

Araştırma Makalesi

Mersin Univ Sağlık Bilim Derg 2021;14(2):242-252

doi: 10.26559/mersinsbd.840865

Depresyon ve anksiyete bozukluğu olan ebeveynlerin çocuklarında görülen ruhsal bozukluklar

 Seda Bozduman¹,  Gülen Güler Aksu²,  Fevziye Toros²

¹ Sağlık Bakanlığı Üniversitesi Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi

² Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD

Öz

Amaç: Majör depresif bozukluk (MDB) veya anksiyete bozukluğu (AB) tanımlı ebeveynlerin çocuklarında yıkıcı duygudurum düzenleyememe bozukluğu (YDDB) başta olmak üzere ruhsal bozuklukların araştırılması amaçlanmıştır. **Yöntem:** Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri polikliniğine Eylül 2018-Eylül 2019 tarihleri arasında başvuran MDB olan 46 ve AB olan 34 ebeveynin 6-18 yaşları arasındaki 80 çocuğu çalışmaya dâhil edilmiştir. Kontrol grubunu, herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığı olmayan Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi pediatri polikliniğine basit fiziksel yakınmalar ile başvuran sağlıklı ebeveynlerin aynı yaştaki 40 sağlıklı çocuğu oluşturmaktadır. Çocuk ve ebeveyn ile Okul Çağı (6-18 Yaş) Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu Türkçe (ÇGDS-ŞY-T), Beck depresyon, Beck anksiyete, DSM-IV'e dayalı DEHB tanı ve değerlendirme ölçeği, Çocukluk Çağı Kaygı Bozuklukları Ölçeği (ÇATÖ), Çocuklar için Depresyon Ölçeği (ÇDÖ) uygulanmıştır. **Bulgular:** Çalışmamızda ebeveyninde AB ve MDB olan çocuklarda daha fazla ruhsal bozukluk saptandı. En sık görülen psikopatoloji DEHB iken bunu YAB, MDB, sosyal fobinin takip ettiği görüldü. Tüm örnekleme DSM-5'e göre sadece bir olgu (%2.9) YDDB tanısını karşıladı. Hem MDB hem AB grubunda karşıt olma karşı gelme puanları (p=0.019), AB grubunda ise davranım bozukluğu puanları (p=0.043) kontrollerden anlamlı düzeyde yüksekti. **Sonuç:** Ebeveynlerinde ruhsal bozukluk olan çocuklar psikopatoloji gelişimi açısından risk altındadır ve ebeveynlere yönelik uygun tarama programlarının geliştirilmesi önem arz etmektedir. Çocuk psikiyatri kliniklerine en sık başvuru şikâyetleri sinirlilik, öfke patlamaları gibi YDDB semptomları iken çalışma sonuçları tanısal anlamda YDDB'nin düşük olduğunu göstermiştir. Bu durum ileri çalışmalarda daha çok YDDB'nin semptomlar düzeyinde irdelenmesinin faydalı olabileceğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Anksiyete, depresyon, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, ebeveynler, çocuk

Yazının geliş tarihi: 14.12.2020

Yazının kabul tarihi: 27.04.2021

Sorumlu yazar: Gülen Güler Aksu, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çiftlikköy Kampüsü, 33343, Mersin/Türkiye

Tel (iş): 0324 2410000/22164, E-posta: dr.gulen@hotmail.com

Psychopathologies in children whose parents are diagnosed with a major depressive disorder or anxiety disorder

Abstract

Aim: This study aims to investigate psychiatric disorders, especially disruptive mood dysregulation disorder (DMDD), in children whose parents have a major depressive disorder (MDD) or anxiety disorder (AD). **Method:** The sample consisted of 80 children whose parents were admitted to the Psychiatry Outpatient Clinic in Mersin University Faculty of Medicine and diagnosed with an MDD (N=46) or AD (N=34) between September 2018 and September 2019. The control group consisted of 40 aged-matched healthy children whose parents did not have any psychiatric disorders. These children were admitted to the Mersin University Faculty of Medicine Pediatric Outpatient Clinic with simple physical complaints. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children- Present and Lifetime version- Turkish, Beck Depression Inventory, Beck Anxiety Inventory, the Turgay DSM-IV Based Disruptive Behavior Disorder Rating Scale, The Screen for Child Anxiety Related Disorders, and Children's Depression Inventory were used to evaluate psychiatric symptoms of children with their parents. **Results:** The children whose parents had an MDD or AD showed more psychiatric problems than healthy controls. ADHD was the most frequently observed diagnosis, followed by GAD, MDD and social phobia. According to DSM-5, only one case (2.9%) met the diagnosis of DMDD in the whole sample. The scores of oppositional defiant disorder in the MDD and AD group were significantly higher than in the control group ($p = 0.019$). Additionally, conduct disorder scores in the AD group were significantly higher than in the controls ($p = 0.043$). **Conclusion:** Children whose parents have a mental disorder, are at risk for developing psychological problems and it is important to develop appropriate screening tools for parents. While the most common complaints of admission to child psychiatry clinics are DMDD symptoms such as nervousness and temper outbursts, the study results showed that the diagnostic rate of DMDD was low. This situation suggests that it may be useful to examine DMDD at the level of symptoms in further studies.

