İleri dönem: Yaş _____		
Yıllar _____		Aylar _____	Yıllar _____		Aylar _____
Tarih _____			Tarih _____		
Ay _____		Yıl _____	Ay _____		Yıl _____
Süre: Haftalar _____			Süre: Haftalar _____		

Her hafta için günler (> veya = 4 saat/gün) Her hafta için günler (> veya = 4 saat/gün)

İki epizoddan daha fazla epizod varsa ek sayfaları kullanınız

### GRANDİÖZİTE

Normal seviyesiyle karşılaştırıldığında artmış kendine saygı ve değeri, gücü veya bilgisi (grandiöz delüsyonlara kadar) konusunda artmış değerlendirme. Kişi rahatsızlığın kendi özel niteliklerine (ör: güç, bilgi) bağlı olduğunu hissetmedikçe, rahatsızlık veren delüsyonlar grandiozitenin kanıtı olarak değerlendirilmemelidir.

-Her zamankinden daha kendine güvenli hissettin mi?

-Kendini diğerlerinden daha iyi (daha güçlü, daha zeki) hissettin mi? Neden?

-Kendini özellikle önemli bir kişi ya da özel yetenekleri ve yetkileri olan biri olarak hissettin mi?

-Özel planlardan ne haber ?

-Bu ne zaman oldu? (örnek ver).

0. Bilgi yok
1. Hiçbir şekilde ya da düşük kendine saygı
2. Hafif kendisine bir parça daha fazla güvenli fakat klinik olarak şüpheli anlamlı
3. İlimli; kesinlikle en azından iki yeteneğini, yetisini, beklentisini yada planını aşırı değerlendirir ya da abartır.
4. Orta; Birkaç işleyen alanı ilgilendiren orantısız şişirilmiş kendine saygı.
5. Şiddetli; kendisi ve yeteneklerinin dikkat çekici global aşırı değerlendirilmesi fakat gerçek delüsyon için yeterli değil
6. Aşırı; açık grandiyöz delüsyon

Yaşamı boyunca: Evet \_\_\_\_\_ Hayır \_\_\_\_\_

Yalnızca takip edilen değerlendirmeler, eğer değerlendirilen periyoddan önce başlangıç varsa göster:Evet \_\_\_\_\_ Hayır \_\_\_\_\_

Başlangıç: Yaş	Başlangıç: Yaş
Aylar	Aylar
Yıllar	Yıllar
Tarih _____	Tarih _____
Ay	Ay
Yıl	Yıl
İleri dönem: Yaş	İleri dönem: Yaş
Yıllar	Yıllar
Aylar	Aylar
Tarih _____	Tarih _____
Ay	Ay
Yıl	Yıl
Süre: Haftalar _____	Süre: Haftalar _____

Her hafta için günler (> veya = 4 saat/gün) Her hafta için günler (> veya = 4 saat/gün)

İki epizoddan daha fazla epizod varsa ek sayfaları kullanınız

#### ARTMIŞ,HIZLI KONUŞMA.

"-----" olduğundan çok hızlı ve sürekli konuştuğun duramadığın zamanlar oldu mu?

İnsanlar çok konuştuğunu söyledi mi?

İnsanlar seni anlayabiliyor mu?

0. Bilgi yok
1. Hiçbir şekilde yada retarde konuşma
2. Şüpheli klinik anlamlı hafif artış
3. İlimli, Dikkat çekici normalden fazla gereksiz sözcüklerle o kadar çok dolu ki konuşma zorlanıyor.
4. Ortalama, Gereksiz sözcüklerle o kadar çok dolu ki konuşma zorlanıyor.
5. Dikkat çekici, o kadar hızlı ki konuşmayı sürdürmek zor
6. Aşırı, Çok hızlı ve kesintisiz konuşur. Konuşma aşırı zor ya da imkansız.

Yaşamı boyunca: Evet \_\_\_\_\_ Hayır \_\_\_\_\_

Yalnızca takip edilen değerlendirmeler, eğer değerlendirilen periyoddan önce başlangıç varsa göster:Evet \_\_\_\_\_ Hayır \_\_\_\_\_

Başlangıç: Yaş	Başlangıç: Yaş
Aylar	Aylar
Yıllar	Yıllar
Tarih _____	Tarih _____
Ay	Ay
Yıl	Yıl
İleri dönem: Yaş	İleri dönem: Yaş
Yıllar	Yıllar
Aylar	Aylar
Tarih _____	Tarih _____
Ay	Ay
Yıl	Yıl
Süre: Haftalar _____	Süre: Haftalar _____

Her hafta için günler (> veya = 4 saat/gün) Her hafta için günler (> veya = 4 saat/gün)

İki epizoddan daha fazla epizod varsa ek sayfaları kullanınız

#### DÜŞÜNCE AKIŞINDA HIZLAMA.

Düşüncenin dikkat çekici şekilde artışının öznel gözlemi.

"-----" olduğunda düşüncelerinin zihninde aktığı zamanlar oluyor mu?

Normalden yada boşa çıkabildiğinden daha fazla fikrin var mı?

0. Bilgi yok
1. Hiçbir şekilde
2. Şüpheli
3. İlimli, Seyrek olarak hızlı olan düşünceler, en az haftada 3 kez
4. Ortalama, Uyanık zamanın en az % 50'sinde hızlı olan (yarışan) düşünceler.
5. Şiddetli, Çoğu zaman hızlı olan düşünceler
6. Aşırı, Neredeyse sürekli hızlı olan düşünceler.