Keywords: Anxiety, depression, attention deficit hyperactivity disorder, parents, child

Giriş

Ebeveynlerin ruh sağlığının, çocuğun ruhsal gelişiminde etkisi ve önemi büyüktür. Ebeveynlerinde ruhsal bozukluk olan çocukların sağlıklı ebeveynlerin çocuklarına göre daha fazla ruhsal bozukluk tanısı aldığını bildiren birçok çalışma mevcuttur.¹⁻³ Çalışmalar, ebeveyn psikopatolojisinin çocuklarda sadece genetik yatkınlığa yol açmakla kalmadığını, farklı olumsuz faktörleri de beraberinde getirdiğini göstermektedir. Ebeveyn psikopatolojisi anne-baba çatışması, anne-baba-çocuk ilişkisi, kişiler arası ilişkilerde olumsuzluklar ve strese yol açarak ruhsal bozukluk gelişme riskini arttırmaktadır.⁴ Majör depresif bozukluk (MDB) ve anksiyete bozukluğu (AB) olan ebeveynlerin çocuklarında ruhsal hastalık gelişme riski artmıştır.^{1,3} Ruhsal bozukluğu olan ebeveynler sıklıkla

çocuklarında aynı hastalığın gelişip gelişmeyeceğini merak etmektedir. Bu nedenle doğru risk değerlendirmesi; hastalar ve aileleri ile iyi bir iletişim, tedavi ve takip sürecinin etkinliği açısından önemlidir. Aynı zamanda erken müdahale şansı için de bu ilişkinin tespiti gereklidir.

Yıkıcı duygudurum düzenleyememe bozukluğunda (YDDDB) yoğunluk ya da süre açısından orantısız sözel veya davranışsal yineleyici ağır öfke patlamaları söz konusudur ve haftada üç ya da daha çok kez ortaya çıkması gerekmektedir. Ayrıca, bireyin öfke patlamaları arasındaki duygudurumu çoğu günlerde ve günün büyük bir kısmında sürekli olarak sınırlıdır. Tanı, 6 ile 18 yaş arasındaki kişilerde sınırlandırılmıştır. Ancak semptom başlangıcı genellikle 10 yaşından önce olmalıdır.

YDDB, Amerikan Psikiyatri Birliği'nin Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal el kitabının (DSM-5) 5. baskısında yeni bir tanı olarak sunulmuştur. Depresyon ile ilişkili bozukluklar bölümünde yer almaktadır.⁵

Nüfus temelli çalışmalarda, çocuklarda kronik sinirliliğin ebeveynlerdeki depresyon ve anksiyete ile ilişkisi olduğunu saptamıştır.⁶⁻⁹ Öfke patlamaları ve iritabilite gibi YDDB semptomları, MDB olan ebeveynlerin çocuklarında en sık görülen semptomlar arasındadır.¹⁰ Ebeveynlerinde depresyon öyküsü olan çocukların iritabilite açısından risk teşkil ettiği bildirilmektedir.⁸ Maternal depresyonun ergenlik ve erişkinlik döneminde içselleştirme, dışsallaştırma ve dikkat problemleri ile ilişkili olduğu, maternal depresyon şiddetinin çocukta bu gibi olumsuz süreçlerin gelişimini daha da arttırdığı bildirilmiştir.¹¹

YDDB için etiyolojik faktörlerin AB veya MDB ile benzeşmesi nedeniyle, YDDB'nin MDB veya AB olan ebeveynlerin çocuklarında daha sık görülebileceği düşünülmektedir. Bu çalışmada MDB ve AB tanılı ebeveynlerin çocuklarındaki YDDB ve diğer ruhsal bozuklukların yapılandırılmış görüşme ile değerlendirilmesi, psikopatolojilerinin saptanması, sağlıklı kontroller ile karşılaştırılması, amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Çalışma vaka-kontrol çalışması olup Eylül 2018-Eylül 2019 tarihleri arasında, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi (MEÜTF) psikiyatri polikliniğine başvuran The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5 (DSM-5)'e göre MDB tanısı alan 46 ebeveynin ve AB tanısı alan 34 ebeveynin 6-18 yaşları arasındaki 80 çocuğu vaka grubunu oluşturmaktadır. Kontrol grubu ise geçmiş/şimdi-psikiyatrik tanısı ve başvurusu olmayan ebeveynlerin MEÜTF pediatri polikliniğine basit fiziksel yakınma ile başvuran çocuklarından oluşmaktadır. Bu bağlamda 6-18 yaş arası 40 çocuk kontrol grubuna dâhil edilmiştir. Her olguya sosyodemografik veri formu doldurulmuştur. Çocuklar için Duygulanım

Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu Türkçe (ÇGDŞ-ŞY-T) yarı yapılandırılmış tarama görüşmesi yapılmıştır. Ebeveynlere kendi anksiyete ve depresyon düzeylerinin şiddetini belirlemek amaçlı Beck depresyon, Beck anksiyete ölçeği, çocukları için DSM IV'e dayalı dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) tanı ve değerlendirme ölçeği, çocuklara ise Çocukluk Çağı Kaygı Bozuklukları Özbildirim Ölçeği (ÇATÖ), Çocuklar için Depresyon Ölçeği (ÇDÖ) uygulandı.

Hem katılımcılar hem de ebeveynleri bilgilendirilmiş gönüllü onam formu doldurmuştur. Mersin Üniversitesi Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik kurulundan onay alınmıştır. (25 Temmuz 2018 tarihli ve 2018/305 sayılı kararı ile etik kurul onayı alınmıştır.)

Veri Toplama Araçları

Sosyodemografik Veri Formu

Araştırmacılar tarafından hazırlanan bu formda çocuğun yaşı, kardeş sayısı, anne ve babanın eğitim durumu, psikiyatrik ve tıbbi hastalık durumu, doğum zamanı, doğum şekli, doğum komplikasyonları sorgulanmıştır.

Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (ÇDŞG-ŞY, Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children Kiddie-SADS- Lifetime Version; K-SADS-PL)

K-SADS-PL, geçmişteki ve şu andaki psikopatolojilerini saptamak amacıyla Kaufman ve ark.¹² tarafından geliştirilmiş, yarı yapılandırılmış bir görüşme formudur. K-SADS-PL'nin Türkçe uyarlaması, geçerlik ve güvenilirlik çalışması Ünal ve ark.¹³ tarafından yapılmıştır.

Çocuk ve Ergenlerde Davranım Bozuklukları için DSM IV'E Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği-Turgay (T-DSM-IV)

Bu ölçek 41 sorudan oluşmaktadır ve Turgay tarafından DSM-IV tanı ölçütleri esas alınarak geliştirilmiştir.¹⁴

Dikkat eksikliği için ilişkili dokuz maddeden en az altısı iki ya da üç olarak puanlanmış, hiperaktivite için ilişkili dokuz

maddeden en az altısının iki ya da üç olarak puanlanmış, karşıt olma karşıt gelme bozukluğu (KOKG) için sekiz maddeden en az dördü iki ya da üç olarak puanlanmış, davranım bozukluğu için ilişkili 15 maddeden en az ikisi iki ya da üç olarak puanlanmış olmalıdır ve en az altı ay boyunca belirtilerin sürmelidir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Ercan ve ark.¹⁴ tarafından yapılmıştır.

*Çocuklar için Depresyon Ölçeği (ÇDÖ)
(Children's Depression Inventory, CDI)*

ÇDÖ, 6-17 yaş çocuklarına uygulanabilen ve depresyonu değerlendiren öz değerlendirme ölçeğidir. 27 maddeden oluşan ölçekte her seçenek belirtinin şiddetine göre sıfır, bir ya da iki puan alır. Kesim puanı 19'dur. En yüksek puan 54'tür. Ölçeğin, Cronbach alfa katsayısı 0.80 olarak bulunmuştur.¹⁵ Bu çalışmada ise Cronbach alfa katsayısı 0.74 hesaplanmıştır.

Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği (ÇATÖ) (Screen for Child Anxiety and Related Disorders-SCARED)

Kaygı bozukluklarını tarama amacıyla Birmaher ve ark.¹⁶ tarafından geliştirilmiştir ve Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Çakmakçı ve ark.¹⁷ tarafından yapılmıştır. ÇATÖ'nün ebeveyn ve çocuk formu mevcuttur. Toplam 41 maddeden oluşmaktadır ve ÇATÖ'de 25'eşit ve üzeri puanların kaygı bozukluğu için uyarı niteliği taşıdığı kabul edilmektedir. Genel ölçek ve alt ölçekler için Cronbach alfa güvenilirlik katsayısının 0.74-0.93 arasında değiştiğini ve test-tekrar test güvenilirlik katsayılarının 0.70-0.90 arasında olduğunu bildirmiştir.¹⁶ Bu çalışmada ise Cronbach alfa katsayısı 0.70 hesaplanmıştır.

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ, Beck Depression Inventory, BDI)

BDÖ depresyonda ortaya çıkan bedensel yakınmalar, duygusal, bilişsel belirtileri ölçen 21 maddeden oluşan bir öz değerlendirme ölçeğidir. Ölçekten alınacak en yüksek puan 63'tür.^{18,19} Ölçeğin cronbach alfa değeri 0.90 olarak bildirilmiştir.²⁰ Bu çalışmada ise Cronbach alfa katsayısı 0.82 hesaplanmıştır.

Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)

BAÖ, kişilerin hissettiği kaygı düzeyini ve belirtilerini ne sıklıkta yaşandığını ölçmek için, Beck ve ark.²¹ tarafından geliştirilmiş bir öz değerlendirme ölçeğidir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan (0), en yüksek puan (63)'tür. 8-15 puan arası hafif, 16-25 puan arası orta düzey, 26-63 puan arası şiddetli düzey anksiyete göstergesi kabul edilir. Ölçeğin cronbach alpha 0.93 olarak bulunmuştur.²² Bu çalışmada ise Cronbach alfa katsayısı 0.85 hesaplanmıştır.

İstatistiksel Yöntem

Analizlerde lisanslı Statistica Version 13.5.0.17 programı kullanılmıştır. Değişkenlerin normal dağılıma uygun olup olmadıkları Shapiro Wilk testi ile incelenmiştir. Normal dağılım varsayımı sağlayan değişkenler ort±SS cinsinden özetlenirken, varsayımı sağlamayan değişkenler medyan [25P.-75P.] şeklinde özetlenmiştir. Kategorik değişkenler ise sayı ve yüzde cinsinden özetlenmiştir. İki grup ortalaması karşılaştırılmasında normal dağılım varsayımı sağlandığı durumda Student t testinden, sağlanmadığı durumda Mann Whitney U testinden yararlanılmıştır. İki grup ortalamasının karşılaştırılmasında dağılım varsayımı sağlandığı durumda ANOVA ve post hoc olarak Bonferroni testi, sağlanmadığı durumda ise Kruskal Wallis ve post hoc olarak Dunn testinden yararlanılmıştır. İki kategorik değişken arasındaki ilişkiyi araştırmak amacıyla ki-kare testinden, eğer ki çapraz tablolarda 5'ten küçük beklenen sıklık yüzdesi %25'den fazla ise Fisher Exact testinden yararlanılmıştır. İki sürekli yapıda değişken arasındaki ilişkiyi incelemek için Spearman korelasyon katsayısından yararlanılmıştır. p<0.05 istatistiksel anlamlılık düzeyi olarak kabul edilmiştir.