Yaşamı boyunca: Evet \_\_\_\_\_ Hayır \_\_\_\_\_

Yalnızca takip edilen değerlendirmeler, eğer değerlendirilen periyoddan önce başlangıç varsa göster:Evet\_\_\_\_\_ Hayır\_\_\_\_\_

Başlangıç: Yaş	Başlangıç: Yaş
Aylar	Aylar
Yıllar	Yıllar
Tarih	Tarih
Ay	Ay
Yıl	Yıl
İleri dönem: Yaş	İleri dönem: Yaş
Yıllar	Yıllar
Aylar	Aylar
Tarih	Tarih
Ay	Ay
Yıl	Yıl
Süre: Haftalar	Süre: Haftalar

Her hafta için günler (> veya = 4 saat/gün) Her hafta için günler (> veya = 4 saat/gün)

İki epizoddan daha fazla epizod varsa ek sayfaları kullanınız

### FİKİR UÇUŞMASI (Gözişemsel ya da bilgi veren tarafından aktırılması)

Sözcükler üzerinde oynayarak ya da uyarıyı çarpıtarak (farklı olana çekerek), genellikle anlaşılabilir çağrışımlara dayanan konuda konuyu tutarsız otlamalarla birlikte hızlanmış konuşma. Şiddeti derecelendirirken çağrışımların hızını, fikirleri tamamlama yetersizliğini ve hedef yönelimli tarzda ilgiyi sürdürmeyi göz önüne alın. Şiddetliyen bütün yada kısmi cümleler birbiri üzerine o kadar hızlı dört nala gidebilir ki görülebilir. Cümleden cümleye raydan çıkma ve/veya cümle anlamsızlığı da bulunabilir. Bu semptom'un aşırı bir örneği; "Üzgün (..... olabilmek için sessiz (fu.....) olmalısın. "S" ile yapılacak her şey sessiz (quiet): gizlice (on the g.t.) otur, hıçkır ..... işle, üzül, ardı kesilmez, aranan kum, tatlı annenin sevgisi ve kurtarılmaz.

İnsanların seni anlayamadığı zamanlar oldu mu?

Anlaşılır olmadığını ne zaman söylediler?

Bir örnek verebilir misin?

0. Bilgi yok
1. Hiçbir şekilde yada düşünce yok konuşma bozukluklarının bazı farklı formların da
2. Hafif, Şüpheli klinik anlamlı seyirli örnekler
3. İlimli, Anlaşılabilirlikte bazı bozukluklarla birlikte konuda tutarsız değişikliklerde seyrek örnektir. Sözcükten sözcüğe geçişlerin >% 5'i tutarsız.
4. Ortalama, Anlaşılabilirlikte ilimli bozukluğun olduğu sık örnekler >% 10
5. Şiddetli, Anlaşılabilirlikte ilimli bozukluğun olduğu sık örnekler >%10
6. Şiddetli, Anlaşılabilirlikte kesin bozukluğun olduğu çok sık örnekler > % 25,
7. Aşırı; Konuşmanın çoğu konunun o kadar hızlı değişmesinden oluşur ki takip etmek alanaksızdır >% 50.

Yaşamı boyunca: Evet\_\_\_\_\_ Hayır\_\_\_\_\_

Yalnızca takip edilen değerlendirmeler, eğer değerlendirilen periyoddan önce başlangıç varsa göster:Evet\_\_\_\_\_ Hayır\_\_\_\_\_

Başlangıç: Yaş	Başlangıç: Yaş
Aylar	Aylar
Yıllar	Yıllar
Tarih	Tarih
Ay	Ay
Yıl	Yıl
İleri dönem: Yaş	İleri dönem: Yaş
Yıllar	Yıllar
Aylar	Aylar
Tarih	Tarih
Ay	Ay
Yıl	Yıl
Süre: Haftalar	Süre: Haftalar

Her hafta için günler (> veya = 4 saat/gün) Her hafta için günler (> veya = 4 saat/gün)

İki epizoddan daha fazla epizod varsa ek sayfaları kullanınız

### ZAYIF YARGILAMA

Az verici sonuçlar için yüksek potansiyeli farketmeksizin tehlikeli aktivitelerde aşırı bulunma.

-(-----)'ken sana, ailene yada bir arkadaşlarına sıkıntı yaratacak herhangi bir şey yaptın mı?

-Neler olabileceği konusunda ne söyleyebilirsin?



-Normalde yapmayacağın şeyler yaptın mı (Pek çok şeyi hediye olarak vermek ya da pek çok şeyi bir denemek gibi).

-Şimdi yapmamalıydın demiş olduğun herhangi bir şey yaptın mı?

-Telefonda konuşmaktan hoşlanırsın mı?

-Ne kadar sıklıkla telefonda konuşuyorsun?

-Gecenin veya gündüzün hangi zamanında?

-Kimi arıyorsun?

-Hiç hayran olduğu starları yada meşhur insanları aradın mı?

-900'lü numaraları yada uzun mesafeleri arıyor musun?

-Yeni karşılaştığın insanlara karşı dostça mısın?

-Onlarla telefonda konuşuyor musun?

-Evine götürüyor musun?

-Alışverişten yada satın almaktan hoşlanıyor musun?

-Hiç katologlardan, T.V.'de alışverişten sipariş verdin mi?

-CD, video, kitap kulüplerine katıldın mı?

-Gerçekte ihtiyacın olmayan şeyler sipariş ettin mi ya da aldın mı?

-Arkadaşlarına hediyeler ya da sana ait şeylerden verdin mi?

-Bu şeyler için ne kadar ödedin?

-Para veya eşya için oyun oynadın mı? İddiaya girdin mi? Kumar oynadın mı?

-Başkalarından cesaret almak konusunda ne diyeceksin?

-Risk alan biri misin?

0.Bilgi yok

1.Hiçbir şekilde

2.Hafif;şüpheli klinik anlamlı

3.İlimli Ör;tuhaf saatlerde arkadaşlarını arar

4.Ortalama; Örn: gücünün yetmediği ve ihtiyacı olmayan çok şey satın alır ya da parasını dağıtır.

5.Şiddetli: Düşüncesiz, planı veya parası olmaksızın bir yerlere gider ve çok şeyi göze alır

6.Çok şiddetli: Potansiyel olarak çok tehlikeli sonuçlar içeren aktivitelere girer

Yaşamı boyunca: Evet \_\_\_\_\_ Hayır \_\_\_\_\_

Yalnızca takip edilen değerlendirmeler, eğer değerlendirilen periyoddan önce başlangıç varsa göster:Evet \_\_\_\_\_ Hayır \_\_\_\_\_

Başlangıç: Yaş	Başlangıç: Yaş
Aylar	Aylar
Yıllar	Yıllar
Tarih _____	Tarih _____
Ay	Ay
Yıl	Yıl
İleri dönem: Yaş _____	İleri dönem: Yaş _____
Yıllar	Yıllar
Aylar	Aylar
Tarih _____	Tarih _____
Ay	Ay
Yıl	Yıl
Süre: Haftalar _____	Süre: Haftalar _____

Her hafta için günler (> veya = 4 saat/gün) Her hafta için günler (> veya = 4 saat/gün)

İki epizoddan daha fazla epizod varsa ek sayfaları kullanınız

**DİSTRAKTİBİLİTE** (Gözlemsel ya da bilgi veren tarafından aktarılan)

Çocuk görüşmecinin sorunlarına dikkatini odaklamadaki zorluğunun kanıtını sunar, birşeyden diğerine atlar, cevaplarının devamını takip edemez ve önleyemediği ilgisiz uyarı tarafından ele geçirilmiştir. Rahatsız edici konulardan kaçınmayla karıştırılmamalıdır.

-Hiç yaptığım farz edilen bir şeye yapışmak sorunun olduğu söylendi mi? Yaptın mı?

-Bana bir örnek verebilir misin?

-Bir öğretmen sana zihninin her zaman başka yere kaydığını söyledi mi?

0.Bilgi yok

1.Hiçbir şekilde

2.Hafif;şüpheli klinik anlamlı

3.İlimli;mevcut fakat tekrarlamaya ve planlamaya yanıt verir

4.Ortalama;çocuğun planlamaya yanıt vermeyen dikkatsizliği yüzünden görüşmeyi tamamlamak zor

5.Şiddetli: çocuğun dikkatsizliği yüzünden görüşmeyi tamamlamak imkansız.

**NOT:** Eğer önceki maddelerden biri ya da irritabilite pozitifse, aynı anda var oldukları takdirde kronolojyi kurun ve tespit edin. Bu bölümdeki soruların geri kalanı zaman periyotları gibi

yönlendirilmelidir. Eğer yukardakilerin hiçbiri pozitif değilse, şu anki episotta takip eden maddeler yine de herhangi bir zaman periyodu için sorun.

Yaşamı boyunca: Evet \_\_\_\_\_ Hayır \_\_\_\_\_

Yalnızca takip edilen değerlendirmeler, eğer değerlendirilen periyoddan önce başlangıç varsa göster: Evet \_\_\_\_\_ Hayır \_\_\_\_\_

Başlangıç: Yaş _____		Başlangıç: Yaş _____	
Aylar	Yıllar	Aylar	Yıllar
Tarih _____		Tarih _____	
Ay	Yıl	Ay	Yıl
İleri dönem: Yaş _____		İleri dönem: Yaş _____	
Yıllar	Aylar	Yıllar	Aylar
Tarih _____		Tarih _____	
Ay	Yıl	Ay	Yıl
Süre: Haftalar _____		Süre: Haftalar _____	

Her hafta için günler (> veya = 4 saat/gün) Her hafta için günler (> veya = 4 saat/gün)

İki epizoddan daha fazla epizod varsa ek sayfaları kullanınız

### MOTOR HİPERAKTİVİTE

Anormal olarak yükselmişlik, açık sözlülük ya da iritabilite period sırasında görünen genelleşmiş motor hiperaktivitenin görünür kanıtları. Hiperaktivitenin gerçekten var olduğuna ve yalnızca özel bir yerde duramama hissi olmadığından emin olun. Bunun kronik değil episodik hiperaktivite olduğuna emin olun.

- (neşeli, çok iyi hissettiğim, çok sinirli) olduğum zaman sürekli hareket ettiğin, yerinde duramadığın, ..... oturamadığın veya sürekli hareket etmek zorunda, yukarı aşağı yürümek zorunda olduğun zamanlar oldu mu?

-Yada her zaman böyle misin?

- 0- Bilgi yok
- 1- Hiçbir şekilde ya da retarte
- 2- Şüpheli klinik anlamlı hafif artış
- 3- İlimli: Bir sandalyede sessizce oturamaz
- 4- Ortalama: Çok miktarda yürür
- 5- Dikkat çekici: Nerdeyse sürekli yürüyor ve hareket ediyor
- 6- Aşırı: Öylesine hiperaktif ki kısıtlanmadıkça kendisini yorgunluktan tüketiyor

Yaşamı boyunca: Evet \_\_\_\_\_ Hayır \_\_\_\_\_

Yalnızca takip edilen değerlendirmeler, eğer değerlendirilen periyoddan önce başlangıç varsa göster: Evet \_\_\_\_\_ Hayır \_\_\_\_\_

Başlangıç: Yaş _____		Başlangıç: Yaş _____	
Aylar	Yıllar	Aylar	Yıllar
Tarih _____		Tarih _____	
Ay	Yıl	Ay	Yıl
İleri dönem: Yaş _____		İleri dönem: Yaş _____	
Yıllar	Aylar	Yıllar	Aylar
Tarih _____		Tarih _____	
Ay	Yıl	Ay	Yıl
Süre: Haftalar _____		Süre: Haftalar _____	

Her hafta için günler (> veya = 4 saat/gün) Her hafta için günler (> veya = 4 saat/gün)

İki epizoddan daha fazla epizod varsa ek sayfaları kullanınız

Anormal olarak yükselmiş , açık sözlü ya da iritabl mood periodu sırasında aşağıdakilerden herhangi biri var mıydı?

Uygunsuz kahkaha atma, şaka yapma ya da sırtına

-Bazen kahkaha atar ya da aptalça davranır mısın?

-Bu sebepsiz mi oluyor? Diğer insanlar fark ediyor mu? Sınıfta sesli kahkaha atıyor musun? Diğer öğrenciler sessizce işlerini yapıyor mu? Bebek konuşması kullanıyor musun? Hiç bebek gibi emekledin mi?