Bulgular

Bu çalışmada olguların %48.3'ü (n=58) kız ve %51.7'si (n=62) erkekti. AB grubunun %59.9'u; MDB grubunun %56.5'i ve kontrol grubunun %42.5'i kız olgulardan oluşmaktaydı. Ebeveynlerinde AB, MDB olan gruplar ve kontrol grubu arasında cinsiyet açısından gruplar arasında istatistiksel

anlamli farklılık saptanmadı (p=0.393). Aynı zamanda gruplar arasında çocuk yaşı (p=0.738), anne yaşı (p=0.430) ve baba yaşı

açısından (p=0.723) da fark yoktu. Diğer ailesel özellikler Tablo 1’de özetlenmiştir.

Tablo 1: Olguların sosyodemografik özellikleri

		AB (n: 34) n (%)	MDB (n: 46) n (%)	Kontrol (n: 40) n (%)	p*
Cinsiyet	Kız	19 (59.9)	26(56.5)	17(42.5)	0.393
	Erkek	15 (44.1)	20(43.5)	23(57.5)	
Yaş (Ort.+SS.)	Çocuk	11.68±3.44	11.65±3.94	12.23±3.69	0.738
	Anne	38.41±6.64	40.36±6.99	39.70±6.29	0.430
	Baba	42.61±6.95	43.60±9.20	44.10±7.22	0.723
Ebeveyn Medeni Durumu	Birlikte	30 (88.2)	39 (84.8)	32 (80.0)	0.244
	Boşanma	2 (5.9)	5 (10.9)	8 (20.0)	
	Parçalanmış	2 (5.9)	1 (2.2)	0 (0.0)	
	Vefat	0 (0.0)	1 (2.2)	0 (0.0)	

* p<0.05

Çalışma grubunda yer alan çocukların %38.3’ünde (n=46) herhangi bir tanı saptanmazken, %42.5’inde (n=51) bir psikiyatrik tanı, %15.0’inde (n=18) iki tanı, %4.2’sinde (n=5) ise üç ve daha fazla psikiyatrik tanı saptandı. Gruplar arası farklılıklar incelendiğinde MDB grubundaki çocuklarda bir (%47.8) ile üç ve daha fazla tanı varlığı (%8.7), AB ve kontrol grubundan (sırasıyla %44.1 & % 2.9 ve %35.0 & %0.0) fazlaydı. AB grubundaki çocuklarında ise iki tanı varlığı, MDB ve kontrol grubundan (sırasıyla %13.0 ve %5.0) daha fazlaydı. Gruplar arasında yer alan bu farklılıklar istatistiksel açıdan anlamlıydı (p=0.003) (Tablo 2).

Çocukların psikiyatrik tanı oranları karşılaştırıldığında ise psikiyatrik tanısı olmayanların oranı kontrol grubunda AB (p=0.002) ve MDB grubuna göre (p= 0.006) anlamlı düzeyde yüksekti. DEHB; AB grubunda (%47.0; n=16), MDB (%26.0; n=12) ve kontrol grubundan daha yüksek oranda saptanmıştır. AB grubunda ikinci sıklıkta MDB (%14.7 n=5) saptanırken sırasıyla bunu YAB (%11.7 n=4) ve KOKG (%8.8 n=3) bozukluğu takip etmiştir. MDB grubunda da en sık DEHB (%26; n=12), ikinci sıklıkta YAB (%21.7 n=10) saptanırken sırasıyla bunu MDB (%19.5 n=9), Sosyal anksiyete bozukluğu (SAB) (%10.8 n=5) ve tik bozukluğu (%8.6 n=4) izlemiştir. YDDB, sadece AB grubundaki bir çocukta saptanmıştır (Tablo 3).

Tablo 2: Çocukların K-SADS-PL yarı yapılandırılmış görüşme ile saptanan tanıların oranları

Tanı grubu	AB (n: 34) n (%)	MDB (n: 46) n (%)	Kontrol (n: 40) n (%)	Toplam (n: 120) n (%)	p
Tanı yok	8 (23.5)	14 (30.4)	24 (60.0)	46(38.3)	0.003*
Bir tanı var	15 (44.1)	22 (47.8)	14 (35.0)	51(42.5)	
İki tanı var	10 (29.4)	6 (13.0)	2 (5.0)	18(15.0)	
Üç ve daha fazla tanı var	1 (2.9)	4 (8.7)	0 (0.0)	5(4.2)	

*p<0.05 AB: anksiyete bozukluğu MDB: majör depresif bozukluk

Tablo 3: Çalışma grubundaki çocukların K-SADS-PL yarı yapılandırılmış görüşmesine göre tanı dağılımları

Tanı grupları	AB 34		MDB 46		Kontrol 40	
	n	%	n	%	n	%
Yok	8	23.5	14	30.4	24	60
DEHB	16	47.0	12	26.0	10	25
AAB	2	5.88	3	6.5	0	0.0
YAB	4	11.7	10	21.7	4	10
SOSF	3	8.8	5	10.8	1	2.5
YDDB	1	2.9	0	0.0	0	0.0
MDB	5	14.7	9	19.5	0	0.0
TSSB	0	0.0	3	6.5	0	0.0
OKB	1	2.9	0	0.0	1	2.5
TİK BOZ.	1	2.9	4	8.6	1	2.5
DB	1	2.9	0	0.0	0	0.0
KOKG	3	8.8	2	4.3	1	2.5
Enkoprezis	1	2.9	0	0.0	0	0.0