0- Bilgi yok

- 1- Hiçbir şekilde-kahkaha duruma uygun
  - 2- Hafif-şüpheli klinik anlamlı seyrek uygunsuz kahkaha
  - 3- İlimli (Örneğin: Çocuk bir haftada üç kere kahkahadan dolayı öğretmeninden sözlü azar işitir)
  - 4- Ortalamadan şiddetliye (örneğin çocuk bir haftada üç ya da daha fazla kere müdürün odasına gönderilir yada ceza alır)
- Yaşamı boyunca: Evet \_\_\_\_\_ Hayır \_\_\_\_\_

Yalnızca takip edilen değerlendirmeler, eğer değerlendirilen periyoddan önce başlangıç varsa göster:Evet \_\_\_\_\_ Hayır \_\_\_\_\_

Başlangıç: Yaş	Başlangıç: Yaş
Aylar      Yıllar	Aylar      Yıllar
Tarih _____	Tarih _____
Ay      Yıl	Ay      Yıl
İleri dönem: Yaş _____	İleri dönem: Yaş _____
Yıllar      Aylar	Yıllar      Aylar
Tarih _____	Tarih _____
Ay      Yıl	Ay      Yıl
Süre: Haftalar _____	Süre: Haftalar _____

Her hafta için günler (> veya = 4 saat/gün) Her hafta için günler (> veya = 4 saat/gün)

İki epizoddan daha fazla epizod varsa ek sayfaları kullanınız

#### ENGELLENMEMİŞ İNSAN ARAMA VE SOKULGANLIK

- Yeni insanlarla tanışmaktan hoşlanıyor musun?
  - Yeni tanıştığın insanlarda dostça mısın?
  - Anne baban eve sürekli yeni insanlar getirdiğinden yakınmıyor mu?
  - Bu ne kadar sıklıkla oluyor?
  - Kendini eve anne babanın daha önce hiç görmediği "arkadaşlar" getirirken buluyor musun?
  - Bu ne kadar sıklıkla oluyor?
  - İnsanlar senin partideki "en popüler" kişi olduğunu yorumluyor mu?
  - Daha önce hiç karşılaşmadığın insanlarla konuşmaya başlıyor musun? (ör. Alışveriş merkezinde gidip herhangi biriyle konuşuyor musun)
  - Hiçbir "yabancılık çekmeyen" tipte bir kişi misin?
  - Sınıfın soytarası mısın?
- 0- Bilgi yok
  - 1- Hiçbir şekilde yada çekingen
  - 2- Şüpheli-bazen daha konuşkan ve sosyal
  - 3- İlimli-kesinlikle mevcut (ör. ebebeyn çocuğu bir haftada üç kere yabancıyla konuşmaktan azarlar)
  - 4- Ortalamadan şiddetliye: (Ör. çocuk kendini tehlikeye atar, bir yabancıyla beraber gitmesin diye nezaret altından çıkarılamaz. Adolesan haftada bir kez eve yeni tanıdıklar getirir)
- Yaşamı boyunca: Evet \_\_\_\_\_ Hayır \_\_\_\_\_

Yalnızca takip edilen değerlendirmeler, eğer değerlendirilen periyoddan önce başlangıç varsa göster:Evet \_\_\_\_\_ Hayır \_\_\_\_\_

Başlangıç: Yaş	Başlangıç: Yaş
Aylar      Yıllar	Aylar      Yıllar
Tarih _____	Tarih _____
Ay      Yıl	Ay      Yıl
İleri dönem: Yaş _____	İleri dönem: Yaş _____
Yıllar      Aylar	Yıllar      Aylar
Tarih _____	Tarih _____
Ay      Yıl	Ay      Yıl
Süre: Haftalar _____	Süre: Haftalar _____

Her hafta için günler (> veya = 4 saat/gün) Her hafta için günler (> veya = 4 saat/gün)

İki epizoddan daha fazla epizod varsa ek sayfaları kullanınız

## ARTMIŞ ÜRETKENLİK

Bir saatlik süre içinde bitirebileceğinden daha çok projeyi başlattığın zamanlar oldu mu? (Ör. müzik dersine gitmek, yatak odası yeniden düzenlemek, iki farklı spor yapmak, bir sanat projesi başlatmak)?

Herhangi birinden daha fazla üretmek zorunda olduğun zamanlar oldu mu? (Ör: herhangi birinin sat..... 100 kat fazla kız ilerleme.....)

- 0- Bilgi yok
- 1- Hiçbir şekilde yada azalmış
- 2- Şüpheli-bir kerede iki proje başlatabilir
- 3- İlimli: kesinlikle daha üretici veya aynı anda birkaç proje başlatır
- 4- Ortalamadan şiddetliye: Bir kerede ayrılan süre içinde gerçekçi olmayan ya da elde edilemez hedefleri olan pek çok proje başlatır. Yemek veya uyku için projeleri durdurmaz.

## YARATICI DÜŞÜNCEDE OLAĞANDIŞILIK VE SİVRİLİK

-Öyküler yazmayı, sanat projeleri yürütmeyi, resim çizmeyi, müzik çalmayı yada şarkı yazmayı seviyor musun?

-Neşeliyken bu aktivitelerde kendini seçkin hissediyor musun?

-Kendini süper-yaratıcı hissettiğin zamanlar oluyor mu?

- 0- Bilgi yok
  - 1- Hiçbir şekilde-ortalama yaratıcılık
  - 2- Şüpheli-ender olarak normalden fazla yaratıcılık gösterir fakat şüpheli anlamlı
  - 3- İlimli: Kesinlikle mevcut, yaratıcı aktivitelerde daha fazla zaman harcar (Ör: yazma, çizme vb)
  - 4- Ortalamadan şiddetliye: Kişinin kısa zaman dilimindeki normal kalitesinden daha iyi hayali öyküler, şarkılar oyunlar yada sanat çalışmaları üretebilir.
- Yaşamı boyunca: Evet \_\_\_\_\_ Hayır \_\_\_\_\_

Yalnızca takip edilen değerlendirmeler, eğer değerlendirilen periyoddan önce başlangıç varsa göster:Evet \_\_\_\_\_ Hayır \_\_\_\_\_

Başlangıç: Yaş _____	Başlangıç: Yaş _____
Aylar _____	Aylar _____
Yıllar _____	Yıllar _____
Tarih _____	Tarih _____
Ay _____	Ay _____
Yıl _____	Yıl _____
İleri dönem: Yaş _____	İleri dönem: Yaş _____
Yıllar _____	Yıllar _____
Aylar _____	Aylar _____
Tarih _____	Tarih _____
Ay _____	Ay _____
Yıl _____	Yıl _____
Süre: Haftalar _____	Süre: Haftalar _____