AAB: Ayrılık anksiyetesi bozukluğu YAB: Yaygın anksiyete bozukluğu. SOSF:Sosyal fobi. TSSB:Trauma sonrası stres bozukluğu. OKB:Obsesif kompulsif bozukluk. DB:Davranım bozukluğu. KOKGB:Karsıt olma karşıt gelme bozukluğu

Ebeveynlerin çocuklarını değerlendirmek için doldurduğu Turgay (T - DSM- IV) ölçeğinde karşıt gelme ve davranım bozuklukları skorları bakımından gruplar arasında anlamlı bir farklılık vardı (sırasıyla $p=0.019$, $p=0.043$) (Tablo 4). KOKG için Post Hoc Bonferroni testi ile farklılığın kaynağı MDB ve AB gruplarında KOKG puanlarının kontrol grubundan yüksek olmasıydı

($p=0.025$). Davranım bozukluğu ölçek puanları için Post Hoc Bonferroni testi ile farklılığın kaynağının AB ve kontrol grubu arasında olduğu saptanmıştır ($p=0.037$). AB, MDB ve kontrol grupları arasında ÇATÖ ve ÇDÖ açısından gruplar arasındaki farklar istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 4).

Tablo 4: AB, MDB ve kontrol grubundaki ebeveynlerin çocuklarının Turgay (T -DSM- IV), depresyon ve anksiyete ölçek puanlarının karşılaştırılması

	AB (n: 34)	MDB (n: 46)	Kontrol (n: 40)	p
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	
Dikkat Eksikliği	11.88±7.18	10.32±8.03	8.52±6.66	0.092
Hiperaktivite/ İmpulsivite	10.14±7.90	9.58±7.17	6.55±6.86	0.050
DEHB ilişkili Belirtiler	31.76±19.94	30.82±18.97	23.67±16.27	0.083
Karşıt olma/Karşıt gelme	8.91±6.70	8.97±6.00	5.95±6.10	0.019*
Davranım Bozukluğu	3.35±5.15	1.89±3.01	2.02±6.71	0.043*
ÇDÖ	24.45±15.95	28.45±14.66	27.15±13.80	0.267
ÇATÖ	13.17±8.94	12.08±8.77	11.92±5.93	0.895

* $p<0.05$ ÇDÖ: Çocuklar için depresyon ölçeği ÇATÖ: Çocukluk çağı anksiyete tarama ölçeği

MDB ve AB grubunda yer alan ebeveynlerin Beck depresyon ölçeği puanları, kontrol grubunda yer alan ebeveynlerin puanlarından daha yüksek ve aralarındaki bu farklılıklar istatistiksel

açıdan anlamlıydı ($p=0.019$). Bu anlamlı farklılık MDB ve kontrol grupları arasındaki farklılıktan kaynaklanmaktaydı ($p=0.015$) (Tablo 5).

Tablo 5: AB, MDB ve kontrol grubundaki ebeveynlerin Beck depresyon ve Beck anksiyete ölçek puanlarının karşılaştırılması

	AB (n: 34) Ort±SS	MDB (n: 46) Ort±SS	Kontrol (n: 40) Ort± SS	p
Ebeveyn Beck Depresyon Ölçeği	17.65±15.49	20.26±13.71	12.12±8.05	0.019*
Ebeveyn Beck Anksiyete Ölçeği	16.67±11.13	15.69±12.25	15.87±10.08	0.697

* $p<0.05$

Tartışma

Çalışmamızda K-SADS ile yapılan değerlendirmelerde AB, MDB ve kontrol grubunda en sık tanı DEHB iken bunu MDB, YAB ve SAB takip etmektedir. Tüm olgular içerisinde sadece bir olgu (%2.9) YDDB tanısı saptandı ve bu olgu AB grubundaydı. MDB grubundaki çocuklarda KOKG ölçek puanları; AB grubundaki çocuklarda hem KOKG hem de DB ölçek puanları kontrol grubundan anlamlı düzeyde fazlaydı. Ebeveyni AB ve MDB olan çocukların bir veya daha fazla ruhsal bozukluk tanısı alma sıklığı kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksekti ($p=0.003$).

Ebeveyn psikopatolojisi çocuklarda genetik aktarımın yanı sıra anne-baba çatışması, sorunlu ebeveyn-çocuk ilişkisi ve strese daha fazla yol açarak psikopatoloji gelişme riskini arttırmaktadır.^{1,2} Ebeveyninde ruhsal bozukluk olan çocukların; ihmal, istismar riski, bağlanma sorunları, içe atım/dışa atım bozuklukları, sosyal, bilişsel ve fiziksel sorunları daha fazladır.^{2,11} Ebeveyn depresyonunun yenidoğan döneminde bile bebeklerin mizacını etkilediği ve bu etkinin süreklilik arz ettiği, depresif annelerin bebeklerinin sağlıklı annelerin bebeklerine kıyasla daha zor mizaçlı olduğu bildirilmiştir.²³ Hatta çalışmalar prenatal depresyon ve anksiyetenin bebeğin mizacı için yordayıcı olduğunu göstermiştir.²⁴ MDB'li