Her hafta için günler (> veya = 4 saat/gün) Her hafta için günler (> veya = 4 saat/gün)

İki epizoddan daha fazla epizod varsa ek sayfaları kullanınız

## HİPERSEKSÜALİTE

### 6-12 Çocuğun ebebeyni

Çocuğumuzun bir yetişkine ya da öğretmenine uygunsuz seksüel sözler söylediği oluyor mu? Çocuğunuz "pis konuşmaktan" hoşlanıyor mu? (Ör. Uygunsuz olarak vücudun özel bölümleri hakkında konuşmak)? Yetişkinler çocuğunuzun göğüslere ya da özel bölgelere dokunduğundan yakınıyor mu? Mağazada çocuğunuz "Playboy" dergilerine bakıyor mu? Çocuğumuz çıplak ya da müstehcen resimler içeren kitap ya da dergileri arayıp buluyor mu? Çocuğunuz çıplak insanlar çiziyor mu?

### 0-12 Çocuk

Mağazada ne tip dergilerden hoşlanıyorsun? Ne tip filmleri izlemekten hoşlanıyorsun? Ne tip resimler çiziyorsun?

Görüşme sırasında çocuğun seksüel olarak belirgin dili ve davranışları açısından gözlemleyin. Ör: Görüşmecinin vücuduna dokunmaya çalışmak, görüşmeciye uygunsuz teklifte bulunmak, seksi görme hakkında konuşmak.

### Adolesanlar:

Günün hangi vakti olduğu önemli olmaksızın ..... yapmak zorunda olduğun zamanlar oldu mu? Senin ihtiyaçlarını karşılamaya yeterli seksüel partnerin olmadığı zamanlar oldu mu? İsteddiğin ve ihtiyacın olduğu kadar seksi yapabilmek için günde yeterli zaman olmadığı zamanlar oldu mu? Durmaksızın pek çok seksüel zaferlerin hakkında konuşuyor musun? Seks hatlarını arayıp yüksek telefon faturalarına neden oluyor musun?

Bu davranışı çevredeki seksüel aktiviteye provokasyondan ayırt ettiğinden emin olun (Ör: Okul çocukları için psikososyal listenin seksüel kötüye kullanım bölümüne bakın).

- 0- Bilgi yok
- Kesinlikle yok

- 1- Şüpheli-Seyrek seksüel söz ya da jest
  - 2- İlimli: Haftada bir kez uygunsuz belirgin seksüel söz, çizim yada jest (davranış) yapar.
- Ortalamadan şiddetliye: Her hafta çok kez yada uygunsuz zamanlarda açıkça seksüel davranışlar ya da dil.  
Major episod haftada bir kez ör: adolesan 3 partnerle birlikte aynı anda yatar  
Yaşamı boyunca: Evet \_\_\_\_\_ Hayır \_\_\_\_\_

Yalnızca takip edilen değerlendirmeler, eğer değerlendirilen periyoddan önce başlangıç varsa göster:Evet \_\_\_\_\_ Hayır \_\_\_\_\_

Başlangıç: Yaş _____		Başlangıç: Yaş _____	
Aylar _____	Yıllar _____	Aylar _____	Yıllar _____
Tarih _____		Tarih _____	
Ay _____	Yıl _____	Ay _____	Yıl _____
İleri dönem: Yaş _____		İleri dönem: Yaş _____	
Yıllar _____	Aylar _____	Yıllar _____	Aylar _____
Tarih _____		Tarih _____	
Ay _____	Yıl _____	Ay _____	Yıl _____
Süre: Haftalar _____	Süre: Haftalar _____		

Her hafta için günler (> veya = 4 saat/gün) Her hafta için günler (> veya = 4 saat/gün)

İki epizoddan daha fazla epizod varsa ek sayfaları kullanınız

#### "Yükselmış" periodlarda yazaklanmış ilaçlar ya da alkolün etkisi

*Pek çok çocuk ilaçlar ya da alkol kullanıyor. Sen kullanıyor musun? Neşeli hissettiğin ve hissetmediğin yada ilaç kullanmadığın zamanları hatırlayabiliyor musun?*

- 0- NIA ya da bilgi yok
- 1- Alkol yada ilaçların etkisinde değil ya da ..... mevcut değil.
- 2- Bazen ilaç ve alkolün etkisinde fakat her zaman değil. En azından bir zamanlar önceden ilaç ve alkol kullanımı olmaksızın namik ya da hiponamikmiş
- 3- Yalnızca alkol ve ilaçların etkisinde

#### Manik ve hipomanik episodun sayı ve süresi maddesi

Değerlendirici, değerlendirme periodunda açıkça belirtilmiş zaman periodunda süren episodların sayısını kaydetmelidir.

- 1- < bir gün
- 2- birden < iki güne
- 3- ikiden < üç güne
- 4- üç den altı güne
- 5- yediden 13 güne
- 6- ≥ 14 gün

Sizin / çocuğunuzun / adolesanın sürekli yada nerdeyse sürekli döngüye girdiği bir zaman oldu mu? Çembere alın: evet hayır

Sizin / çocuğumuzun / adolesanın tek bir günde çok kez ..... girdiği ortaya çıktı mı? Çembere alın: evet hayır

Sizin / Çocuğunuzun / adolesanın bir gün içinde girdiği en büyük döngü sayısı nedir? Sayı olarak yazın:

Siz / Çocuğunuzun / adolesanın sürekli ya da nerdeyse sürekli döngüye girdiğinde hangi model ya da modeller bulunuyor ? Birini cembere alın

- |  |      |       |
|--|------|-------|
| a. Neşeliden sakin duygulanıma (mood) değişiyor (gidiyor)  | evet | hayır |
| b. Neşeliden bitkin duygulanıma değişiyor (gidiyor)        | evet | hayır |
| c. Neşeli, bitkin ve sakin duygulanımları karışımına sahip | evet | hayır |

**NOT:** Eğer duygulanım irritabl olarak tanımlanmışsa, duygulanımlar dizisini ayrıntılı olarak yazın (neşeliden bütüne, ondan irritabl'a). Bazıları için irritabl duygulanımın yüksek yada alçak olduğuna karar vermek mümkünken bazıları için bu mümkün değildir. Irritabl duygulanıma eşlik eden aktiviteleri, düşünceleri ve diğer duyguları ayrıntıyla tanımlayın.