ebeveynlerde yetersiz olumlu ebeveynlik stratejileri, olumsuz yaşam olayları ve adaptif duygu düzenleme yetersizlikleri nedeniyle çocuklarında MDB oluşma riski artmaktadır.²⁵ Lawrence ve ark.²⁶ 25 çalışmanın meta-analizini yaptıkları çalışmalarında ebeveynlerinde AB olan, çocukların anksiyete ve depresif bozukluklar geliştirme olasılıklarının fazla olduğunu vurgulamıştır. Benzer şekilde annenin anksiyetesinin çocuğun internalize ve ekstrenalize sorunları için önemli bir risk faktörü olduğu bilinmektedir. Artmış anne ve ebeveynlik kaygısına bağlı davranış sorunları çocuğun öz-düzenleme becerileri ve ebeveyn stresini azaltacak müdahaleler ile kısmen düzelebileceği bildirilmektedir.²⁷ Bizim çalışmamızda literatüre benzer şekilde MDB grubundaki çocuklar en sık DEHB tanısı alırken bunu sıklık sırasına göre YAB, MDB, SAB takip etti. AB grubundaki çocuklarda, en sık DEHB tanısı saptanırken bunu sıklık sırasına göre MDB, YAB, SAB takip etmiştir. Bu bulgudan yola çıkarak ebeveyninde AB ve MDB olan çocuklarda ağır ruhsal bozuklukların oluşmasını engellemek açısından ebeveynlerin tarama ve takibi faydalı olabilir ve bunun için sağlık profesyonellerinin eğitilmesi gerekmektedir.

Çalışmamızda MDB grubunun çocuklarında DEHB'nin en sık saptanan tanı olduğu ebeveyn tarafından çocuğu değerlendirmek için doldurulan Turgay

(T -DSM- IV) KOKG puanlarının kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde fazla olduğu görülmüştür. Agresif ve depresif semptomları fazla olan DEHB tanılı ergenlerin daha olumsuz anne-baba-çocuk etkileşimlerinin olduğu ve çocuklarda ruhsal bozukluk gelişmesinde risk etmeni olarak anne-baba psikopatolojisinin önemli bir yeri olduğu bilinmektedir.^{28,29} DEHB ve yıkıcı davranış bozukluklarının duygudurum bozuklukları için riskli çocuklarda prodromal tanılar olabileceği bildirilmiştir.³⁰⁻³² Bizim çalışmamızda da ölçek puanlarında AB grubunda KOKG ve DB gibi yıkıcı davranış sorunlarına ait puanlarının MDB grubunda KOKG puanlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olması ebeveyn ve çocuk arasındaki ruhsal etkileşimin önemini bir kez daha ortaya koymuştur.

Çalışmamızda yeni bir tanı kategorisi olan YDDB sıklığının AB ve MDB grubunda kontrol grubundan daha sık olacağı hipotezi araştırılmıştır. Çalışma örnekleminde AB grubundaki çocuklardan sadece bir olguda (%2.9) bu tanı saptanmıştır. Sinirlilik, irritabilite, öfke patlamaları, kendine veya çevreye zarar verme davranışları çocuk psikiyatri polikliniklerinde en sık başvuru şikâyetleri arasında iken bu belirtiler tanısız anlamda YDDB kapsamında bir bütünlük oluşturacak düzeyde olmadığı görülmektedir. Propper ve ark.¹⁰ yaptığı bipolar bozukluğu ve MDB olan ebeveynlerin çocukları ile sağlıklı kontrollerin çocuklarının karşılaştırıldığı çalışmasında sık öfke patlamaları ve buna bağlı olarak görülen YDDB semptomları ve kronik irritabilite MDB olan ebeveynlerin çocukları arasında daha yaygın olarak bulunmuştur. Bu çalışmada 180 katılımcıdan sadece altısı (%3.3) YDDB için tanı kriterlerini karşılamıştır. YDDB tanısı alan altı olgunun tamamı MDB olan ebeveynlerin çocuklarıdır. Bipolar bozukluğu olan 58 ebeveynin çocuklarından hiçbiri YDDB tanı kriterlerini karşılamamış ve hiçbirinde sık öfke patlaması ve kronik irritabiliteye rastlanmamıştır.

Çalışmamızda toplam 120 olguya K-SADS ile tanısız görüşme yapılmış olmasına rağmen sadece bir olguda YDDB tanısının saptanmış olması; bizi YDDB tanısının