Sizin / çocuğunuz / adolesanın sürekli ya da nerdeyse sürekli döngülere girmesi ilk ortaya çıktığında yaş kaçtı? Yaş olarak yazın:

Sürekli ya da nerdeyse sürekli döngü periodlarının başlangıç ve gelişimi.

Yaşamı boyunca: Evet \_\_\_\_\_ Hayır \_\_\_\_\_

Yalnızca takip edilen değerlendirmeler, eğer değerlendirilen periyoddan önce başlangıç varsa göster: Evet \_\_\_\_\_ Hayır \_\_\_\_\_

Başlangıç: Yaş _____	Başlangıç: Yaş _____
Aylar _____	Aylar _____
Yıllar _____	Yıllar _____
Tarih _____	Tarih _____
Ay _____	Ay _____
Yıl _____	Yıl _____
İleri dönem: Yaş _____	İleri dönem: Yaş _____
Yıllar _____	Yıllar _____
Aylar _____	Aylar _____
Tarih _____	Tarih _____
Ay _____	Ay _____
Yıl _____	Yıl _____
Süre: Haftalar _____	Süre: Haftalar _____

Her hafta için günler (> veya = 4 saat/gün) Her hafta için günler (> veya = 4 saat/gün)

### Majör Depresif Epizot İçin Kriterler

#### Saptanan Kriterler

Şimdiki zaman		İşaretle		
Yaşam içinde herhangi bir zaman	Evet	Evet	Hayır	Hayır
İlk epizotun başlangıç yaşı (aylar): _____				
Şimdiki epizotun başlangıç yaşı (aylar): _____				
Şimdiki epizotun süresi (haftalar): _____				
Epizotların en iyi saptanan sayısı: _____				
Karar verilen tanı				

Şimdiki zaman		İşaretle		
Yaşam içinde herhangi bir zaman	Evet	Evet	Hayır	Hayır
ŞİMDİKİ EPİZOD:				
PSIKOZ (BİR SIKLUS)	Evet		Hayır	
DUYGULANIMLA UYUMLU (BİR SIKLUS)	Evet		Hayır	Hayır
ŞU ANI KAPSAYAN YAŞAM BOYU HERHANGİ BİR EPİZOT				
PSIKOZ (BİR SIKLUS)	Evet		Hayır	
DUYGULANIMLA UYUMLU (BİR SIKLUS)	Evet		Hayır	Hayır

#### Distimik Bozukluk İçin Tanı Kriterleri

##### Varsa tanımlayın:

Erken başlangıç: Eğer başlangıç 21 yaşından önce ise Evet Hayır  
Geç başlangıç: Eğer başlangıç 21 yaşından sonra ise Evet Hayır

##### Tanımla (Distimik bozukluğun en son iki yılında)

Atipik belirtiler Evet Hayır

#### Saptanan Kriterler

Şimdiki zaman		İşaretle		
Yaşam içinde herhangi bir zaman	Evet	Evet	Hayır	Hayır
İlk epizotun başlangıç yaşı (aylar): _____				
Şimdiki epizotun başlangıç yaşı (aylar): _____				
Şimdiki epizotun süresi (haftalar): _____				
Epizotların en iyi saptanan sayısı: _____				
Karar verilen tanı				

Şimdiki zaman		İşaretle		
Yaşam içinde herhangi bir zaman	Evet	Evet	Hayır	Hayır

### Melankolik özellikler belirleyicisi

#### Saptanan Kriterler

Şimdiki zaman	İşaretle	Evet	Hayır
Yaşam içinde herhangi bir zaman	Evet		Hayır
İlk epizotun başlangıç yaşı (aylar): _____			
Şimdiki epizotun başlangıç yaşı (aylar): _____			
Şimdiki epizotun süresi (haftalar): _____			
Epizotların en iyi saptanan sayısı: _____			
Karar verilen tanı			

Şimdiki zaman	İşaretle	Evet	Hayır
Yaşam içinde herhangi bir zaman	Evet		Hayır

### Atipik özellikler belirleyicisi

#### Saptanan Kriterler

Şimdiki zaman	İşaretle	Evet	Hayır
Yaşam içinde herhangi bir zaman	Evet		Hayır
İlk epizotun başlangıç yaşı (aylar): _____			
Şimdiki epizotun başlangıç yaşı (aylar): _____			
Şimdiki epizotun süresi (haftalar): _____			
Epizotların en iyi saptanan sayısı: _____			
Karar verilen tanı			

Şimdiki zaman	İşaretle	Evet	Hayır
Yaşam içinde herhangi bir zaman	Evet		Hayır

### Mevsimsel yapı belirleyicisi

#### Saptanan Kriterler

Şimdiki zaman	İşaretle	Evet	Hayır
Yaşam içinde herhangi bir zaman	Evet		Hayır
İlk epizotun başlangıç yaşı (aylar): _____			
Şimdiki epizotun başlangıç yaşı (aylar): _____			
Şimdiki epizotun süresi (haftalar): _____			
Epizotların en iyi saptanan sayısı: _____			
Karar verilen tanı			

Şimdiki zaman	İşaretle	Evet	Hayır
Yaşam içinde herhangi bir zaman	Evet		Hayır

### Manik Epizod İçin Kriterler

#### Saptanan Kriterler

Şimdiki zaman	İşaretle	Evet	Hayır
Yaşam içinde herhangi bir zaman	Evet		Hayır
İlk epizotun başlangıç yaşı (aylar): _____			
Şimdiki epizotun başlangıç yaşı (aylar): _____			
Şimdiki epizotun süresi (haftalar): _____			
Epizotların en iyi saptanan sayısı: _____			
Karar verilen tanı			

Şimdiki zaman	İşaretle	Evet	Hayır
Yaşam içinde herhangi bir zaman	Evet		Hayır

### Hipomanik epizod

#### Saptanan Kriterler

Şimdiki zaman	İşaretle	Evet	Hayır
Yaşam içinde herhangi bir zaman	Evet		Hayır
İlk epizotun başlangıç yaşı (aylar): _____			
Şimdiki epizotun başlangıç yaşı (aylar): _____			
Şimdiki epizotun süresi (haftalar): _____			
Epizotların en iyi saptanan sayısı: _____			
Karar verilen tanı			

Şimdiki zaman	İşaretle	Evet	Hayır
Yaşam içinde herhangi bir zaman	Evet		Hayır

### Mixt epizod

#### Saptanan Kriterler

Şimdiki zaman  
Yaşam içinde herhangi bir zaman  
İlk epizotun başlangıç yaşı (aylar): \_\_\_\_\_  
Şimdiki epizotun başlangıç yaşı (aylar): \_\_\_\_\_  
Şimdiki epizotun süresi (haftalar): \_\_\_\_\_  
Epizotların en iyi saptanan sayısı: \_\_\_\_\_  
Karar verilen tanı

İşaretle  
Evet Hayır

Şimdiki zaman  
Yaşam içinde herhangi bir zaman  
Siklotimik bozukluk

İşaretle  
Evet Hayır

#### Saptanan Kriterler

Şimdiki zaman  
Yaşam içinde herhangi bir zaman  
İlk epizotun başlangıç yaşı (aylar): \_\_\_\_\_  
Şimdiki epizotun başlangıç yaşı (aylar): \_\_\_\_\_  
Şimdiki epizotun süresi (haftalar): \_\_\_\_\_  
Epizotların en iyi saptanan sayısı: \_\_\_\_\_  
Karar verilen tanı

İşaretle  
Evet Hayır

Şimdiki zaman  
Yaşam içinde herhangi bir zaman  
Hızlı döngü belirleyicisi

İşaretle  
Evet Hayır

#### Saptanan Kriterler

Şimdiki zaman  
Yaşam içinde herhangi bir zaman  
İlk epizotun başlangıç yaşı (aylar): \_\_\_\_\_  
Şimdiki epizotun başlangıç yaşı (aylar): \_\_\_\_\_  
Şimdiki epizotun süresi (haftalar): \_\_\_\_\_  
Epizotların en iyi saptanan sayısı: \_\_\_\_\_  
Karar verilen tanı

İşaretle  
Evet Hayır

Şimdiki zaman  
Yaşam içinde herhangi bir zaman

İşaretle  
Evet Hayır



## SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

Anne ve Baba Adı:

Soyadı:

Telefon:

Adres:

Anne yaşı:

Eğitimi:

İşi:

Baba yaşı:

Eğitimi:

İşi:

Evli:

Boşanmış:

Sosyoekonomik durum:

1-)Yüksek

2-)Orta

3-)Düşük

Affektif bozukluk tanısı almış ebeveyn:

Ebeveynin tanı aldığı yaş:

Ebeveynin tanısı:

Ebeveynin epizod sayıları,türleri ve tarihleri:

Annenin birinci derecede yada ikinci dereceden akrabalarında psikiyatrik bozukluk öyküsü:

Annenin birinci yada ikinci derecede akrabalarında duygulanım bozukluğu öyküsü:

Babanın birinci derecede yada ikinci dereceden akrabalarında psikiyatrik bozukluk öyküsü:

**Babanın birinci derecede yada ikinci dereceden akrabalarında psikiyatrik bozukluk öyküsü:**

**Babanın birinci yada ikinci derecede akrabalarında duygulanım bozukluğu öyküsü:**

<b>Çocuklar</b>	<b>Doğum tarihi</b>	<b>Cinsiyet</b>	<b>Okul durumu</b>	<b>Ebeveynin tanı aldığı dönem</b>
1-)				
2-)				
3-)				
4-)				
5-)				
6-)				



## CONNERS DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Çocuğun adı:

Yaşı:

Cinsiyeti:

Öğretmen:

	Hiçbir zaman	Nadiren	Sıklıkla	Her zaman
1-Kıvr kıvrıdır yerinde duramaz	0	1	2	3
2-Beklenmeyen zamanlarda uygunsuz sesler çıkarır	0	1	2	3
3-İstedikleri hemen yerine getirilmelidir	0	1	2	3
4-Bilmiş tavırları vardır, bilgiçlik taslar	0	1	2	3
5-Aniden padar, ne yapacağı belli olmaz	0	1	2	3
6-Eleştirmeyi kaldıramaz	0	1	2	3
7-Dikkatini belirli bir süre bir konu üzerinde toplayamaz, dikkatini sürdürmekte zorluk çeker	0	1	2	3
8-Diğer çocukları rahatsız eder	0	1	2	3
9-Hayallere dalar	0	1	2	3
10-Surat asar, somurtur	0	1	2	3
11-Mizacı ya da duyguları ani ve belirgin olarak değişir	0	1	2	3
12-Kavgacıdır	0	1	2	3
13-Büyüklerin sözünden çıkmaz	0	1	2	3
14-Yerinde rahat duramaz, her an hareket halindedir	0	1	2	3
15-Kolayca heyecanlanır, düşünmeden hareket eder	0	1	2	3
16-Öğretmenin ilgisi hep üzerinde olsun ister	0	1	2	3
17-Genellikle arkadaş grubuna kabul edilmez	0	1	2	3
18-Başka çocuklar tarafından kolayca yönlendirilir	0	1	2	3
19-Oyun kurallarına uymaz, nazıktır	0	1	2	3
20-Liderlik özelliğinden yoksundur	0	1	2	3
21-Başladığı işin sonunu getiremez	0	1	2	3
22-Çocuksudur, olduğundan daha küçükmüş gibi davranır	0	1	2	3
23-Hatalarını inkar eder veya suçu başkalarının üzerine atar	0	1	2	3
24-Diğer çocuklarla iyi geçinemez	0	1	2	3
25-Sınıf arkadaşlarıyla yardımlaşmaz	0	1	2	3
26-Zorluklar karşısında morali çabuk bozulur	0	1	2	3
27-Öğretmeniyle işbirliğine giremez	0	1	2	3
28-Öğrenme güçlüğü çeker	0	1	2	3