varlığını, geçerliliğini ve görülme sıklığını düşünmeye sevk etmiştir. YDDB, duygudurum bozukluğu (yani şiddetli ve kalıcı sinirlilik) ve yıkıcı davranışlar, durumsal stres etkeni ile orantısız olan tekrarlayan ve şiddetli öfke patlamaları ile karakterize tartışmalı bir tanıdır.⁵ Buradaki tartışmanın en önemli sebebi, bu semptomların birden çok ruhsal bozuklukta görülebmesidir. Bu nedenle araştırmacılar YDDB'nin geçerliliğini ayrı bir tanı olarak sorgulamışlardır.^{33,34} Örneğin, yakın tarihli bir popülasyon temelli epidemiyolojik çalışma, YDDB'nin yalnızca semptomatolojiye dayalı olarak KOKG bozukluğundan ayırt edilemeyeceğini belirtmiştir.³⁵ Tufan ve ark.³⁶ çalışmalarında YDDB tanısı için eşik altında kalan olguların öfke patlamalarının sıklığı ve öfke patlamaları arası irritabilite duygudurum ile ilgili tanı ölçütlerini tam olarak karşılamaması nedeniyle bu tanıyı alamadıklarını saptamıştır. Bizim çalışmamızda belirti düzeyinde irritabilite, sinirlilik, öfke patlamalarının oldukça yaygın belirtiler olmasına rağmen YDDB tanısı alan hastanın bir tane olması hastaların tanı için eşik altında kalmış olmalarından kaynaklanabilir. Çocuk psikiyatri kliniklerine en sık başvuru şikâyetleri sinirlilik, öfke patlamaları gibi YDDB semptomları iken, çalışma sonuçları tanısız anlamda YDDB sıklığının yüksek düzeyde olmadığını göstermiştir. Hem kontrol grubunda hem de ebeveyn psikopatolojisinin olduğu gruplarda YDDB tanısında anlamlı bir farklılığın görülmemesi ileri çalışmalarda daha çok YDDB tanısız kategori olarak değerlendirilmesinden ziyade semptomların irdelenmesinin faydalı olabileceğini düşündürmektedir. Bizim çalışmamızda YDDB belirti düzeyinde irdelenmediği için eşik altı kalan olguların neden eşik altında kaldığı değerlendirilmemiştir. İleri çalışmalarda, AB/MDB'li ebeveyn sayısının artırılarak daha homojen gruplar sağlanarak YDDB belirti düzeyinde incelenmesinin hatta farklı ülke ve kültürlerden sağlanacak örneklemlerle bulguların tekrarlanmasının faydalı olabileceği düşünülmektedir.

Ebeveynlerinde ruhsal hastalık olan çocuklar psikopatoloji açısından risk

altındadır. Bu açıdan ebeveynlere yönelik ruh sağlığı tarama programlarının geliştirilmesi koruyucu hekimlik adına oldukça önemlidir. Çocuk psikiyatri kliniklerine en sık başvuru şikâyetleri sinirlilik, öfke patlamaları gibi YDDB semptomları iken, çalışma sonuçları tanısal anlamda YDDB sıklığının oldukça düşük olduğunu göstermiştir. İleri çalışmalarda daha çok YDDB'nin semptom bazında detaylı irdelenmesinin daha faydalı olabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmanın Kısıtlılıkları

Çalışmamızın bazı kısıtlılıkları bulunmaktadır. İlk kısıtlılığı kesitsel bir çalışma olması nedeniyle bulgular arasındaki nedensellik ilişkisi kurulamayabilir. Olgu sayısının kısıtlılığı nedeniyle gruplar arası istatistiksel sonuçlarda anlamlılığa ulaşamamış olabilir. Kontrol grubunun gönüllü ailelerden oluşması, ailelerin bir çocuk psikiyatrisi uzmanı tarafından değerlendirileceklerini bilerek çalışmayı kabul etmeleri gerçeği kontrol grubunun psikopatoloji riskini etkileyebilir. Kontrol grubu ebeveynlerin psikopatolojisinin olmadığı kanaati ebeveynin beyanına ve sistem kayıtlarına dayanması, klinik görüşme ile tanı konulmaması çalışmamızın kısıtlılıklarındandır. Çalışma ve kontrol grubunda sosyoekonomik düzey konusundaki bilgi yetersizliğinin grup homojenliğini etkileyebilir olması diğer bir çalışma kısıtlılığıdır.

Yazar katkıları: Seda Bozduman çalışma verilerinin toplanması, literatür taraması, makale yazımı; Gülen Güler Aksu çalışmanın planlanması, literatür taraması, makale yazımı; Feziye Toros çalışmanın son kontrolleri, analizler ve süpervizyonluk konusunda katkı sağlamıştır.

Çıkar çatışması: Yazarlar herhangi bir çıkar çatışmasının olmadığını açıkça beyan etmektedir.

Mali destek: Çalışmanın yapılması ve makalenin yazımı süresince herhangi bir kurum veya kuruluştan mali ve maddi destek alınmamıştır.

Kaynaklar

1. Nilsen W, Karevold EB, Kaasbøll J, Kjeldsen A. Nuancing the role of social skills- a longitudinal study of early maternal psychological distress and adolescent depressive symptoms. *BMC Pediatr.* 2018;10;18(1):133.
2. Van Santvoort F, Hosman CM, Janssens JM, Van Doesum KT, Reupert A, Van Loon LM. The impact of various parental mental disorders on children's diagnoses: A systematic review. *Clin Child Fam Psychol Rev.* 2015;18:281-299.
3. Allen TA, Oshri A, Rogosch FA, Toth SL, Cicchetti D. Offspring Personality Mediates the Association between Maternal Depression and Childhood Psychopathology. *J Abnorm Child Psychol.* 2019;47(2):345-357.
4. Ulmer-Yaniv A, Djalovski A, Priel A, Zagoory-Sharon O, Feldman R. Maternal depression alters stress and immune biomarkers in mother and child. *Depress Anxiety.* 2018;35(12):1145-1157. doi: 10.1002/da.22818.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition, DSM-5. Washington DC; 2013.
6. Kessel EM, Kujawa A, Dougherty LR, Hajcak G, Carlson GA, Klein DN. Neurophysiological Processing of Emotion in Children of Mothers with a History of Depression: the Moderating Role of Preschool Persistent Irritability. *J Abnorm Child Psychol.* 2017;45(8):1599-1608.
7. Whelan YM, Leibenluft E, Stringaris A, Barker ED. Pathways from maternal depressive symptoms to adolescent depressive symptoms: the unique contribution of irritability symptoms. *J Child Psychol Psychiatry.* 2015;56:1092-1100.
8. Vidal-Ribas P, Stringaris A. How and Why Are Irritability and Depression Linked? *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2021;30(2):401-414.