**TURGAY DSM-IV KÖKENLİ YIKICI DAVRANIŞ BOZUKLUKLARI**  
**BELİRTİ TARAMA ÖLÇEĞİ**  
(Turgay 1995)

Adı - Soyadı:

Yaşı:

Cinsiyeti:

Tarıhi:

Belirtilerin süresi:

Son tarama:

Ölçeği yanıtlayan kişinin yakınlık derecesi:

Sorular	Hiç yak	Kırsak	Ortalama sında	Çok sında
1- Çoğu zaman dikkatini ayrıntılara veremez yada okul ödevlerinde, işlerinde yada diğer etkinliklerinde dikkatsizce hatalar yapar	0	1	2	3
2- Çoğu zaman üzerine aldığı görevlerde yada yaptığı etkinliklerde dikkati dağılır	0	1	2	3
3- Dajından kendisine komuşulduğunda çoğu zaman dinleniyormuş gibi görünür	0	1	2	3
4- Çoğu zaman emirlere uyamaz ve okul ödevlerini, ufak tefek işleri ya da işyerindeki görevlerini tamamlayamaz (kondisinden isteneni anlayamamaya bağlı değildir)	0	1	2	3
5- Çoğu zaman üzerine aldığı görevleri ve etkinlikleri düzenlemekte ve planlamakta zorluk çeker	0	1	2	3
6- Çoğu zaman sürekli kafa çalıştırmayı gerektiren görevlerden kaçınır, bunları sevmez ya da bunlarda yer almaya karşı isteksizdir	0	1	2	3
7- Çoğu zaman üzerine aldığı görevler ya da etkinlikler için gerekli olan şeyleri kaybeder (örn. Oyuncaklar, okul ödevleri, kalem, kitaplar ya da araç-gereçler)	0	1	2	3
8- Çoğu zaman dikkati dış uyaranlarla kolaylıkla dağılır	0	1	2	3
9- Günlük etkinliklerinde çoğu zaman unutkanlıktır	0	1	2	3

10- Çoğu zaman elleri ayakları kırır kırırdır ya da oturduğu yerde kıpırdanıp durur	0	1	2	3
11- Çoğu zaman sinifta ya da oturması beklenen diğer durumlarda oturduğu yerden kalkar ve dolaşır	0	1	2	3
12- Çoğu zaman uygunsuz olan durumlarda koşuşturup durur ya da tınırır (ergenlerde sadece kendisinin algıladığı huzursuzluk duyguları olabilir)	0	1	2	3
13- Çoğu zaman, sakin bir biçimde, boş zamanları geçirtir ya da oyun oynama zorluğu vardır	0	1	2	3
14- Çoğu zaman hareket halindedir ya da bir motor tarafından ilare ediliyormuş gibi davranır	0	1	2	3
15- Çoğu zaman çok konuşur	0	1	2	3
16- Çoğu zaman sorulan soru tamamlanmadan önce cevabını verir	0	1	2	3
17- Çoğu zaman sırasını bekleme güçlüğü vardır	0	1	2	3
18- Çoğu zaman başkalarının sözünü keser ya da yaptıklarının arasına girer (örn. Başkalarının konuşmalarına ya da oyunlarına burnunu sokar)	0	1	2	3
19- Sık sık öfkelenir	0	1	2	3
20- Sık sık büyükleriyle tartışmaya girer	0	1	2	3
21- Büyüklerinin isteklerine ya da kurallarna uymaya çoğu zaman sakin bir biçimde karşı gelir ya da bunları reddeder	0	1	2	3
22- Çoğu zaman, isteyerek, başkalarını kızdıran şeyler yapar	0	1	2	3
23- Kendi yararı için çoğu zaman başkalarını suçlar	0	1	2	3
24- Çoğu zaman alıngandır, çabuk darılır ya da başkalarıca kolay kızdırılır	0	1	2	3
25- Çoğu zaman içtenler, kızgın ve güceniktirler	0	1	2	3
26- Çoğu zaman kincidir ve intikam almak ister	0	1	2	3

27- Çoğu zaman başkalarına kabadayılık eder, gözdeği verir ya da gözünü korkutur	0	1	2	3
28- Çoğu zaman kavga- dövüş başlatır	0	1	2	3
29- Başkalarının ciddi bir biçimde fiziksel olarak yaralanmasına neden olacak bir silah kullanmıştır (örn. Bir deşnek, taş, kırık şişe, bıçak, tabanca)	0	1	2	3
30- İnsanlara karşı fiziksel olarak acımasız davranmıştır	0	1	2	3
31- Hayvanlara karşı fiziksel olarak acımasız davranmıştır	0	1	2	3
32- Başkasının gözü önünde çalmıştır (örn. Saklıcap soyuna, çanta kapıp kaçma, göz korkutarak alma, silahlı soygun)	0	1	2	3
33- Birişini cinsel etkinlikte bulunması için zorlamıştır	0	1	2	3
34- Ciddi hasar vermek amacıyla isteyerek yangın çıkarmıştır	0	1	2	3
35- İsteyerek başkalarının malına mülküne zarar vermiştir (yangın çıkarma dışında)	0	1	2	3
36- Bir başkasının evine, binasına ya da arabasına zorla girmiştir	0	1	2	3
37- Bir şey elde etmek, bir çıkar sağlamak ya da yükümlülüklerinden kaçınmak için çoğu zaman yalan söyler (yani başkalarını "atlatır")	0	1	2	3
38- Hiç kimse görmeden değerli şeyler çalmıştır (örn. kumandan ve içeri girmeden mağazalardan mal çalma, saltıkçılık)	0	1	2	3
39- 13 yaşından önce başlayarak, ailenin yasaklamasına karşın çoğu zaman geceyi dışarıda geçirmiştir	0	1	2	3
40- Anababasının ya da onların yerini tutan kişilerin evinde yaşadıkça en az iki kez geceleyin evden kaçmıştır (ya da uzun bir süre geri dönmemişse bir kez)	0	1	2	3
41- 13 yaşından önce başlayarak, çoğu zaman okuldan kaçmıştır	0	1	2	3