9. Sparks GM, Axelson DA, Yu H, et al. Disruptive mood dysregulation disorder and chronic irritability in youth at familial risk for bipolar disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2014;53:408-416.
10. Propper L, Cumby J, Patterson VC, et al. Disruptive mood dysregulation disorder in offspring of parents with depression and bipolar disorder. *BR J Psych*. 2017;210:408-412.
11. Chae HK, East P, Delva J, Lozoff B, Gahagan S. Maternal Depression Trajectories Relate to Youths' Psychosocial and Cognitive Functioning at Adolescence and Young Adulthood. *J Child Fam Stud*. 2020;29(12):3459-3469.
12. Kaufman H, Birmaher B, Brent D, et al. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997;36:980-988.
13. Ünal F, Öktem F, Çuhadaroğlu FÇ. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi – Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli – DSM 5 Kasım 2016 Türkçe Uyarlamasının (ÇDŞG – ŞY – DSM 5 – T) Geçerlik ve Güvenirliği. *Turk Psikiyatri Derg*. 2019;30:42-50.
14. Ercan ES, Amado S, Somer O. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve yıkıcı davranım bozuklukları için bir test bataryası geliştirme çabası. *Çocuk Genç Ruh Sağlığı Dergisi*. 2001;8:132-44.
15. Öy B. Çocuklar için depresyon ölçeği: Geçerlilik ve güvenirlilik çalışması. *Turk Psikiyatri Derg*. 1991;2:132-136.
16. Birmaher B, Khetarpal S, Brent D, et al. The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): scale construction and psychometric characteristics. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997; 36:545-553.
17. Karaceylan Çakmakçı F. Çocuklarda anksiyete bozukluklarını tarama ölçeği geçerlik ve güvenirlilik çalışması. [Tıpta uzmanlık tezi]. Kocaeli, Türkiye: Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ABD, 2004.
18. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961;4:561-571.
19. Hisli N. Beck Depresyon Envanteri'nin geçerliği üzerine bir çalışma. *Türk Psikoloji Dergisi*. 1988;7:3-13.
20. Arkar H, Şafak C. Klinik bir örneklemede Beck depresyon envanterinin boyutlarının araştırılması. *Türk Psikoloji Dergisi*. 2004;19:117-123
21. Beck AT, Epstein N, Brown G, Ster RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol*. 1988;56:893-897.
22. Ulusoy M, Şahin NH, Erkmen H. Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric properties. *J Cogn Psychother*. 1998;12:163- 172.
23. Nieto L, Lara MA, Navarrete L, Manzo G. Infant temperament and perinatal depressive and anxiety symptoms in Mexican women. *Sex Reprod Healthc*. 2019;21:39-45.
24. Glynn LM, Howland MA, Sandman CA, et al. Prenatal maternal mood patterns predict child temperament and adolescent mental health. *J Affect Disord*. 2018;1;228:83-90.
25. Loechner J, Sfarlea A, Starman K, et al. Risk of depression in the offspring of parents with depression: The role of emotion regulation, cognitive style, parenting and life events. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2020; 51:294-309.
26. Lawrence PJ, Murayama K, Creswell C. Systematic review and meta-analysis: Anxiety and depressive disorders in offspring of parents with anxiety disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2019;58:46-60.
27. Sotsi S, Broekman BFP, Sim LW, et al. Maternal Anxiety, Parenting Stress, and Preschoolers' Behavior Problems: The Role of Child Self-Regulation. *J Dev Behav Pediatr*. 2019;40(9):696-705.

28. Garcia AM, Medina D, Sibley MH. Conflict between Parents and Adolescents with ADHD: Situational Triggers and the Role of Comorbidity. *J Child Fam Stud*. 2019;28, 3338-3345
29. Scot S. Oppositional-defiant and conduct disorders. İçinde: Thapar A, Pine D, Leckman JF, Scott S, Snowling MJ, Taylor EA, ed. *Rutter's Child Adolescent Psychiatry*. 6. Baskı Oxford: John Wiley & Sons; 2015:913-930.
30. Faedda GL, Baldessarini RJ, Marangoni C, et al. An International Society of Bipolar Disorders task force report: Precursors and prodromes of bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2019;21(8):720-740. doi: 10.1111/bdi.12831.
31. Hernandez M, Marangoni C, Grant MC, Estrada J, Faedda GL. Parental Reports of Prodromal Psychopathology in Pediatric Bipolar Disorder. *Curr Neuropsychopharmacol*. 2017;15(3):380-385.
32. de la Vega D, Piña A, Peralta FJ, et al. A Review on the General Stability of Mood Disorder Diagnoses Along the Lifetime. *Curr Psychiatry Rep*. 2018;20, 29
33. Baweja R, Mayes SD, Hameed U, Waxmonsky JG. Disruptive mood dysregulation disorder: current insights. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2016;24;12:2115-24.
34. Lochman JE, Evans SC, Burke JD, et al. An empirically based alternative to DSM-5's Disruptive Mood Dysregulation Disorder for ICD-11. *World Psychiatry*. 2015;14:30-33. doi: 10.1002/wps.20176
35. Mayes SD, Waxmonsky JD, Calhoun SL, Bixler EO. Disruptive mood dysregulation disorder symptoms and associations with oppositional defiant and other disorders in a general population child sample. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2016; 26:101-106.
36. Tufan E, Topal Z, Demir N, et al. Sociodemographic and clinical features of disruptive mood dysregulation disorder: A chart review. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2016;26:94-100.